



Revue de PNEUMOLOGIE TROPICALE

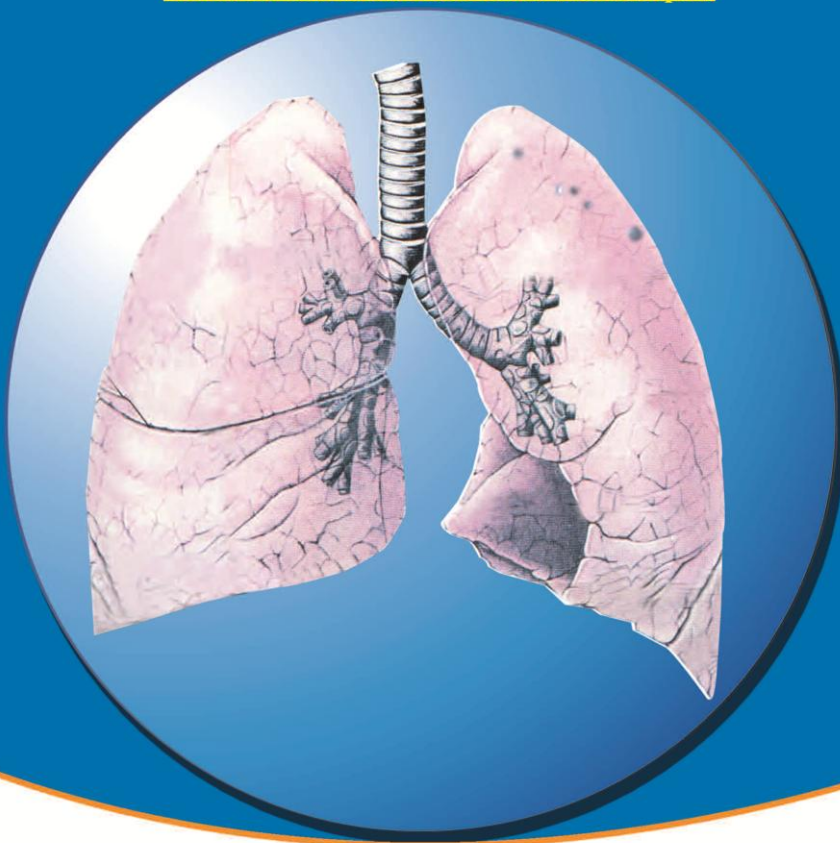
Journal officiel de la Société Africaine de Pneumologie de Langue Française

Yaoundé, Jeudi 1er au Samedi 3 octobre 2015

**7ème Congrès de la Société Africaine de Pneumologie de langue Française
1er Congrès de la Société Camerounaise de Pneumologie**

**Tuberculose multirésistante
Pneumopathies infectieuses aiguës communautaires
Maladies respiratoires chroniques non transmissibles**

Résumés des communications scientifiques





ACLAV[®]

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Des formes adaptées à chaque situation

**LE COUPLE PARFAIT
POUR ATTAQUER AU CŒUR DE L'INFECTION**

**LE COUPLE PARFAIT
POUR ATTAQUER AU CŒUR DE L'INFECTION**

Pédiatrique

1 dose = 1 kg

PPSB
Nourrisson et Enfant

Flacon de 60 ml

Enfant

Adulte

Boîte de 12 sachets

Boîte de 12 sachets

**LE COUPLE PARFAIT
POUR ATTAQUER AU CŒUR DE L'INFECTION**

Comité de rédaction de la revue de pneumologie tropicale

Directeur de publication : Aka-Danguy E. (Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef : Toloba Y. (Côte d'Ivoire)

Rédacteurs adjoints : Agodokpessi G. (Benin), Sokpo H. (Togo), Kuaban C. (Cameroun), N'gom A. K. S. (Côte d'Ivoire)

Bureau exécutif SAPLF

Président: Domoua K.M.S. (Côte d'Ivoire)

Vice-président: Touré N. (Sénégal)

Secrétariat général: Kouassi B.A. (Côte d'Ivoire)

Secrétaire adjoint: Daix A.T. (Côte d'Ivoire)

Trésorier général: Bakayoko-Yéo A. (Côte d'Ivoire)

Trésorier adjoint: Badoum G. (Burkina-Faso)

Président de la commission scientifique : Toloba Y.(Mali)

Président-adjoint de la commission scientifique: Agodokpessi G. (Benin)

Comité d'organisation

Président: Kuaban C.

Vice-président: Afane-Ze E.

Secrétaire Général: Olinga Medjo U.N.

Secrétaires Généraux Adjoints: Mbatchou Ngahane H.B. , Pefura Yone E.W.

Trésorière: Dr Simo L.

Membres: Domoua K.M.S. ,Kouassi B.A. , Wandji A., Tengang B., Endale L.M. , Mbouandi H., Danwe C., Ekono Bitchong C., Kuate Kuate A., Massongo Massongo, Balkissou A.D., Onana Ngono I., Poka V., Ntyo'o Nkoumou A., Ngah-Komo E.



SERETIDE™
Diskus™

ASTHME PERSISTANT



**Nouvelles
boîtes***



**ET SI ON TRAITAIT
LE MAL À LA RACINE**

**DOSAGES ET SYSTEMES POUR UN
SCHEMA THERAPEUTIQUE SIMPLE**



**1 inhalation
matin
soir**

SERETIDE® DISKUS® INDICATIONS APPROUVEES: Asthme : Seretide est indiqué en traitement continu de l'asthme, dans les situations où l'administration par voie inhalée d'un médicament associant un corticoïde et un bronchodilatateur bêta-2 agoniste de longue durée d'action est justifiée. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : Seretide est indiqué en traitement symptomatique de la BPCO chez les patients dont le VEMS (mesuré avant administration d'un bronchodilatateur) est inférieur à 60 % de la valeur théorique, et présentant des exacerbations répétées et des symptômes significatifs malgré un traitement bronchodilatateur continu. **PRESENTATIONS ET COMPOSITION:** Poudre pour inhalation en récipient unitaire, Seretide® Diskus® 100/50 microgrammes par dose Propionate de fluticasone : 100 microgrammes ; Salmétérol : 50 microgrammes sous forme de xinafoate de salmétérol. Seretide® Diskus® 250/50 microgrammes par dose Propionate de fluticasone : 250 microgrammes ; Salmétérol : 50 microgrammes sous forme de xinafoate de salmétérol. Seretide® Diskus® 500/50 microgrammes par dose Propionate de fluticasone : 500 microgrammes ; Salmétérol : 50 microgrammes sous forme de xinafoate de salmétérol. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:** Voie inhalée uniquement. Posologie préconisée : **Asthme Adultes et adolescents de 12 ans et plus :** une inhalation de 100 µg de propionate de fluticasone et 50 µg de salmétérol 2 fois par jour ou une inhalation de 250 µg de propionate de fluticasone et 50 µg de salmétérol 2 fois par jour ou une inhalation de 500 µg de propionate de fluticasone et 50 µg de salmétérol 2 fois par jour. **Enfants de 4 ans et plus :** une inhalation de 100 µg de propionate de fluticasone et 50 µg de salmétérol 2 fois par jour. **Bronchopneumopathie chronique obstructive Adultes :** une inhalation de 500 µg de propionate de fluticasone et 50 µg de salmétérol 2 fois par jour. **CONTRE-INDICATIONS :** Hypersensibilité (allergie) connue à l'un des principes actifs ou excipients. **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI:** Seretide n'est pas adapté au traitement des crises d'asthme et des épisodes de dyspnée paroxystique. Dans ces situations, le patient devra avoir recours à un bronchodilatateur à action rapide et de courte durée pour traiter les symptômes aigus. Le patient sera informé qu'il doit ainsi avoir en permanence à sa disposition un médicament bronchodilatateur à action rapide et de courte durée destiné à être utilisé en cas de crise d'asthme. Le traitement par Seretide ne doit pas être initié pendant une phase d'exacerbation, ni en cas d'aggravation significative ou de détérioration aiguë de l'asthme. Des événements indésirables graves liés à l'asthme et des exacerbations peuvent survenir lors du traitement par Seretide. Il convient d'informer les patients que si les symptômes de l'asthme persistent ou s'aggravent au cours du traitement par Seretide, ils doivent continuer leur traitement mais prendre avis auprès de leur médecin. Dès que les symptômes de l'asthme sont contrôlés, une diminution progressive de la dose de Seretide doit être envisagée. Il est important que les patients soient suivis régulièrement lors de la période de réduction du traitement. La dose minimale efficace de Seretide doit être utilisée. Le traitement par corticoïdes systémiques est habituellement indiqué chez les patients souffrant d'exacerbations de leur BPCO ; par conséquent, ces patients devront être incités à consulter un médecin si leurs symptômes s'aggravent pendant leur traitement par Seretide. Chez les patients asthmatiques, le traitement par Seretide ne devra pas être interrompu brusquement en raison d'un risque d'exacerbation. Par ailleurs, il conviendra de toujours rechercher la posologie minimale efficace sous contrôle médical. Chez les patients atteints de BPCO, l'arrêt du traitement peut aussi s'accompagner d'une détérioration symptomatique et doit donc s'opérer sous contrôle médical. Comme d'autres corticoïdes destinés à être administrés par voie inhalée, Seretide doit être utilisé avec précaution chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire. Raresment, Seretide peut entraîner des troubles du rythme cardiaque tels que tachycardie supraventriculaire, extrasystoles et fibrillation auriculaire, ainsi qu'une baisse modérée et transitoire de la kaliémie à des doses thérapeutiques élevées. Par conséquent, Seretide doit être utilisé avec prudence en cas de pathologies cardiovasculaires sévères, de troubles du rythme cardiaque, de diabète, d'hypertension, d'hypokaliémie non corrigée ou chez les patients à risque d'hypokaliémie. Comme avec d'autres produits inhalés, l'augmentation du sifflement bronchique témoignant d'un bronchospasme à la suite de l'inhalation de la poudre, doit conduire à l'arrêt du traitement par Seretide Diskus et à un examen clinique du patient. Le traitement devra être réévalué pour envisager le cas échéant, une thérapie alternative. Seretide Diskus contient jusqu'à 12,5 mg de lactose par dose. Cette quantité n'entraîne normalement pas de réaction chez les patients intolérants au lactose. L'attention des sportifs sera attirée sur le fait que cette spécialité contient deux principes actifs pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage. **EFFETS INDESIRABLES:** Infections et infestations : Candidose buccale et pharyngée ; Pneumonie ; Bronchite. Troubles du système immunitaire : Réactions d'hypersensibilité à type de réactions cutanées d'hypersensibilité, angioedème, dyspnée, bronchospasme, réactions anaphylactiques incluant le choc anaphylactique. Troubles endocriniens : Syndrome de Cushing, tableau cushingoid, inhibition de la fonction surrénalienne, ralentissement de la croissance chez l'enfant et l'adolescent, diminution de la densité minérale osseuse. Troubles du métabolisme et de la nutrition : hypokaliémie, hyperglycémie. Troubles psychiatriques : Anxiété ; Troubles du sommeil ; Modifications du comportement incluant hyperactivité psychomotrice et irritabilité ; Dépression, agressivité. Troubles du système nerveux : Maux de tête ; Tremblements. Troubles oculaires : Cataracte ; Glaucome. Troubles cardiaques : Palpitations ; Tachycardie ; Arythmies cardiaques (y compris tachycardie supraventriculaire et extrasystoles) ; Fibrillation auriculaire ; Angine de poitrine. Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux : Rhinopharyngite ; Gêne pharyngée ; Raucité de la voix/ dysphonie ; Sinusite ; Bronchospasme paradoxal. Troubles cutanés et sous cutanés : Contusions. Troubles musculo-squelettiques et systémiques : Crampes musculaires ; Fractures traumatiques ; Arthralgies ; Myalgies. **INTERACTIONS AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS :** Les bêta-bloquants, sélectifs ou non, doivent être évités chez les patients atteints d'asthme sauf nécessité absolue. L'administration concomitante d'autres bêta-adrénergiques peut potentialiser les effets bêta-2 mimétiques. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT:** Fécondité : Il n'existe pas de donnée chez l'Homme. Grossesse : L'utilisation de Seretide au cours de la grossesse ne devra être envisagée que si le bénéfice attendu pour la mère l'emporte sur tout risque éventuel pour le fœtus. Allaitement : Le passage dans le lait maternel du salmétérol et du propionate de fluticasone n'est pas connu. Un risque pour les nouveau-nés/nourissons nourris au sein ne peut être exclu. La décision d'interrompre l'allaitement ou du traitement par Seretide sera établie en fonction du bénéfice attendu de l'allaitement maternel pour l'enfant face à celui du traitement pour la femme qui allaite. **SURDOSAGE:** Les symptômes d'un surdosage en salmétérol sont des tremblements, des céphalées et une tachycardie. Les antidotes de choix sont les agents bêta-bloquants cardio-sélectifs, mais ceux-ci doivent être utilisés avec grande prudence chez les patients ayant des antécédents de bronchospasme. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** Classe pharmacothérapeutique : Adrénérgiques et autres médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes. Code ATC : R03A06 DONNEES PHARMACOLOGIQUES : Durée de conservation : 2 ans Précautions particulières de conservation : A conserver à une température ne dépassant pas 30°C. Conditions de prescription et de délivrance : Liste I Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché : Laboratoire GlaxoSmithKline 100, route de Versailles - 78163 Marly-le-Roi Cedex Représentant local : GlaxoSmithKline Afrique francophone de l'Ouest et du Centre - Bureau Régional 01 BP 8111 Abidjan 01 - Côte d'Ivoire - Tél : (225) 22 40 02 50 - Fax : (225) 22 40 02 53 Date de révision : 11 septembre 2013. *Les informations complètes sur le produit sont disponibles sur simple demande. NOTIFICATION D'EFFETS INDESIRABLES : GSK encourage les notifications des effets indésirables en relation avec ses produits aux contacts suivants : Tél : 00 (225) 22 40 02 74. Email : informed-fwca@gsk.com.

*Cameroun et Togo

Sommaire

7^{ème} Congrès de la SAPLF et 1^{er} Congrès de la SCP, Yaoundé, du Jeudi 1^{er} au Samedi 3 octobre 2015

	Pages
Editorial	5
Programme du congrès	6
Communications orales	10
Affiches discussion	27
Liste des partenaires	59

Editorial

Tous les deux ans, la Société Africaine de Pneumologie de Langue Française organise dans l'un des pays membres le congrès africain francophone de pneumologie. Cette année, le Cameroun accueille cette conférence internationale qui se déroulera conjointement avec le 1^{er} congrès de la Société Camerounaise de Pneumologie.

Les résumés des communications scientifiques sélectionnés par le comité scientifique du congrès et de la SAPLF sont publiés dans ce numéro « hors-série » de la revue de pneumologie tropicale.

La sélection des résumés est le fruit de l'évaluation de chaque résumé soumis par plusieurs experts. Cette année, 121 résumés ont été retenus sur un total de 134 soumis. Les résumés sont publiés tels qu'acceptés par le comité scientifique. Les modifications mineures effectuées par le comité de rédaction de la revue ne portant que sur la forme des textes.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et un agréable congrès.

C. Kuaban^{1,2}, E.W. Pefura-Yone², H.B. Mbatchou Ngahane³, Y. Toloba⁴

¹Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun

²Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun

³Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, , Cameroun

⁴CHU du point G, Bamako, Mali

Programme 7^{ème} congrès de la SAPLF

Jeudi 1er Octobre 2015		
7H-8H45	Inscriptions	
9H - 10H30	Session 1 (salle Hiala) : Plénière	PL 1 : Tuberculose multirésistante
	Modérateurs : Pr P. L'her (France)/ Pr A. Hane (Sénégal)	Epidémiologie : Dr A. Trébucq (France)
		Prise en charge de la tuberculose multirésistante dans les pays francophones d'Afrique : Pr C. Kuaban (Cameroun)
		Tuberculose multirésistante et infection à VIH: Dr E. Pefura-Yone (Cameroun)
10H30 - 11H	Pause-café	Pause-café
11H - 12H30	Session 2 (salle Hiala) : Symposium GSK Modérateur : Pr C. Kuaban	SY 1: Le traitement de l'asthme persistant par la combinaison Salmétérol/propionate de fluticasone Intervenant : Dr E. Nono
12H30 - 13H30	Ouverture solennelle (salle Hiala), Ministre de la Santé Publique	Cérémonie d'ouverture
13H30 - 14H15	Pause-Déjeuner	Pause-Déjeuner
14H30 - 16H00	Session 3 a (salle Hiala) : Communications orales	CO1 : Allergologie et Maladies respiratoires chroniques non transmissibles
	Modérateurs: Pr Y. Tremblay(Canada) Dr A.D. Maizoumbou (Niger)	
	Session 3b (Salle Lagou): Communications orales	CO2 : Pathologie pleurale et infections respiratoires non tuberculeuses
	Modérateurs: Pr A. Benkheder (Tunisie)/ Pr O. Tidjani (Togo)	
16H15 - 17H45	Session 4 (Salle Hiala): Plénière	PL2 : Maladies respiratoires chroniques non transmissibles
	Modérateurs: Pr M. Ndhatz (Côte d'Ivoire)/ Pr M. Ndiaye (Sénégal)	BPCO Post-tuberculeuse : Pr A.S. Bakayoko (Côte d'Ivoire)
		BPCO aux combustibles solides : Pr Ouédraogo (Burkina Faso)
		Syndrome de chevauchement Asthme/BPCO: Dr J. F. Bervar (France)

Vendredi 2 Octobre 2015		
8H - 9H30	Session 5 (salle Hiala): Plénière	PL3 : Pneumopathies aiguës communautaires
	Modérateurs : Pr J. Kayembe (RDC)/ Pr E. Afane-Ze (Cameroun)	Place du diagnostic bactériologique: Pr D. Affolabi (Bénin)
		Evaluation de la sévérité : Pr K. Horo (Côte d'Ivoire)
		Prise en charge actuelle : Dr G. Agodokpessi (Bénin)
9H30 - 9H45	Pause-café	Pause-café
10H0 - 11H30	Session 6 (salle Hiala) : Plénière	PL4 : Infections respiratoires du sujet VIH
	Modérateurs: Pr E. Aka Danguy (Côte d'Ivoire) /Pr H. Douagui (Algérie)	Diagnostic des infections respiratoires chez le sujet VIH positif: Pr B. Kouassi (Côte d'Ivoire)
		Mycobactérioses Atypiques en Afrique : Pr G. Badoum (Burkina-Faso)
		Syndrome de reconstitution immunitaire : Pr S. Domoua (Côte d'Ivoire)
11H45 - 13H15	Session 7 (salle Hiala) : Symposium Aztra Zeneca	SY2 : Phénotypes de l'asthme
	Modérateurs: Pr S. Domoua (Côte d'Ivoire)	Intervenant: Pr H. Douagui (Algérie)
13H15 - 14H30	Pause - déjeuner	Pause - déjeuner
14H45 - 16H15	Session 8 a (salle Hiala) : Communications orales	CO3 : Tabagisme et oncologie thoracique
	Modérateurs: Dr J.F. Bervar(France) (Côte d'Ivoire)/Dr C. Ekono (Cameroun)	
	Session 8 b (salle Lagou) : Communications orales	CO4 : Tuberculose, aspects épidémiologiques et diagnostiques
	Modérateurs : Pr K. Horo (Côte d'Ivoire) / Dr A. Trebucq (France)	
16H30 - 18H00	Sesion 9 a (salle Hiala) : Affiches discussion	AD 1 : Tuberculose
	Modérateurs: Dr E. Nyankiye (Cameroun)/Dr A. Daix (Côte d'Ivoire)	
	Session 9 b (salle Lagou): Affiches discussion	AD 2 : Tuberculose
	Modérateurs: Pr D. Affolabi (Bénin)/Dr G. Agodokpessi (Bénin)	
18H30 - 20H00	Activité non intégrée	Assemblée générale AFA-Respir

Samedi 3 Octobre 2015		
8H - 9H30	Session 10 (salle Hiala) : Plénière	PL5 : Méthodologie de la recherche
	Modérateur: Pr C. Kuaban (Cameroun)/ Pr A. Benkheder (Tunisie)	Construire un projet de recherche : Pour quoi, Pour qui, et Comment ? Pr. Y. Tremblay (Canada)
		Eléments statistiques de base pour un manuscrit : Dr H. MbatchouNgahane)
		Les clés utiles pour la publication d'un manuscrit : Dr F. Assah)
9H30 - 9H45	Pause-café	
10H - 11H30	Session 11 (salle Hiala) : Plénière	PL6 : Syndrome d'Apnées du sommeil
	Modérateurs: Dr B. Pigearias (France)/Dr A. Nana (France)	Classification des troubles du sommeil et épidémiologie du SAOS: Dr B. Pigearias (France)
		Diagnostic du SAOS : Dr M. Massongo(France)
		SAOS et comorbidités: Dr G. Watchueng (France)
11H45 - 13H15	Session 12 a (salle Hiala) : Communication orales	CO5 : Tuberculose, aspects pronostiques
	Modérateurs: Pr K. Horo (Côte d'Ivoire)/ Dr B. Tengang (Cameroun)	
	Session 12 b (salle Lagou): Communications orales	CO6 : Tuberculose, aspects thérapeutiques et tuberculose multirésistante
	Modérateurs: Pr M. Ouedraogo (Burkina Faso)/Pr B. Kouassi (Côte d'Ivoire)	
13H15 - 14H30	Pause-déjeuner	Pause-déjeuner
14H45 - 16H15	Session 13 a (salle Hiala) : Affiches discussion	AD 3 : Oncologie, tabagisme, Pathologie pleurale, autres
	Modérateurs: Pr G. Badoum (Burkina Faso)/Dr S. Adjoh (Togo)	
	Session 13 b (salle Lagou) : Poster discussion	AD 4 : Allergologie, SAS, VIH
	Modérateurs: Pr L. Camara (Guinée)/ Dr G. Watchueng (France)	
16H30- 18H00	Session 14 (salle Hiala) : Atelier	A1 : Lecture des tracés de polygraphie ventilatoire
	Expert: Dr A. Nana(France)	
	Animateur: Dr M. Massongo (Cameroun)	
18H30 - 20H00	Activité non intégrée (Salle Hiala)	Assemblée Générale SAPLF
20H30	Activité non intégrée	Dîner de Gala

Rapide, précis, efficace

ORELOX[®]

cefepodoxime

Cible les infections des voies respiratoires hautes et basses⁽¹⁾



ORELOX 200 mg
Bonne observance
réduction de coût et traitement
-42%
par le produit
plus efficace

NOUVEAU 200 mg

MENTIONS LEGALES ABREGEES

ORELOX 100 mg, comprimé
ORELOX Enfant et Nourrisson 40 mg/5 ml, granules pour suspension buvable

DENOMINATION

ORELOX 100 mg, comprimé.
ORELOX Enfant Et Nourrisson 40 mg/5 ml, granules pour suspension buvable

COMPOSITION *
ORELOX 100 mg : cefepodoxime proxétil 130,45 mg (quantité correspondant à 100 mg de cefepodoxime par comprimé).
ORELOX 40 mg/5 ml : cefepodoxime proxétil 10,43 mg/ml (quantité correspondant à 8 mg/ml de cefepodoxime).

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des caractéristiques pharmacocinétiques du cefepodoxime. Elles sont limitées au traitement des infections dues aux germes sensibles, et notamment :

Comprimé pelliculé :

Chez l'adulte :

- Angines documentées à streptocoque A & hémolytique ;
- Sinusites aiguës ;
- Suppurations bronchiques aiguës des sujets à risque (notamment alcooliques, tabagiques, sujets de plus de 65 ans...)
- Pneumopathies bactériennes en particulier chez les sujets à risque.

• Exacerbations des broncho-pneumopathies chroniques obstructives, en particulier lors de poussées répétées ou chez les sujets à risque.

Granulés pour suspension buvable :

Chez l'enfant et le nourrisson :

- Otites moyennes aiguës ;
- Angines documentées à streptocoque A & hémolytique ;
- Sinusites ;
- Infections respiratoires basses.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION *

Comprimé pelliculé :

Chez l'adulte :

- 2 x 200 mg par jour, soit 2 comprimés matin et soir au cours des repas dans les :

- sinusites aiguës. Dans les sinusites maxillaires aiguës, un traitement de 5 jours a démontré son efficacité.
- suppurations bronchiques aiguës des sujets à risque ;
- pneumopathies bactériennes en particulier chez les sujets à risque ;
- exacerbations des broncho-pneumopathies chroniques obstructives, en particulier lors de poussées répétées ou chez le sujet à risque.

C.T.J. : 4,68€

- 2 x 100 mg par jour, soit 1 comprimé matin et soir au cours des repas dans les angines. La durée de traitement des angines est de 5 jours.

C.T.J. : 2,34€

Granulés pour suspension buvable :

Chez l'enfant et le nourrisson :

La posologie moyenne est de 8 mg/kg/jour répartis en

2 administrations à 12 heures d'intervalle.
Au-delà de 25 kg (200 mg), le comprimé à 100 mg peut être utilisé.
Durée du traitement : La durée de traitement des angines est de 5 jours.
Il est recommandé d'administrer le produit au cours des repas.
C.T.J. : 0,15 €/kg (flacon de 100 ml) ou 0,17 €/kg (flacon de 50 ml).

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE UTILISE :

- en cas d'allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines.
- chez les enfants phénylalaniniques, compte tenu de la présence d'aspartam dans la formule (20 mg / 5 ml) pour la forme granulé pour suspension buvable.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI *

Mises en garde :

- Toute manifestation allergique impose l'arrêt du traitement.
- Utilisation sous surveillance médicale chez les sujets allergiques à la pénicilline (possibilité d'allergie croisée).
- Utilisation à proscrire chez les sujets ayant des antécédents d'allergie de type immédiat aux céphalosporines.

- Réaction d'hypersensibilité possible.
- En raison de la présence de lactose, contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

- En raison de la présence de saccharose et de sorbitol, le granulé pour suspension buvable est contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.
- De rares cas de diarrhées symptomatiques d'une colite pseudomembraneuse ont été observés, elles imposent l'arrêt immédiat du traitement et l'administration de vancomycine. Eviter absolument les produits favorisant la stase locale.

Précautions d'emploi :

- Insuffisance rénale sévère.
- granulé pour suspension buvable : ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 15 jours ; 65,55 mg de sodium par flacon de 50 ml et 133,10 mg par flacon de 100 ml ; 2,17 mg de potassium par dose de 5 ml de suspension reconstituée.

INTERACTIONS *

Modification du pH gastrique

Augmentation du pH gastrique : les anti-H₂ (ranitidine) et anti-acides (hydroxyde d'aluminium, bicarbonate de sodium) conduisent à une diminution de la biodisponibilité.

Problèmes particuliers du déséquilibre de l'INS :

De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez patients recevant des antibiotiques.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT *

Comprimé pelliculé :

Grossesse :

En raison du bénéfice attendu, l'utilisation du cefepodoxime peut être envisagée au cours de la grossesse si besoin, malgré les données cliniques et animales insuffisantes.

Allaitement :

L'allaitement est possible en cas de prise de cet antibiotique. Toutefois, interrompre l'allaitement (ou le

médicament) en cas de survenue de diarrhée, de candidose, ou d'éruption cutanée chez le nourrisson.

CONDUITE DES VEHICULES ET UTILISATION DES MACHINES *

Le cefepodoxime proxétil peut occasionner des sensations de vertiges. Avertir le patient de ce risque potentiel.

EFFETS INDESIRABLES *

- diarrhées, vomissements, douleurs abdominales, œdème de Quincke.
- comprimé pelliculé : nausées.
- granulé pour suspension buvable : rash.
- quelques rares cas de : céphalées, manifestations cutanées (dont Syndrome de Lyell et Syndrome de Stevens-Johnson), manifestations allergiques, hépatobiliaires, rénales et hématologiques, sensations de vertiges, entérococolite avec diarrhée sanglante et colite pseudomembraneuse.

SURDOSAGE *

En l'absence de toute expérience à ce jour, le traitement symptomatique habituel sera initié. En cas de surdosage et notamment chez l'insuffisant rénal, il y a un risque d'encéphalopathie réversible.

PHARMACOLOGIE *

Propriétés pharmacodynamiques

ANTIBIOTIQUES ANTIBACTERIENS de la famille des bétalactamines

(J - anti-infectieux)

Le cefepodoxime proxétil est un antibiotique semi-synthétique de la famille des bétalactamines, du groupe des céphalosporines orales de troisième génération, prodrogue du cefepodoxime.

Spectre antibactérien :

Les concentrations critiques séparent les souches sensibles des souches de sensibilité intermédiaire, et ces dernières, des résistantes :

S : 1 mg/l et R : 2 mg/l.

La prévalence de la résistance acquise peut varier en fonction de la géographie et du temps pour certaines espèces. Il est donc utile de disposer d'informations sur la prévalence de la résistance locale, surtout pour le traitement d'infections sévères. Ces données ne peuvent apporter qu'une orientation sur les probabilités de la sensibilité d'une souche bactérienne à cet antibiotique.

Lorsque la variabilité de la prévalence de la résistance en France est connue pour une espèce bactérienne, elle est indiquée ci-dessous :

ESPECES SENSIBLES :

Aérobies à Gram positif :

Corynebacterium diphtheriae, *Streptococcus*, *Streptococcus pneumoniae* (20-60%).

Aérobies à Gram négatif :

Brachyella catarrhalis, *Citrobacter koseri*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella* (0-10%), *Neisseria gonorrhoeae*, *Pasteurella*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris* (20-38%), *Providencia*.

Anaérobies :

Fusobacterium (10-20%), *Prevotella* (30-70%), *Propionibacterium acnes*.

ESPECES MODEREMENT SENSIBLES (in vitro de sensibilité intermédiaire) :

Aérobies à Gram positif : *Staphylococcus meth-S*.

ESPECES RESISTANTES :

Aérobies à Gram positif :

Enterococcus, *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus meth-S*.

Aérobies à Gram négatif :

Acinetobacter, *Citrobacter freundii*, *Enterobacter*, *Morganella morganii*, *Pseudomonas*, *Serratia*.

Anaérobies :

Bacteroides fragilis, *Clostridium*, *Peptostreptococcus*.

• Fréquence de résistance acquise en France (> 10%) (valeurs extrêmes)

• La fréquence de résistance à la métilistine est environ de 30 à 50 % de l'ensemble des staphylocoques et se rencontre surtout en milieu hospitalier

Propriétés pharmacocinétiques

Chez l'adulte :

Absorption

L'absorption du cefepodoxime proxétil administré par voie orale au sujet à jeun, sous forme d'un comprimé correspondant à 100 mg de cefepodoxime, est de 40 à 50 %.

Celle-ci est augmentée par la prise d'aliments de sorte qu'il est recommandé que le produit soit administré au cours des repas.

Distribution

- Concentrations plasmatiques :

• Après administration par voie orale d'une dose unique de 100 mg, les concentrations plasmatiques maximales de cefepodoxime (C_{max}) sont de 1 mg/l à 1,2 mg/l. Après administration d'une dose de 200 mg, les concentrations plasmatiques maximales sont de 2,2 à 2,5 mg/l. Dans les deux cas (100 ou 200 mg), elles sont atteintes (T_{max}) en 2 à 3 heures.

Les concentrations résiduelles à 12 heures sont respectivement de 0,08 mg/l et de 0,18 mg/l après administration de 100 mg et de 200 mg.

• Fixation aux protéines plasmatiques est de l'ordre de 40 %

• Diffusion humorale et tissulaire

• Le cefepodoxime a une bonne diffusion dans le parenchyme pulmonaire, la muqueuse bronchique, le liquide pleural, les amygdales et le liquide interstitiel.

Les concentrations mesurées sont supérieures aux CMI des microorganismes sensibles.

Biotransformation et élimination

Après absorption, le métabolite principal est le cefepodoxime

Après absorption du cefepodoxime proxétil, 80 % du cefepodoxime libéré sont éliminés sous forme inchangée dans les urines. La demi-vie d'élimination du cefepodoxime est en moyenne de 2,4 heures

PRESENTATIONS, NUMEROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE ET PRIX

• 333 142.4 : 10 comprimés à 100 mg - Prix : 11,72 €.

• 336 038.3 : flacon de granulé de 50 ml - Prix : 8,58 €.

• 336 040.8 : flacon de granulé de 100 ml - Prix : 14,60 €.

Remb. séc. soc. 65 % - Collect.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE

Liste I

• Pour une information complémentaire, consulter la monographie complète.

(1) Aggarwal A, Rath S. Cefepodoxime - utility in respiratory tract infections and typhoid fever. Indian J Pediatr. 2004 May;71(5):413-5.

(2) Mora R, Salami A, Mora F, Cordone MF, Passali GC, Barbieri M. Efficacy of cefepodoxime in the prophylaxis of recurrent pharyngotonsillitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2003 Dec;67 Suppl 1:S225-8

EXPLOITANT : Sanofi-aventis france, 1-13, boulevard Romain Rolland, 75014 Paris Tél. : 01 57 63 23 23. Information médicale et pharmacovigilance : N° vert : 0 800 394 000

Fax : 01 57 62 06 62, DATE DE REVISION Février 2005 / V2



Communications orales (CO)

CO1- Allergologie et Maladies respiratoires chroniques non transmissibles

CO1-1

Profil de sensibilisation aux pneumallergènes courants dans une population d'enfants suivis pour allergie respiratoire à Cotonou

G. Agodokpessi, M. Panou, S. Adé, P. Wachinou, B.

Awanou, G. Adé, M. Gninafon

Centre National Hospitalier Universitaire de Pneumo-Phthysologie, Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant: G. Agodokpessi, aggildas@yahoo.fr

Introduction : Les allergies respiratoires de l'enfant sont peu documentées en Afrique. L'objectif de ce travail était de décrire le profil de sensibilisation aux pneumallergènes dans une population d'enfants suivis pour une allergie respiratoire à Cotonou.

Matériels et Méthode: De Juin à Octobre 2014, une étude transversale descriptive portant sur le profil de sensibilisation aux pneumallergènes a été menée. Il s'agissait d'enfants âgés de plus de trois ans et suivis pour asthme et rhinite allergique à Cotonou. Les extraits allergéniques standardisés (Stallergènes) utilisés étaient: acariens (Dermatophagoides pteronyssinus (DP), Dermatophagoides farinae (DF), Blomia tropicalis (BT), blattes, 5graminées, alternaria, chiens et chats. Le test était positif lorsque le diamètre de la papule était $\geq$ à la moitié de celui du témoin positif, ou lorsque le diamètre de la papule était $\geq$ 3mm de celui du témoin négatif.

Résultats: Des 132 enfants recrutés, 8 ont été exclus : 6 pour anergie et 2 pour dermographisme. Les 124 éligibles étaient constitués de 47 filles et 77 garçons soit un sex ratio de 1,6. L'âge moyen était de 7 ± 1 an. La rhinite et l'asthme étaient associés dans 54,8%, la rhinite et l'asthme dans respectivement 30% et 15%. Le nombre moyen de sensibilisation était de 3 ± 1 . La monosensibilisation concernait 16% des enfants. Les fréquences de sensibilisations les plus fréquentes étaient : BT 98 (79%), et DP 89 (72%) et Alternaria 63 (51%).

Conclusion: Les enfants suivis à Cotonou, pour allergie respiratoire ont une polysensibilisation aux pneumallergènes dominée par les acariens et Alternaria.

CO1-2

Le contrôle de l'asthme dans les pays du Maghreb et en Afrique sub-saharienne selon les recommandations du GINA 2014

H. Douagui, R. Abdelaziz

Service de Pneumo-Allergologie et d'Oncologie Thoracique, et Laboratoire du sommeil, Hôpital de Beni-Messous, Alger.

Auteur correspondant: H. Douagui, h.douagui@gmail.com

Introduction : Le contrôle de l'asthme est un concept fondé sur un score associant des paramètres cliniques, pharmacologiques, fonctionnels respiratoires et de qualité de vie. Il permet d'évaluer la maladie à chaque consultation et d'adapter en conséquence le traitement de fond.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude multicentrique, prospective, descriptive, menée chez des patients asthmatiques adolescents et adultes des deux sexes, âgés de plus de 15 ans, connus et suivis pour asthme depuis au moins 1 an.

Résultats : C'est une étude qui a inclus 588 patients, âgés de 16 à 82 ans : 373 femmes (63 %) et 215 hommes (37%), 42% (249) étaient bien contrôlés, 35% (208) partiellement contrôlés et 23% (131) non contrôlés. Les causes de non contrôles identifiées chez ces malades sont le bas niveau d'instruction, le niveau socio-économique bas, le suivi par un médecin généraliste, la présence d'une rhinite surtout si elle est sévère, la mauvaise perception de la maladie, la présence de facteurs de risques d'asthme sévères, l'inobservance et la mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation.

Conclusion : Partout dans le monde le contrôle de l'asthme est insuffisant malgré qu'il soit admis comme un concept moderne à obtenir dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge. La prise en charge des causes de non contrôle identifiées est très importante pour un meilleur contrôle de l'asthme.

CO1-3

Asthme bronchique au service de Pneumo-phthysologie du CHU de Brazzaville

E.L.P. Bemba^{1,4}, J. Kambourou^{2,4}, E. Moyen^{2,4}, F.H.

Okombi-Okemba¹, A.R. Ouedraogo³, K.B. Ossalé

Abacka¹, R.G. Bopaka¹, A. Nkanga¹, J. Mboussa^{1,4}

¹Service de Pneumo-phthysologie, CHU de Brazzaville, Brazzaville, Congo

²Service de Soins intensives Pédiatriques, CHU de Brazzaville, Brazzaville, Congo

³Service de Pneumo-phthysologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

⁴Département de Médecine. Faculté des sciences de la santé, Université Marien Ngouabi, Congo

Auteur-correspondant : E.L.P. Bemba, bemba1@gmx.fr

Introduction: L'asthme véritable problème de santé publique ; ce travail a pour but de décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'asthme.

Matériels et Méthode : il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive menée de janvier 2012 à décembre 2014 portant sur 91 exacerbations d'asthme colligées au service de Pneumo-phthysologie du CHU de Brazzaville.

Résultats : L'asthme bronchique (10,22%) était la troisième pathologie après la tuberculose et la pneumopathie d'allure bactérienne. L'âge moyen de notre échantillon était de 36.8 ± 18.79 ans (16-83

ans), avec une prédominance féminine, sexe ratio de 0.69. Les étudiants/élèves et les sans emplois représentaient avec 49.45% soit 45 cas/91 de notre échantillon. Les antécédents ORL étaient dominés par la rhinite allergique 51 cas/91 (56%), sinusite 39 cas/91(42.9%) et Soixante-sept (67cas /91 soit 73.6%) patients de notre série avait un ascendant direct asthmatique. Les facteurs déclenchant la crise d'asthme étaient dominés par l'infection respiratoire aigüe. Plus de 65% des hospitalisations (62 cas/91) se faisait en saison sèche. La spirométrie n'a été réalisé chez aucun patient. La voie parentérale était la plus utilisées. La moitié (51%) de notre échantillon présentait un asthme persistant. Parmi les patients ayant déclaré être suivi (63 patients), seul 11% l'était par un Pneumologue, 40% par un généraliste et 33% par un tradipraticien. L'évolution était favorable avec un taux de létalité nul et une durée moyenne d'hospitalisation de 4,43 jours

Conclusion : A travers cette étude nous insistons sur l'importance de la bonne prise en charge et de l'éducation du patient asthmatique.

Mots clés : Asthme, Epidémiologie, Clinique, Traitement, pneumologie, Congo-Brazzaville

CO1-4

Manifestations d'intolérance et exposition aux produits de nettoyage en milieu hospitalier : cas du CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire).

A.T.J. Daix , Z. Koné , K. Samaké, A.S. Bakayoko-Yéou, G. Coulibaly, K.S.M. Domoua

Service de Pneumo- phtisiologie du CHU de Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire.

Auteur correspondant : A.T.J. Daix, ackdaix@yahoo.fr

Introduction : L'entretien des locaux pourrait devenir le premier pourvoyeur de pathologie ORL et respiratoires allergiques et /ou irritatives par le biais de l'exposition aux produits de nettoyage. Aussi, il nous a semblé opportun d'apprécier la réalité de ces observations dans le cadre d'un pays africain au Sud du Sahara.

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'une enquête prospective et observationnelle à partir d'un questionnaire anonyme, standardisé appliqué aux 42 agents chargés du ménage au Centre Hospitalier Universitaire de Treichville d'Abidjan, en Côte d'Ivoire et explorant leurs caractéristiques socio-démographiques et médicaux personnels.

Résultats : le taux de réponse était de 71,1%. Les agents répondeurs étaient de sexe féminin (62,2%), âgés en moyenne de 35,7 ans, de niveau d'instruction au plus du secondaire (100%), d'expérience professionnelle inférieure à 1 an dans 73 % des cas. 37,8% répondeurs (14/37) signalaient des symptômes en rapport avec l'activité dont la distribution était respiratoire (14 fois), cutanée (10 fois) et oculaire (3 fois). Les symptômes étaient apparus chez 8 d'entre- eux au cours de l'activité de ménage (57,1%). Les principaux produits

d'entretien incriminés étaient le savon liquide (10 cas), l'acide muriatique (6 cas) et l'eau de javel (3 cas).

Conclusion : Des travaux multicentriques et multidisciplinaires reposant sur des explorations para-cliniques spécifiques sont nécessaires pour améliorer les estimations des manifestations d'intolérance liées à l'exposition aux produits de nettoyage.

CO1-5

Intérêt de quelques paramètres cliniques et paracliniques simples dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire

A. Bakebe, I. Kashongwe, C. Mulenga¹, M. Tshiasuma, B. Kabengele, S. Bisuta, Z. Kashongwe, J.M. Kayembe
Service de pneumologie, département de médecine interne, cliniques universitaires de Kinshasa, Kinshasa XI, République Démocratique du Congo.

Auteur correspondant : A. Bakebe, alainbakebe@yahoo.fr.

Introduction : l'embolie pulmonaire (EP) est fréquente, mais sous-diagnostiquée; ce à cause de la non spécificité de sa clinique et de l'accès difficile au gold standard en milieu peu nanti.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance de quelques paramètres simples dans la démarche diagnostique.

Matériels et Méthode: étude analytique sur des patients admis pour dyspnée et/ou douleur thoracique aigue présumées d'origine respiratoire dans six hôpitaux de Kinshasa. Les tests de Khi carré de Pearson et de Wald ont permis de dégager la force d'association entre facteurs de risque et EP. Utilisant l'angio-scanner thoracique comme gold standard, la performance de certaines associations des marqueurs diagnostiques a été comparée aux scores cliniques validés par le calcul de l'aire sous la courbe (AUC) de ROC. $p < 0,05$ était considéré comme seuil de significativité statistique.

Résultats : le diagnostic d'EP était retenu chez 58 patients (37%); sur les 60 malades porteurs des résultats angio-scannographiques, l'EP était confirmée chez 38(63,3%); leur âge moyen était de $54 \pm 14,8$ ans. L'immobilisation ($OR = 8,33$; $p < 0,001$) et l'obésité ($OR = 8,06$; $p < 0,001$) s'étaient affichées comme principaux déterminants de l'EP. Certaines associations des marqueurs cliniques et paracliniques de l'EP étaient plus performantes que les scores de prédictions validés. Il s'agissait de l'association chirurgie à risque et S ($S =$ obésité, immobilisation, signes de thrombose veineuse profonde) ($AUC = 0,720$; $p < 0,001$); onde T inversées sur les dérivation V1- V4 et S ($AUC = 0,720$; $p < 0,001$).

Conclusion: dans les milieux à ressources limitées, il y a intérêt de recourir à des modèles prédictifs associant quelques paramètres diagnostiques d'accès facile dans la décision.

CO1-6

Evaluation du risque thromboembolique et prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse chez les patients hospitalisés à l'Hôpital Général de Douala

K.F. Mbofung Corghan¹, B.H. Mbatchou Ngahane^{1,2}, H. Luma², E. Belley Priso², S. Ekane G.², G. Beyiha², C. Kuaban³

¹Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

²Hôpital Général de Douala, Cameroun

³Faculty of Health Sciences Bamenda, Cameroun.

Auteur correspondant: K.F. Mbofung Corghan, kmbofung@yahoo.fr

Introduction: Les mesures prophylactiques diminuent significativement l'incidence de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) chez les patients hospitalisés. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence du risque thromboembolique et d'évaluer la prophylaxie de la MTEV chez les patients hospitalisés à l'Hôpital Général de Douala (HGD).

Matériels et Méthode: Nous avons réalisé une étude descriptive de Janvier à Avril 2015 dans les services de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie et d'anesthésie réanimation. Les patients âgés d'au moins 18 ans et hospitalisés depuis au moins 48 heures étaient inclus. Le risque de MTEV était évalué chez les patients médicaux et chirurgicaux grâce aux scores de PADUA et CAPRINI respectivement. La prophylaxie adéquate était définie selon les critères de l'American College of Chest Physician.

Résultats: Sur 645 patients recrutés dans cette étude, 54,3% étaient des femmes. L'âge moyen était de 47,9 ans. Trois-quart des patients présentaient un risque de MTEV. Parmi ceux-ci, 258 (92,5%) étaient des patients chirurgicaux et 228 (62,3%) patients médicaux. Parmi les 486 patients à risque de MTEV, 239 (49,2%) avaient reçu une prophylaxie dont 113

(49,6%) des patients médicaux et 126 (48,8%) des patients chirurgicaux. Parmi les patients à risque de MTEV, 218 (44,9%) avaient reçu une prophylaxie adéquate dont 45,7% chez les patients médicaux et 44,7% parmi les patients chirurgicaux.

Conclusion: Moins de la moitié des patients à risque de MTEV à l'HGD de ceux-ci avaient reçu une prophylaxie adaptée. Des travaux ultérieurs permettront d'identifier les raisons de la pratique sous-optimale de cette prophylaxie.

CO1-7

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins sur le syndrome d'apnées du sommeil à Lomé

A.S. Adambounou¹, S. Adjoh Komi¹, M. Boukari¹, A.R. Ouedraogo², A.G. Gbadamassi¹, P. Efalou¹, K.A.

Aziagbé¹, M. Belo³, M.A. Djibril⁴, J.M. Damorou⁵, O. Tidjani¹

¹Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

²Service de pneumologie du CHU Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou – Burkina Faso

³Service de neurologie du CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

⁴Service de médecine interne du CHU Sylvanus Olympio, Lomé – Togo

⁵Service de cardiologie du CHU Campus, Lomé – Togo

Auteur correspondant : A.S. Adambounou, amentos@yahoo.fr

Introduction: Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est une affection sous diagnostiquée au Togo. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les connaissances des médecins de Lomé sur cette affection et de décrire leurs attitudes face à un sujet suspect.

Matériels et Méthode: Il s'est agi d'une enquête transversale descriptive auprès de 250 médecins. La collecte des données a été faite par un auto-questionnaire rempli sans recours à une source d'information.

Résultats: Le niveau général de connaissance sur le SAS était moyen chez 77% des médecins, faible chez 18%. Les signes cardinaux (apnées, ronflements, somnolence diurne) étaient connus par 90% des médecins. Les répercussions cardiovasculaires étaient citées par 80% des médecins, la polysomnographie par 44% comme examen de référence. La ventilation par pression positive continue et les mesures hygiéno-diététiques étaient les principaux traitements cités dans 61% des cas. Au cours de leurs pratiques médicales, 31% des enquêtés ont une fois suspecté le SAS. Les médecins ont référé les patients suspects de SAS à un pneumologue (65,24%), un ORL (22,38%) un neurologue (10,48%) tandis que 23,81% d'entre eux ont prescrit une polygraphie ventilatoire nocturne.

Conclusion : Les connaissances théoriques et les pratiques des médecins sur le SAS méritent d'être améliorées.

CO2- Pathologie pleurale et Infections respiratoires basses non tuberculeuses

CO2-1

Apport de la biopsie pleurale dans le diagnostic étiologique des pleurésies exsudatives non purulentes au CHU Sylvanus Olympio de Lomé

S. Adjoh Komi¹, A. S. Adambounou¹, A.G. Gbadamassi¹, K.A. Aziagbé¹, P. Efalou¹, N.M. Assao², M. Boukari¹, K. Amegbor³, O. Tidjani¹

¹Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

²Service de pneumologie de l'hôpital national Lamordé, Niamey - Niger

³Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

Auteur correspondant : S. Adjoh Komi,
komiadjoh@yahoo.fr

Introduction : La biopsie pleurale à l'aveugle est une technique d'investigation des pleurésies non purulentes couramment utilisée au Togo. Le but de notre travail était d'évaluer l'apport de la biopsie pleurale à l'aveugle dans l'enquête étiologique des pleurésies.

Matériels et méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 306 cas de pleurésie exsudative non purulente hospitalisés du 1^{er} Juillet 2009 au 30 Juin 2014 dans le service de pneumo-phthisiologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 47,34 ans. La sex-ratio était de 1,19. La biopsie pleurale était interprétable dans 97,06%. L'examen histopathologique des fragments pleuraux de notre étude avait confirmé une étiologie tuberculeuse dans 38,72% des cas et néoplasique dans 14,81% des cas. Dans 46,47% des cas, une lésion inflammatoire non spécifique a été retrouvée.

Conclusion : La biopsie pleurale à l'aveugle reste une technique simple dans l'approche étiologique des pleurésies. Cependant, ses limites imposent la nécessité d'acquérir les nouvelles techniques d'investigation de la plèvre pour réduire la part des pleurésies idiopathiques.

Mots clés : Pleurésie, biopsie pleurale, étiologies, Togo.

CO2-2

Apport du geneXpert du liquide pleural dans le diagnostic des pleurésies à liquide clair suspectes de tuberculose

M. Wayzani, K. Thiam, N.O. Touré, Y. Dia Kane, A. Diatta, E.M. Ndiaye, F.B. Mbaye, S. Dia
Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal
Auteur correspondant : Thiam
khady.thiamkhadie@yahoo.fr

Introduction : le geneXpert est un nouvel outil recommandé par l'OMS dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Cependant sa performance dans le liquide pleural est peu décrite. Par conséquent, nous avons mené ce travail qui vise à évaluer son apport dans le diagnostic des pleurésies à liquide clair suspectes de tuberculose.

Matériels et Méthode : c'est une étude transversale, descriptive menée au Service de Pneumologie du CHNU de Fann de Dakar, de Septembre 2013 à Mars 2015, incluant tous les patients qui présentaient une pleurésie séro-fibrineuse, exsudative, lymphocytaire, abactérienne. Les hydropneumothorax étaient exclus. Le diagnostic de tuberculose était retenu devant un faisceau d'arguments épidémiologique, clinique, paraclinique avec une bonne évolution sous traitement antituberculeux.

Résultats : le diagnostic de tuberculose pleurale était retenu chez 301 patients. L'âge moyen était de 32,3 ans (extrêmes 16 et 64 ans). Le sex-ratio était de 2,6. Le coût de la biopsie pleurale couplée à l'anatomo-pathologie (environ 90 €) n'avait permis de l'effectuer que chez 90 patients (29.9%) avec une rentabilité de 80%. Le GeneXpert du liquide pleural, effectué chez tous les patients, n'était revenu positif que dans 3.3% des cas (n=10).

Conclusion : l'amplification génique par Xpert MTB/RIF du liquide pleural est très peu performante pour établir le diagnostic de pleurésie tuberculeuse contrairement à la biopsie pleurale qui reste le gold standard dans la localisation pleurale.

Mots-clés : GeneXpert MTB/RIF, Biopsie pleurale, Pleurésie tuberculeuse.

CO2-3

Intérêt de la thoracoscopie dans la prise en charge des pleurésies exsudatives chroniques

R. Abdelaziz, M. Lemdani, A. Kerram, H. Douagui
Service de Pneumo-Allergologie et d'Oncologie Thoracique, et Laboratoire du sommeil, Hôpital de Beni-Messous, Alger.

Auteur correspondant : H. Douagui,
h.douagui@gmail.com

Introduction: La thoracoscopie est une technique diagnostique permettant l'exploration endoscopique de la cavité pleurale, des organes avoisinants, du poumon surtout sur sa face périphérique et thérapeutique (talcage).

Matériels et Méthode: C'est une étude prospective de toutes les thoracoscopies faites dans le service de février 2014 à ce jour, représentée par 23 cas d'épanchements pleuraux liquidiens, 17 hommes et 6 femmes, âgés de 32 à 75 ans.

Les aspects radiologiques sont une pleurésie isolée dans 15 cas, un aspect mamelonné de la plèvre dans 4 cas, une pleurésie avec atteinte parenchymateuse dans 2 cas et un épanchement bilatéral dans 2 cas.

Les aspects macroscopiques sont des micronodules diffus dans 4 cas, une carcinose pleurale dans 6 cas, une carcinose pleuro-pulmonaire dans 5 cas, des nodules pleuraux dans 6 cas, une masse de la gouttière costo-vertébrale et une masse violacée pariétale dans 1 cas.

L'étude anatomo-pathologique est dominée par la pathologie cancéreuse dans plus de 90% des cas (métastases, mésothélium, lymphomes).

Conclusion: La thoracoscopie représente un réel gain en matière de diagnostic de certaines pathologies intra-thoraciques. Son indication doit être précoce, si une, voire deux biopsies à l'aiguille n'ont pas permis le diagnostic.

CO2-4

Complications du drainage ambulatoire des pleurésies néoplasiques

A. Soumana¹, S. Adjoh Komi², A.S. Adamounou², I.A. Gagara³, N.M. Assao³, M. Bako², J. Metchendje Noundui², A. Assarid², T. M. Rachid¹, S. Laroumagne¹, O. Tidjani², P. Astoul¹

¹ Service d'Oncologie Thoracique de l'Hôpital Nord de Marseille

² Service de pneumologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé – Togo

³ Service de pneumologie, Hôpital national Lamordé, Niamey - Niger

Correspondant : A. Soumana, s_alphazazi@yahoo.fr

Introduction : La reconstitution des pleurésies cancéreuses est fréquente. En cas d'impossibilité ou d'inefficacité d'une pleurodèse, un drainage ambulatoire peut être mis en place. Nous rapportons ici les complications liées à ce soin palliatif.

Matériels et Méthode: Etude rétrospective portant sur 20 cas du service d'Oncologie Thoracique de l'Hôpital Nord de Marseille. Ont été inclus, les patients présentant une pleurésie maligne récidivante à hauts risques anesthésiques ou ceux dont la pleurodèse a échoué. La mise en place d'un kit cathéter PleurXTM à demeure a été faite selon la technique de Seldinger. Le suivi a été assuré en collaboration avec une équipe de prestataires d'hospitalisation à domicile (HAD).

Résultats : L'âge moyen des patients était de 72 ans. La durée moyenne du drainage a été de 69 jours avec des extrêmes de 9 et 293 jours. Parmi les complications immédiates, trois cas de malaise vaso-vagal ont été notifiés. A distance, on notait 2 cas de chute du drain, 1 cas de cellulite, 2 cas de surinfection du liquide pleural, 1 cas de septicémie par staphylocoque. L'évolution des complications infectieuses a été favorable sous traitement antibiotique avec conservation du drain. Aucune complication n'a été observée chez 70% des patients. La médiane de survie à partir de la pose du PleurXTM a été de 62 jours.

Conclusion : Le drainage pleural en ambulatoire dans la prise en charge des pleurésies néoplasiques récidivantes n'est pas dénué de complications mais peut constituer une alternative encourageante.

CO2-5

Pneumocystose pulmonaire chez un patient VIH négatif

A.R. Ouédraogo, G. Badoum, G. Ouédraogo, K. Boncounou, M. Ouédraogo

Service de pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo

Auteur correspondant: Ouédraogo Abdoul Risgou, oarisgou@yahoo.fr

Introduction: La pneumocystose pulmonaire (PCP) est causée par un agent fongique opportuniste appelé *pneumocystis jirovecii*. Elle survient habituellement chez les sujets immunodéprimés, en particulier ceux atteints du SIDA. La PCP reste une des principales causes d'insuffisance respiratoire aiguë chez les patients

atteints du VIH. Nous rapportons un cas de PCP chez un patient VIH négatif.

Observation: Mr SP, 49 ans, instituteur a été reçu le 15/01/2013 pour détresse respiratoire hypoxémiante, associée à une toux grasse et une douleur thoracique, le tout évoluant dans un contexte subfébrile et d'altération de l'état générale. Dans les antécédents on notait une bronchectasie et une fibrose pulmonaire suivie depuis environ 11 ans et ayant nécessité une lobectomie gauche en 2012. Le diagnostic de PCP a été établi par la mise en évidence de kystes de *pneumocystis jirovecii* dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire.

Conclusion: La PCP reste une infection sévère chez les patients immunodéprimés. Même en dehors de l'infection à VIH, il faudrait l'évoquer chez un sujet présentant un tableau de détresse respiratoire aiguë hypoxémiante et rechercher systématiquement d'autres causes d'immunodépression.

CO2-6

Intérêt de l'examen cytbactériologique de l'expectoration (ECBE) dans la prise en charge des pneumopathies bactériennes en milieu hospitalier noir africain

T. Kanouté, D.Soumaré, B. Baya, K. Ouattara, G. Berthe, Y. Toloba, S. Diallo.

Service de Pneumo-phthisiologie, CHU du Point G

Auteur correspondant : T.

Kanouté, drtenin_kanoute@yahoo.fr

Introduction : Les pneumopathies bactériennes sont des motifs fréquents de consultation.

L'ECBE non invasif, peu coûteux, permet l'identification précise de l'écologie bactérienne pour la réadaptation de l'antibiothérapie. Le but de notre travail était de déterminer l'intérêt de l'ECBE dans le diagnostic des pneumopathies bactériennes.

Matériels et Méthode: Étude prospective, et analytique, allant de Novembre 2013 à Novembre 2014 réalisée dans le service de pneumologie du CHU de point G.

Résultats : Parmi 1745 patients, 271 cas (15,5%) de pneumopathies bactériennes ont été répertoriées, dont 170 prélèvements positifs (62,7%).

Le sex-ratio était de 1,27. L'âge moyen était de 34ans avec les extrêmes 12 - 84 ans. La tranche d'âge 26-45 ans était la plus représentée (57%). Un antécédent de tuberculose pulmonaire était retrouvé dans 5%. La sérologie VIH était positive chez 7 soit 4%. Le tabagisme représentait 28%. La bacilloscopie était négative chez tous les patients. Le germe le plus fréquemment retrouvé était *klebsiella pneumoniae* (46%). L'antibiotique le plus utilisé était les céphalosporines de troisième génération. La durée moyenne du traitement était de 16 jours avec des extrêmes allant de 10 à 30 jours. L'évolution a été favorable chez tous les patients.

Conclusion : L'ECBE est un examen clé et non invasif dans le diagnostic des pneumopathies bactériennes surtout dans les pays à faible revenu.

CO2-7

Bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 24 mois à Yaoundé

J.B. Bogue¹, A. Chiabi¹, D. Yatchet Tchata², S. Nguefack¹, E. Mah¹, P.F. Tchokoteu¹, E. Mbonda¹

¹Service de Pédiatrie Générale et sous spécialités pédiatriques, HGOPY/FMSB ; UY1

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé, UDM ;

Bangangté ; Cameroun

Auteur correspondant : J.B. Bogue,

johnbbogue@yahoo.fr

Introduction: La bronchiolite aiguë du nourrisson est une pathologie obstructive expiratoire des voies respiratoires basses, d'étiologie virale communément, contagieuse, à transmission interhumaine, survenant sur un mode endémo-épidémique annuel et se limitant aux deux premiers épisodes, lors des 24 premiers mois de vie.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, couvrant une période de 4 ans de 2008 à 2011, à partir des dossiers médicaux de 296 nourrissons de moins de 24 mois à l'HGOPY avec un diagnostic médical de bronchiolite aiguë. Les variables étudiées étaient épidémiologique, clinique et évolutives.

Résultats: La bronchiolite aiguë représentait 1,6% des consultations pédiatriques et était classé troisième des infections respiratoires basses (9,4%). Le sexe masculin était le plus touché, surtout lors des grandes saisons de pluies allant de septembre à novembre avec un pic épidémiologique en octobre. Une prévalence saisonnière significative par rapport aux autres mois de l'année a été notée ($P < 0,001$). Une augmentation de l'incidence par année a été observée avec un taux de récurrence de 19,6%. Les principaux signes cliniques étaient les râles sibilants, la toux, la fièvre, la rhinorrhée, la dyspnée avec signes de lutte. Le pronostic global était favorable avec une létalité de 1,1%.

Conclusion: La bronchiolite aiguë est un problème de santé publique, autant chez nous que dans les pays dits développés. Elle touche les jeunes nourrissons avec un pic épidémique lors de la grande saison des pluies. Son incidence est en augmentation et son pronostic globalement favorable.

CO3- Tabagisme et Oncologie thoracique

CO3-1

La prévalence de la consommation de cigarettes des élèves dans une commune de Conakry (Guinée).

L.M. Camara^{1,2}, M.B. Diallo¹, B.D. Diallo¹, K. Kourouma², N.F. Camara², O.Y. Sow^{1,2}.

¹Service de Pneumo-phtisiologie, CHU Ignace Deen

²Centre Antituberculeux de la Carrière, Conakry

Auteur correspondant : Camara Lansana Mady,

camaralmady@yahoo.fr

Introduction: Les élèves constituent une population à risque face au tabagisme. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence du tabagisme chez les élèves dans la commune de Matam et d'étudier l'attitude des parents face au tabagisme.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude transversale réalisée auprès de 2170 élèves âgés de 13 ans et 14 ans, dans 20 établissements privés et publics tirés au sort. L'étude s'est déroulée du 20 Mars au 20 Mai 2013. Les élèves ont répondu à un questionnaire en classe.

Résultats: Les effectifs d'élèves étaient superposables selon l'âge (49,4% de 13 ans contre 50,6% de 14 ans) et le sexe (53,5% de filles). Les élèves du primaire ont constitué 19%. La prévalence du tabagisme chez les élèves de la commune de Matam était de 10,6% (IC = 9,4 – 12,0%). La fréquence du tabagisme est superposable dans les 2 groupes d'âge (50,2% des 13 ans) et selon le sexe (51,9% des garçons). Les parents sont fumeurs de cigarettes dans 26,31% des cas, particulièrement le père (86,5%). Le tabagisme est plus fréquent chez les parents d'élèves fumeurs (48%).

Conclusion: La prévalence du tabagisme en milieu scolaire dans la commune de Matam est élevée et prédomine chez les élèves en fin du primaire et qui ont des parents fumeurs.

CO3-2

Habitudes de fumer, attitudes et connaissances du personnel des principaux établissements de soins de Touba

M. Ndiaye¹, Niang Samba², Soumah Mohamed¹, Sow Mamadou.Lamine¹

¹Service de Médecine Légale et du Travail, FMPO, UCAD, Sénégal

²Centre Hospitalier National de Matlaboul Fawzaini, Touba, Sénégal

Auteur correspondant : M. Ndiaye,

drmorndiaye@yahoo.fr

Introduction: Déterminer la prévalence de fumeurs parmi le personnel des trois principaux établissements de soins de Touba et évaluer leurs connaissances et attitudes.

Matériels et Méthode: Etude transversale descriptive par questionnaire anonyme, réalisée durant le mois de mars 2015 auprès de 102 travailleurs.

Résultats: La prévalence du tabagisme était de 20,6% (n=21), concernait les hommes, la tranche d'âge 31-40 ans avec 66,6% (n=14) et les mariés avec 85,7% (n=18). Ils étaient 80,9% (n=17) à avoir

débuté entre 15 et 20 ans, 90,5% (n=19) à fumer les cigarettes industrielles et 71,4% (n=15) à totaliser une durée supérieure à 10 ans.

Les infirmiers avec 33,3% (n=7), le personnel administratif 23,8% (n=5) et le personnel d'entretien 14,3% (n=3) constituaient les principales catégories professionnelles. La dépendance était forte pour 52,4% (n=11) des fumeurs et très forte pour 19% (n=4). Ils fumaient tous chez eux et 76,2% (n=16) pensaient arrêter dans les 5 années à venir.

Les effets sanitaires et le lien entre les maladies citées et le tabac étaient ignorés respectivement par 51,9% (n=53) et 42,1% (n=43). Ils étaient 71,5% (n=73) à ne pas faire systématiquement la prévention auprès des patients, 93,1% (n=95) à souhaiter des contrôles régulières de la brigade de veille et 86,3% (n=88) une sensibilisation sur la dernière loi antitabac.

Conclusion: Le tabagisme est une réalité parmi le personnel des établissements de soins et des actions de prévention seront nécessaires.

CO3-3

Influence de la formation médicale sur les attitudes et le comportement tabagique des étudiants en Médecine d'Abidjan

C. Godé, B.A. Kouassi, J.M. Ahui Brou, K. Horo, M.O. Koffi, K. Samaké, A. Koné, A. N'gom, E. Aka-Dangy
Service de Pneumologie du CHU de Cocody

Introduction: Le tabagisme est problème de santé publique en côte d'Ivoire où il a une prévalence de 22,1%, le médecin est un acteur essentiel de la lutte antitabac, la formation médicale doit le préparer à cet effet. Depuis 2006 un cours magistral de toxicologie du tabac dispensé par un Pneumologue aux Etudiants en 4^{ème} année est sensé préparer ces futurs Médecins à la lutte antitabac. Notre étude avait pour but d'évaluer l'impact de cette formation médicale sur les attitudes et comportement tabagiques des étudiants en fin de formation (6^{ème} année) de la promotion 2013-2014.

Matériels et Méthode: il s'agissait d'une étude transversale sur l'attitude et les comportements tabagiques des étudiants en 6^{ème} année de la promotion 2013-2014 (période II). Cette étude a été comparée à celle semblable, menée par Godé auprès de la promotion 2004- 2005 (période I) qui n'avaient reçu aucune formation en toxicologie du tabac.

Résultats: Le statut tabagique n'était pas lié à la période d'étude (11 fumeurs en période I vs 14 fumeurs en période II). Parmi les pathologies liées au tabac celles d'origine pulmonaire étaient significativement connues par les étudiants de la période II ; celles cardiovasculaires, Oto-rhino-laryngologique, urogénitales étaient méconnues sans relation avec la période d'étude. Les moyens préventifs de la lutte antitabac étaient

significativement connus par les étudiants de la période I que dans celle de la période II.

Conclusion: les étudiants issus de la période II étaient insuffisamment préparés à la lutte antitabac, la formation en toxicologie du tabac et en stratégies antitabac mérite d'être renforcée chez ces étudiants.

CO3-4

Carcinoïde bronchique typique : à propos d'un cas

K. Boncounou¹, G. Badoum¹, A.T. Bambara², G. Ouedraogo¹, A.R. Ouedraogo¹, A.S. Ouedraogo³, M.S. Ouedraogo⁴, M. Ouedraogo¹

¹Service de Pneumologie, CHU Yalgado Ouedraogo, Burkina Faso

²Service de Cancérologie, CHU Yalgado Ouedraogo, Burkina Faso

³Service d'Anatomie pathologie, CHU Yalgado Ouedraogo, Burkina Faso

⁴Service de Médecine Interne, CHU Sanou Sourô, Burkina Faso

Auteur correspondant : K. Boncounou,
boncounou_kadiatou@yahoo.fr

Introduction : Les tumeurs carcinoïdes pulmonaires sont des tumeurs neuroendocrines de découverte fortuite ou en présence de manifestations respiratoires. Les formes typiques sont de bon pronostic mais leur diagnostic n'est pas toujours aisé.

Observation : Nous rapportons le cas de DAR 32 ans sans antécédent particulier qui a été reçu en consultation de pneumologie en Février 2012 pour une toux chronique associée à une fièvre le tout évoluant depuis 2 mois environ. L'examen clinique a noté un bon état général et un syndrome d'épanchement pleural liquidien de la base droite dont la ponction pleurale exploratrice a été blanche. La radiographie thoracique de face a objectivé une opacité basale droite dense homogène sans bronchogramme aérique. La tomodensitométrie thoracique(TDM) a mis en évidence une masse tumorale au dépend du lobe inférieur droite associé à un hydro-pneumothorax droit et une adénopathie médiastinale. La bacilloscopie, la fibroscopie bronchique et la biopsie transpariétale scannoguidée n'ont pas permis un diagnostic étiologique. Une thoracotomie exploratrice a abouti à une bilobectomie inférieure et moyenne du poumon droit avec ablation du ganglion satellite. L'examen histologique a identifié une tumeur carcinoïde bronchique typique sans atteinte ganglionnaire. Aucune chimiothérapie anticancéreuse n'a été administrée. Après trois ans de suivi, les contrôles répétés n'ont montré aucune récurrence locale ou à distance.

Conclusion : Toute opacité pulmonaire qui ne fait pas la preuve de son étiologie doit bénéficier de méthodes diagnostiques invasives comme la thoracotomie.

CO3-5

Tératome Mature du Médiastin : A propos de deux observations cliniques

S. Niang¹, Y. Dia Kane¹, N.O. Touré¹, S. Diatta², A. Diatta¹, E.H.M. Ndiaye¹, K. Thiam¹, M.F. Cissé¹, A. Niang¹, N. Fall¹, A. Cissé¹, J.L. Diémé¹, N.F. Diouf Niang¹, P.S.E. Agne¹,

¹Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)

²Service de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)

Auteur correspondant: Samba Niang, doctniang@yahoo.fr

Introduction: Les tératomes bénins sont des tumeurs médiastinales rares. L'objectif de notre étude était d'étudier les caractéristiques anatomo-cliniques de ces tumeurs rares à travers deux observations cliniques.

Observations: Un garçon de 13 ans, avait consulté pour des douleurs thoraciques droites et une dyspnée d'effort modérée. La radiographie et la tomodensitométrie du thorax objectivaient une formation médiastinale excavée para hilaire droite d'allure kystique associée à une pleurésie droite de moyenne abondance. La thoracotomie a retrouvé un kyste médiastinal adhérent à la veine cave inférieure et au péricarde. L'histologie de la pièce opératoire était en faveur d'un tératome mature avec du cartilage, du tissu dermique, intestinal et musculaire ainsi que du tissu lymphoïde.

Une jeune fille de 22 ans admise à la consultation pour une douleur basi-thoracique gauche associée à une dyspnée d'effort modérée et une toux quinteuse sèche. La radiographie et le scanner thoraciques mettaient en évidence une masse thoracique occupant la région apico-hilaire gauche. La thoracotomie, avait montré un volumineux kyste hilaire à contenu solide reposant sur le lobe supérieur gauche et moyen. L'histologie montrait un tératome mature pluricellulaire kystisé contenant du tissu adipeux, du revêtement épithélial de type bronchique, du cartilage, des glandes pilo-sébacées, des glandes séro-muqueuses. La cavité est comblée de kératine et parfois bordée d'un revêtement de type malpighien.

Conclusion: Le tératome médiastinal est une tumeur bénigne du sujet jeune souvent révélée par une complication. Son traitement nécessite une résection complète pour éviter la récurrence ou la dégénérescence maligne qui est rare.

CO3-6

Difficultés diagnostiques et de prise en charge des cancers broncho-pulmonaires primitifs (CBPP) dans le service de pneumologie du CHNU de FANN

E.M. Ndiaye^{1,2}, N.O. Touré¹, K. Thiam¹, A. Diatta¹, Y. Dia, M.F. Cissé¹,

¹ service de pneumologie du CHNU Fann

² UFR de Santé de l'université de Thiès

Auteur correspondant : E.M. Ndiaye, elmamdiaye@yahoo.fr

Introduction : Le cancer bronchopulmonaire primitif (CBPP) constitue le cancer le plus meurtrier dans le monde. En Afrique peu de données sont disponibles. Le but de notre étude était de déterminer les difficultés diagnostiques et de prise en charge des CBPP.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective concernant tous les cas de cancers bronchopulmonaires primitifs de janvier 2010 à décembre 2013 dans le service.

Résultats : Nous avons colligé 37 cas de cancers bronchopulmonaires primitifs en trois ans soit une prévalence hospitalière de 1,09 %. Le sex-ratio était de 6,4 en faveur des hommes. L'âge moyen était de 54,56ans±17. Les fumeurs actifs étaient de 74,2 %. Les comorbidités associées au cancer étaient la BPCO 8,1 %, HTA 5,4 % et tuberculose 13,51 %. La toux était retrouvée dans 67,86 % des cas, la dyspnée dans 60,71 %, la douleur thoracique 48,15 %, la fièvre dans 54,05 % et l'hémoptysie dans 18,91 %. Les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) représentaient 78,37 % et le cancer à petites cellules 13,51 %. Le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome, représentaient 45,94 % (n=17) et 32,43 % (n=12) et les carcinomes indifférenciés 8,13 %. La majorité des patients (94,59 %) était classée stade IV TNM. Cinq patients avaient bénéficié de 6 cures de chimiothérapie. Nous avons noté 21 décès (56,7 %) dans les trois premiers après le diagnostic.

Conclusion

La prise en charge des CBPP reste très difficile dans un pays sous développé où la majorité des patients n'ont pas de couverture maladie.

CO3-7

Tolérance et facteurs associés à la mauvaise tolérance de la fibroscopie bronchique chez des patients au CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

A.A. Fiogbé, S. Adjoh Komi, A.S. Adambou, J. Metchendjé Noundui, G. Gbadamassi, O. Tidjani Service de pneumologie et maladies infectieuses, CHU Sylvanus Olympio, Lomé (TOGO)

Auteur Correspondant : A.A. Fiogbé, afigobe@yahoo.fr

Introduction: En absence de standards consensuels, la fibroscopie bronchique est réalisée dans des conditions très variées avec ou sans sédation. Sa tolérance varie d'un patient à un autre. Les objectifs de ce travail étaient de décrire le vécu de la fibroscopie bronchique par les patients, d'évaluer la tolérance de cet acte et d'analyser les facteurs associés à sa mauvaise tolérance.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude prospective concernant 150 patients ayant bénéficié d'une fibroscopie bronchique sans anesthésie générale au CHU Sylvanus Olympio

Résultats: 97,3% des patients étaient à leur première fibroscopie bronchique ; 73% ont signalé être anxieux et 92% avaient peur. L'examen était vécu comme désagréable chez 82%. Les patients se plaignaient de : douleur (11%); nausée (38%); sensation d'étouffement (60%). Au total, 14,7% de notre échantillon avait une mauvaise tolérance. Après ajustement sur les variables âge, sexe, et durée de l'examen; les patients ayant une $SPO_2 < 90\%$ en début d'examen ont 5,94 fois de risque de mauvaise tolérance de la fibroscopie bronchique ($p=0,004$). De même à âge, sexe, et SPO_2 égaux, les patients chez qui l'examen est trop long (>25 min) présenteraient 8 fois plus une mauvaise tolérance à l'examen comparativement aux autres. ($P=0,0004$)

Conclusion : La tolérance de fibroscopie bronchique pourrait être améliorée en agissant sur les plaintes retrouvées dans ce travail

CO4- Tuberculose : aspects épidémiologiques et diagnostiques

CO4-1

Les médecins des pays de forte endémie tuberculeuse doivent-ils encore apprendre à lire le cliché de thorax à l'ère de la radiographie digitale directe et du diagnostic assisté par ordinateur ?

P. L'Her¹, T.E. Leroy^{1,2}, P.Y. Norval^{1,3}, V. Phouvang⁴, J. Sebert^{1,4}.

¹ SPI, Soutien pneumologique international,

² Centre hospitalier de Meulan,

³ TeAM, Technical assistance for management,

⁴ PNT du Laos

Auteur correspondant : P. L'Her Pierre,
plher@hotmail.com

Introduction: Les enquêtes de prévalence tuberculose (TB) démontrent l'intérêt de la radiographie thoracique (Rxtho), outil diagnostique sensible, capable de dépister les TB à bactériologie négative. Elle est maintenant recommandée par l'OMS, qui prône le dépistage systématique, avec Rxtho, dans les groupes à risque.

Matériels et Méthodes: La radiographie digitale directe (DDR), de prix encore élevé mais en baisse, fournit rapidement, à faible coût, sans problèmes techniques de développement, des clichés de qualité constante, faciles à stocker et transmettre, dont la lecture sur place et à distance est aisée. Nous l'avons constaté, au Laos, sur les clichés DDR du dépistage 2015 dans les prisons, alors qu'en 2011, la relecture de clichés de l'enquête de prévalence, photographiés sur négatoscope, était problématique.

Résultats: Lediagnostic assisté par ordinateur (CAD4TB), recommandé par plusieurs institutions, donne un score de 0 à 100 % pour la TB et permet de diagnostiquer efficacement les petites lésions de TB débutantes, souvent non détectées sur le terrain. Les publications, dont une, en Gambie, où l'un de

nous a été testé contre la machine, présentent les performances comme égales à un lecteur entraîné. Mais cette aide diagnostique, performante pour les enquêtes de masse, coûte 1,5 US\$/ cliché. Surtout CAD4TB ne résout pas le problème de distinction TB active / séquelle inactive, ni celui des pathologies non TB, mieux appréciés par un personnel de santé formé.

Conclusion: Longtemps négligé par l'OMS dans les PED, le cliché thoracique, outil indispensable pour diagnostiquer les TB à bactériologie négative, nécessite la formation des médecins à son interprétation.

CO4-2

Tuberculose chez l'enfant dans un hôpital tertiaire en Afrique sub-Saharienne: épidémiologie et facteurs associés à l'évolution

L. Aketi¹, C. Kinsiona¹, Z. Kashongwe², F.S. Bisuta^{2,3}, J. Kokolomami⁴, G. Bolie¹, P. Lumbala¹, D.J. Shiku¹

¹Service cardio-pulmonaire et maladies infectieuses, Département de pédiatrie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

²Département de Pneumologie, Département de médecine interne, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

³Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre, République Démocratique du Congo

⁴Département d'épidémiologie et biostatistiques, Ecole de santé publique, Université de Kinshasa

Auteur correspondant : L. Aketi, akelou@yahoo.fr

Introduction: Le diagnostic de la tuberculose (TB) chez l'enfant est un challenge diagnostique, et son évolution peut dépendre de plusieurs facteurs. L'objectif est de décrire le circuit, le profil clinique et évolutif ainsi que les facteurs associés chez les enfants avec TB dans un hôpital tertiaire à Kinshasa.

Matériel et Méthodes: L'étude est documentaire et analytique, concernant les données cliniques et paracliniques des enfants âgés de 0 à 15 ans admis aux cliniques universitaires de Kinshasa pour TB. Les fréquences, la moyenne, l'analyse binaire et la régression logistique ont été réalisées.

Résultats: Sur 283 enfants avec TB, 82 (29.0%) avaient une TB cliniquement diagnostiquée, 40 (14.1%) avaient une TB bactériologiquement confirmée, 163 (57.6%) cas de TB extrapulmonaire, 2 (0.7%) MDR-TB, 167 (59.0%) avaient terminé le traitement, 30 (10.6%) étaient guéris, 7 (2.5%) étaient en échec, 4 (1.4%) étaient décédés, 55 (19.4%) étaient transférés au centre de traitement le plus proche du domicile et 20 (7.0%) étaient perdus de vue. A l'analyse bivariée, le contage TB ($p=0.048$), le type de TB ($p=0.000$), le statut VIH ($p=0.050$), le résultat du ziehl ($p=0.000$), la culture sur Lowenstein ($p=0.004$) et la radiographie du thorax ($p=0.057$) étaient associés à l'évolution. A la régression logistique, aucun de ces facteurs ne prédisait l'évolution.

Conclusion: La prise en charge de la TB chez les enfants reste encore un défi, même dans les hôpitaux tertiaires. Ce qui justifie des nouveaux outils diagnostiques, et le suivi post-thérapeutique doit tenir compte de certains facteurs.

CO4-3

Epidémiologie de la tuberculose de l'enfant à Conakry (Guinée)

L.M. Camara^{1,2}, B.D. Diallo¹, P. Kourouma², D. Touré², M.B. Diallo¹, O.Y. Sow^{1,2}.

¹Service de Pneumo-phtisiologie, CHU Ignace Deen

²Centre Antituberculeux de la Carrière, Conakry

Auteur correspondant : L.M. Camara, camaralmady@yahoo.fr

Introduction: La tuberculose de l'enfant (TBE) à Conakry est peu documentée. L'objectif de ce travail était d'établir le profil épidémiologique de la TBE à Conakry.

Matériels et Méthode: L'étude a porté sur les cas de tuberculose chez les enfants de 0 à 14 ans pris en charge à Conakry de 2009 à 2013. Les registres de déclaration et les fiches de traitement de la tuberculose ont servi de sources d'information.

Résultats: En 2013, sur les 6220 cas de tuberculose identifiés, 297 concernaient les enfants, soit 4,8% (IC 2,4 à 7,2%). La prévalence de la TBE est de 44 pour 100000 habitants. La séroprévalence du VIH est de 18%. La tranche d'âge de 5 à 10 ans est plus touchée (40,4%) sans prédominance d'un sexe. La tuberculose extra pulmonaire (TEP) représente 45,4% des cas, celle pulmonaire à frottis positifs (TPM+) 11,9% des cas. Les TEP les plus fréquentes sont ganglionnaires (29,6%), ostéo-articulaires (20,6%) et pleurales (20%). Le taux de succès au traitement est de 78,9% pour les TPM+ avec 1,5% de décès et 10,5% de perdu de vue de.

Conclusion: la tuberculose est moins fréquente chez l'enfant avec une plus grande fréquence des localisations extra pulmonaires.

CO4-4

Caractéristiques de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) chez le sujet tabagique au service de Pneumo-phtisiologie (PPH) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody à Abidjan

M.O. Koffi, A. Koné, O. Adagra, B.A. Kouassi, J.M. Ahui Brou, C. Brou-Godé, K. Horo, A. N'gom, B. Koffi N'goran, E. Aka-Danguy

Service de Pneumophtisiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Auteur correspondant : Koffi Marc-Olivier, komarcol@hotmail.fr

Introduction : La tuberculose, en particulier sa forme pulmonaire à microscopie positive, constitue un fléau dans les pays pauvres. Elle est fréquemment associée à d'autres tares notamment le tabagisme qui connaît une croissance exponentielle.

Matériel et Méthodes : Nous avons effectué une étude descriptive transversale analysant l'impact du tabagisme sur les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques des malades hospitalisés au service de pneumologie du CHU de Cocody à Abidjan pour TPM+ de janvier 2010 à décembre 2012 soit une période de trois ans.

Résultats : Sur les 311 patients recrutés, le tabagisme avait une prévalence de 27 % avec une prédominance masculine (83,33 % ; $p < 0,001$) et de la tranche d'âge après 35 ans (65,48 % ; $p = 0,001$). 44 % des patients étaient alcoolo-tabagiques ($p < 0,001$).

Au niveau clinique, la dyspnée était le signe le plus représenté chez les tabagiques (53,58 % ; $p = 0,007$). Au plan radiologique, les infiltrats et les cavernes étaient majoritairement retrouvés chez les fumeurs (respectivement 53,57 % et 46,43 % ; $p = 0,03$). L'évolution de la tuberculose sous traitement était généralement favorable quel que soit le statut tabagique.

Conclusion : A partir de 35 ans, la survenue de la tuberculose était significativement liée au tabagisme avec une prédominance masculine. La dyspnée, les cavernes et les infiltrats étaient les signes les plus observés chez le fumeur. L'évolution restait inchangée quel que soit le statut tabagique.

CO4-5

La tuberculose multifocale à l'hôpital Jamot de Yaoundé aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs.

C.F. Ekono Bitchong^{1,2}, T. Assoumbou Mefant^{1,2}, U. Olinga Medjo¹, J.J. Ze^{1,2}, A. Ntyo'o Nkoumou³, E. Ngah Nkomo³, C.S. Mintyene Mintya¹, E. Afane Ze^{1,3}.

¹Service de pneumologie de l'Hôpital Jamot Yaoundé

²Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

³Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé, Cameroun.

Auteur correspondant : C.F. Ekono Bitchong, ekonoclaire@yahoo.fr

Introduction: La tuberculose multifocale est l'atteinte d'au moins deux sites extra-pulmonaires associée ou non à une atteinte pulmonaire. Elle survient préférentiellement chez les patients immunodéprimés. L'objectif de cette étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la tuberculose multifocale et d'évaluer la fréquence de la co-infection VIH et Tuberculose multifocale.

Matériels et Méthode : Etude rétrospective et descriptive, menée à l'hôpital Jamot de Yaoundé de janvier 2009 à janvier 2014. Etaient inclus les patients âgés de 15 ans et plus, traités pour tuberculose multifocale confirmée, ou non confirmée et d'évolution favorable après un traitement antituberculeux.

Résultats : Soixante patients ont été inclus, 32 femmes et 28 hommes. La prévalence de la tuberculose multifocale a été estimée à 1,2%. Les patients d'âge compris entre] 35-44] prédominaient, représentant 36,66 %. Le principal facteur de risque retrouvé était l'infection au VIH (75%). Les localisations extra pulmonaires étaient double dans 75,9%, triple dans 20,4% et quadruple dans 3,7%. Les formes cliniques étaient majoritairement : ganglionnaire (70%), pulmonaire (67,3%), miliaire (50%), péritonéale (41,7%) et pleurale (38,3%). La guérison a été obtenue dans 23 cas (38,3%), les décès 15 cas (25%) ; les perdus de vue, 14 cas (23,3%) et les transférés, 8 cas (13,3%).

Conclusion : La tuberculose multifocale est une maladie grave affectant plus les femmes que les hommes et survenant plus chez les immunodéprimés. Ses formes cliniques sont diverses ; la précocité du diagnostic et par conséquent d'un traitement optimal pourraient améliorer son pronostic.

CO4-6

Gène Xpert® MTB/RIF et dépistage des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire en routine dans une zone de haute endémicité tuberculeuse

K. Horo¹, R. N'guessan^{2, M.O.} Koffi¹, N. Kouamé-N'Takpé³, A. Kone¹, K. Samake¹, L. Koffi¹, J.M. Ahui Brou¹, V.C. Brou-Gode¹, A. N'gom¹, B.A. Kouassi¹, B. Koffi N'goran¹, E. Aka-Dangui¹.

¹Service de Pneumologie du CHU de Cocody, Abidjan,

²Unité de Mycobactérie de l'Institut Pasteur,

³FSUCOM de Wassakara de Yopougon.

Auteur correspondant : K. Horo, kigninlmanh@yahoo.fr

Introduction: Développé initialement pour le diagnostic de la tuberculose (TB) multirésistante, le test de gène Xpert® MTB/RIF a montré son utilité dans le diagnostic de la TB surtout chez les sujets infectés par le VIH. L'objectif de l'étude a été de déterminer son apport dans le diagnostic de la TB pulmonaire en routine dans une zone à forte endémicité tuberculeuse.

Matériels et Méthodes: Nous avons conduit une étude prospective au sein des patients présentant une toux avec une expectoration soumise à l'examen microscopique (EM), au test du gène Xpert® MTB/RIF et à la culture par la technique *Mycobacteria Growth Indicator tube (MGIT)*. L'étude a été comparative entre le cas de tuberculose pulmonaire confirmé par une culture positive des expectorations (CPE) et ceux à culture négative.

Résultats: En analyse multi-variée, les signes associés à la CPE ont été les suivants : le sexe masculin, la toux chronique d'au moins 2 semaines, l'amaigrissement et la fièvre. Au regard des résultats, le score estimé de suspicion clinique (SESC) a été composé de 4 signes affectés chacun

de coefficient 1. Sa spécificité a été de 85,63 % pour sa valeur 4. En couplant les résultats de l'examen microscopique et ceux de test, 35,8 % cas de TB ont été dépistés contre 31,8 % (159/500). En cas d'EM négatif, le test du gène Xpert® MTB/RIF devrait être réalisé si le SESC est égale à 4.

Conclusion: Le diagnostic de la TB dans les zones d'endémie TB pourrait être amélioré par ce test.

CO4-7

La tuberculose à Douala: étude de cohorte rétrospective sur 7 ans

B.H. Mbatchou Ngahane^{1, 2}, F. Dahirou², C. Tchechié³, A. Wandji³, E. Nyankiyé⁴, L.M. Endale³, C. Kuaban⁵

¹Service de Médecine Interne, Hôpital Général de Douala, Cameroun

²Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun

³Centre de Pneumo-phthisiologie, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun

⁴Cabinet de Pneumologie d'Akwa, Douala, Cameroun

⁵Faculty of Health Sciences, University of Bamenda, Cameroun

Auteur correspondant: B.H.Mbatchou Ngahane,

mbatchou.ngahane@yahoo.com

Introduction: La connaissance de l'épidémiologie de la tuberculose permettrait d'améliorer son pronostic. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques démographiques, et cliniques de la tuberculose, et de déterminer les facteurs associés au mauvais pronostic.

Matériels et Méthode: Une étude de cohorte rétrospective a été menée au Centre de Pneumo-phthisiologie de l'Hôpital Laquintinie de Douala. Elle concernait les cas de tuberculose enregistrés de Janvier 2007 à Octobre 2013. Était considéré comme mauvais pronostic toute survenue de décès, d'échec thérapeutique ou de perte de vue au cours du traitement. Un modèle de régression logistique était utilisé pour déterminer les facteurs de mauvais pronostic.

Résultats: Au total, 8902 cas de tuberculose étaient inclus, dont 57,4% chez les patients de sexe masculin. L'âge médian était de 33ans et les moins de 35 ans étaient les plus affectés. La séroprévalence de l'infection à VIH était de 37,6%. La tuberculose pulmonaire bacillifère et celle à microscopie négative représentaient 50,5% et 30,5% des cas. Le taux de mortalité moyen était de 8,1% et on observait un déclin significatif au cours du temps de la mortalité ($\chi^2_{trend} = 17$; $p = 0,000$) et de l'échec thérapeutique ($\chi^2_{trend} = 4,0$; $p = 0,03$). Le sexe masculin, l'âge, les cas de retraitement, la non conversion du crachat, l'infection à VIH et la non réalisation de la sérologie VIH étaient associés au mauvais pronostic.

Conclusion: Le fardeau de la tuberculose demeure important à Douala. Les mesures ciblées sur les groupes à risque de mauvais pronostic permettraient d'améliorer l'évolution de cette affection.

CO5- Tuberculose: aspects pronostiques

CO5-1

Mal de Pott : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques au CHU-Yalgado Ouédraogo

G. Badoum¹, S. Zabsonré², K. Boncounou¹, G. Ouédraogo¹, A. R. Ouédraogo¹, A. Kabre², M. Ouédraogo¹.

¹Service de Pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

²Service de Neurochirurgie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Auteur correspondant: G. Badoum, gisebad@yahoo.fr

Introduction : Le mal de Pott ou spondylodiscite tuberculeuse est la localisation du processus infectieux tuberculeux sur un ou plusieurs ensembles disco-vertébraux. Le but de cette étude était de préciser les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du mal de Pott au CHU Yalgado.

Matériels et Méthode : Etude rétrospective à visée descriptive sur 103 patients recrutés sur une période de 6 ans dans le service de Neurochirurgie.

Résultats : L'âge moyen était de 46,2 ans. Les hommes étaient plus atteints (sex-ratio de 1,6). Les patients étaient issus en majorité des couches socio-professionnelles défavorisées (73 %).

La douleur rachidienne a été le motif de consultation le plus évoqué dans 90,3% des cas ; le délai moyen de consultation était de 10 mois. Le rachis lombaire était le segment le plus atteint (54,4 %). L'IDR à la tuberculine était positive dans 91,35 % des cas. La recherche de BAAR à l'examen direct des crachats a été positive dans 4,8 % des cas, cependant aucune culture n'a été réalisée. Le traitement a consisté à une chimiothérapie antituberculeuse durant 9 mois associée ou non à un traitement orthopédique (12 cas) et/ou chirurgical (01 cas) L'évolution était favorable dans 61 % des cas, des séquelles étaient observées dans 37 % des cas et 1,9% des patients sont décédés.

Conclusion : Le mal de Pott continue de poser un problème de santé publique qui touche une population jeune. La chimiothérapie antituberculeuse constitue l'élément essentiel du traitement cependant sa prise en charge nécessite une équipe pluridisciplinaire.

CO5-2

Evènements indésirables au cours du double traitement antituberculeux et antirétroviral au centre antituberculeux de Treichville, Abidjan

A.S. Bakayoko¹, G. Coulibaly¹, A.T.J. Daix¹, Z. Kone¹, A. Doumbia², K. Samake¹, Y. Kone¹, M. Traore³, K.M.S. Domoua¹.

¹Service de pneumophthisiologie CHU Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire

²Service des maladies infectieuses et tropicales CHU Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire

³Centre antituberculeux de Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : A.S. Bakayoko, sandia211@hotmail.com

Introduction: L'objectif de cette étude était de décrire les événements indésirables survenus chez les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH.

Matériels et Méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive conduite sur la période de 2010 à 2014, qui a concerné les patients co-infectés par la tuberculose (premier épisode) et le VIH et recevant simultanément le traitement antituberculeux et antirétroviral (ARV).

Résultats: L'âge moyen des 61 patients inclus était de 43,45 ans (extrêmes de 20 et 69 ans) avec une sexe ratio de 0,60. Tous les patients co-infectés recevaient la quadrithérapie antituberculeuse de 6 mois (2RHZE/4RH), et la chimio prophylaxie au cotrimoxazole fort. Les protocoles ARV les plus prescrits étaient les associations TDF-FTC-EFV (50,74%) et TDF-3TC-EFV (26,2%). Les effets indésirables survenaient dans 57,2% des cas avant 30 jours (Extrêmes 2 jours et 17 semaines). Les principaux événements indésirables étaient cliniques (93,4%) à type d'effets digestifs (42,6%), cutanés (26,2%) et neurologiques ((24,6%). L'attitude thérapeutique des médecins a consisté en un traitement symptomatique (96,7%) ou à la demande d'un avis spécialisé (3,30%). L'évolution s'est faite vers l'amélioration (81%), la persistance (17,2%) ou l'aggravation des événements indésirables (1,7%). Aucune modification de protocoles thérapeutiques n'a été effectuée. La bithérapie antituberculeuse Rifampicine Isoniazide a été la seule incriminée dans un seul cas. A la fin du traitement antituberculeux, le taux de succès thérapeutique était de 86,8%.

Conclusion: La sous notification des événements indésirables au cours du traitement de la co-infection tuberculose VIH suggère un renforcement des compétences des soignants en matière de pharmacovigilance.

CO5-3

Les effets indésirables du traitement court de la tuberculose multirésistante au Niger: 5 ans d'expérience.

M.A. Gagara Issoufou¹, M.B. Souleymane², M.M. Assao Neino¹, A. Piubello², S. Hassane Harouna², S. Morou², I. Boukary², A. Trébucq³

¹Hôpital National Lamorde, Niamey, Niger,

²Fondation Damien, Niamey, Niger;

³International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, France;

Auteur Correspondant: M.A. Gagara Issoufou, assiatougagara@gmail.com

Introduction: Les résultats des patients traités avec des régimes courts pour la tuberculose multirésistante (TB-MR) sont encourageants. Toutefois, l'expérience limitée existe sur les

événements indésirables (EI) associés aux médicaments. L'objectif de cette étude était de déterminer les EI liés au traitement court de la TB-MR.

Matériels et Méthode: L'étude était prospective et observationnelle portant sur les dossiers de patients confirmés de TB-MR entre Juillet 2008 et Septembre 2013. Le schéma standardisé au Niger était de 9 à 12 mois. Le régime était composé de la kanamycine, des doses élevées de la gatifloxacine, la prothionamide, la clofazimine, les doses de moyenne-haute de l'isoniazide, l'éthambutol et la pyrazinamide. Event Monitoring cohorte, une technique active d'identification des EI a été utilisée.

Résultats: Parmi les 122 patients inclus, 101 (82,8 %) étaient des hommes ; l'âge médian était de 30 et l'IMC moyen était de 16,4 kg / m². Cent quinze (94,3 %) avaient réalisé un test VIH et 6 (5,2%) étaient positifs. Cent sept EI ont été observés chez 81 patients (66,4%). La majorité des EI (88,9 %) était d'intensité légère à modérée et 11,1% avaient nécessité un arrêt ou une réduction de la dose du médicament incriminé. Les EI les plus fréquents étaient les troubles gastro-intestinaux (48,6%), l'ototoxicité (19,6%), l'hyperglycémie (7,5%), l'hépatotoxicité (5,6%), l'arthralgie (4,7%), la névrite optique (2,8%). Nous n'avons enregistré aucun événement mortel d'EI. La guérison a été obtenue dans 88,5%.

Conclusion: Les EI étaient courants dans la TB-MR traités avec des schémas courts mais rarement sévères.

CO5-4

Devenir des patients traités pour tuberculose dans la ville de Yaoundé, Cameroun

A.D. Balkissou^{1,2,3}, E.W. Pefura-Yone^{1,2,3}, A. Kuate-Kuate¹, N.F. Kanko¹, E. Nga-Nkomo¹, H.K. Fatime-Abaicho³, P.T. Enono-Edende³, E. Afane-Ze^{1,2}

¹ Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé Cameroun

² Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé Cameroun

³ Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé Cameroun

Auteur correspondant : Dr A.D. Balkissou, dodobalkissou@gmail.com

Introduction: Le devenir défavorable au cours du traitement de la tuberculose (TB) reste préoccupant pour les programmes de lutte contre la tuberculose. Le but de notre étude était de déterminer le devenir et les facteurs de risque de devenir défavorable des patients atteints de TB à Yaoundé.

Matériels et Méthode: Les patients âgés d'au moins 15 ans atteints de TB et traités dans les centres de diagnostic et de traitement de la TB (CDT) de Yaoundé de Janvier 2012 à Décembre 2013 ont été rétrospectivement inclus. Les patients guéris ou ayant terminé leur traitement étaient

considérés comme ayant eu un succès de traitement. Les cas de décès, perdus de vue et échecs constituaient le groupe devenir défavorable.

Résultats: Des 6421 patients inclus, 3659(57,0%) étaient de sexe masculin et leur âge médian (intervalle interquartile : IQR) était de 34(27-44) ans. La séroprévalence de l'infection à VIH était de 44,2%. Le taux médian (IQR) des lymphocytes CD4 était de 144(60-280)/mm³ chez les sujets VIH positif. Le taux de succès thérapeutique était de 77,7% et le devenir était défavorable dans 22,3% des cas (12,9% de perdus de vue, 8,6% de décès et 0,8% d'échecs). Les déterminants indépendants de devenir défavorable étaient le sexe masculin, l'infection à VIH, les CDT s'occupant de moins de 150 patients/an et de plus 500 patients/an.

Conclusion: L'incidence du devenir défavorable reste élevée à Yaoundé. Des efforts doivent être faits pour diminuer ce taux afin de limiter la propagation de cette maladie contagieuse.

CO5-5

Incidence et déterminants d'abandon du traitement antituberculeux à Yaoundé, Cameroun : Etude de cohorte rétrospective

P.T. Enono-Edende¹, E.W. Pefura-Yone^{2,3}, H.K. Fatime-Abaicho¹, A.D. Balkissou^{2,3}, E. Mvondo-Abeng⁴, E. Afane-Ze^{2,3}

¹ Institut supérieur de technologies médicales, Yaoundé, Cameroun

² Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

³ Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales, Yaoundé, Cameroun

⁴ Délégation Régionale de la Santé Publique du Centre, Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant: P.T. Enono-Edende, epatrickthierry@yahoo.fr

Introduction: L'abandon du traitement antituberculeux (TAT) est un problème majeur pour les programmes de lutte antituberculeuse. Le but de notre étude était de déterminer le taux d'abandon et les facteurs prédictifs d'abandon du TAT chez les patients traités pour tuberculose (TB) à Yaoundé.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective réalisée dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) de la ville de Yaoundé et couvrant la période allant de janvier 2012 à octobre 2014(2 ans 10 mois). Les sujets âgés d'au moins 15 ans ont été inclus à partir des registres et des fiches de traitement antituberculeux (TAT).

Résultats: Des 6809 patients inclus, 3904(57,3%) patients étaient de sexe masculin. L'âge médian des participants était de 34 ans. La sérologie VIH était positive chez 44% des sujets l'ayant réalisé. L'incidence cumulée d'abandon du TAT était de 12,1% et la densité d'incidence d'abandon du TAT était de 2,39/100 personnes-mois. La durée médiane de suivi avant l'abandon était de 120 jours. Les facteurs prédictifs d'abandon de traitement étaient le sexe masculin, l'infection à VIH, la sérologie

VIH inconnue, les CDT avec un nombre moyen de malades enregistrés < 50/an ou > 500/an, les CDT des hôpitaux de rang universitaire et les CDT publics.

Conclusion: Le taux d'abandon du TAT reste encore élevé à Yaoundé. La connaissance des déterminants d'abandon du TAT trouvés dans cette étude devrait permettre d'entreprendre des actions nécessaires pour réduire ce taux.

CO5-6

Développement et validation d'un score pronostic simple de prédiction de décès au cours de la tuberculose dans les pays en voie de développement

E.W. Pefura-Yone^{1,2}, A.D. Balkissou^{1,2}, V. Poka-Mayap¹, H.K. Fatime-Abaicho³, P.T. Enono-Edende³, A.P. Kengne⁴

¹Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

²Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

³Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé, Cameroun

⁴Medical Research Council, Cape Town, South Africa
Auteur correspondant: E.W. Pefura-Yone,
pefura2002@yahoo.fr

Introduction: L'objectif de cette étude était de développer et valider un score simple de prédiction de décès au cours du traitement de la tuberculose.

Matériels et Méthode: Les dossiers médicaux des patients âgés d'au moins 15 ans traités pour tuberculose à l'Hôpital Jamot de Yaoundé de Janvier 2012 à Décembre 2012 (cohorte de développement) et de janvier 2013 à Décembre 2013 (cohorte de validation) ont été analysés. Les coefficients β de régression logistique des déterminants indépendants de décès ont été utilisés pour générer le score pronostic simple (SPS) de prédiction de décès.

Résultats: Les caractéristiques des 1544 patients de l'échantillon de développement étaient similaires à celles des 1317 (60,1% de sexe masculin) patients de l'échantillon de validation. Il y avait 110 décès (taux de mortalité: 7,1%) dans l'échantillon de développement et 103 décès (7,8%) dans l'échantillon de validation. Le SPS est calculé selon la formule $SPS = \text{âge (années)} - 5 \times \text{indice de masse corporelle ajusté (kg/m}^2) + 30$ (si TB à microscopie négative) + 15 (si TB extra-pulmonaire) + 45 (si VIH+). La discrimination du modèle était excellente dans l'échantillon de validation [statistique C: 0.817(0.777-0.856)]. Cinq classes de risque de gravité croissante ont été identifiées: classe I (faible risque, $SPS < -60$), classe II (risque modéré, $-60 \leq SPS < -30$), classe III (risque élevé, $-30 \leq SPS < 0$), classe IV (risque très élevé, $0 \leq SPS < 30$) et classe V (risque critique, $SPS \geq 30$).

Conclusion: Ce score de prédiction de décès peut être utilisé pour la stratification de risque de décès au cours de la TB.

CO6- Tuberculose : aspects thérapeutiques et tuberculose multirésistante

CO6-1

Déterminants de la tuberculose résistante à Yaoundé, Cameroun

V. Poka-Mayap¹, L.M. Endale², A. Ntyo'o Nkoumou¹, A.D. Balkissou^{1,3}, E. Ngah-Komo¹, A. Kuate-Kuate³, E.W. Pefura-Yone^{1,3}, C. Kuaban⁴.

¹Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

²Service de Pneumologie, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun

³Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

⁴Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun

Auteur correspondant: V. Poka-Mayap,
pokavirginie@yahoo.fr

Introduction: La tuberculose résistante, particulièrement la tuberculose multirésistante (TB-MR) représente une menace sérieuse pour le succès de la lutte antituberculeuse. L'objectif de notre étude était d'identifier les déterminants de la résistance aux antituberculeux chez les patients en traitement.

Matériel et méthodes: Les dossiers des malades hospitalisés dans le service de pneumologie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé de janvier 2008 à décembre 2012 (4 ans) pour traitement d'une tuberculose ont été rétrospectivement analysés. La régression logistique a été utilisée pour rechercher les facteurs associés à la tuberculose résistante.

Résultats: Des 239 patients inclus, 154 (64,4%) étaient des hommes. L'âge médian (intervalle interquartile) était de 36 (27 – 48) ans. La TB-MR était retrouvée chez 74 (31%) patients et la résistance à au moins un des antituberculeux testés chez 101 (42,3%) patients. Les facteurs indépendants associés à la TB-MR étaient l'indice de masse corporelle ($IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ [odds ratio (Intervalle de Confiance à 95%): 3,49(1,71-7,14)] et l'échec du traitement de catégorie 1 [40,55 (11,49-143,06)]. Les facteurs indépendants associés à la résistance à au moins un antituberculeux étaient l' $IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ [3,48 (1,82-6,66)] et l'échec du traitement de catégorie 1 [23,89 (7,93-71,93)].

Conclusion: L'échec de traitement de catégorie 1 et un $IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ sont les facteurs de risque de résistance aux antituberculeux chez les patients en traitement de tuberculose. Le dépistage précoce de la tuberculose résistante dans ces groupes devrait permettre d'améliorer le pronostic de cette maladie.

CO6-2

Situation actuelle de la chimioprophylaxie primaire à l'isoniazide chez les enfants contacts des patients atteints de tuberculose pulmonaire baccillifère en Côte d'Ivoire

Z. Koné, A.S. Bakayoko, A.T.J. Daix, K. Samaké, R. Agbou, A. Kouao Koffi, A. H. Anet, G. Coulibaly, K.M.S. Domoua
Service de pneumophtisiologie, CHU Treichville Abidjan Côte d'Ivoire
Auteur correspondant : Koné Zakaria,
kzakaria73@yahoo.fr

Introduction: Selon les recommandations internationales, les enfants de moins de 5 ans de l'entourage familial de tuberculeux bacillifère, devraient bénéficier de prise en charge contre la Tuberculose. Notre objectif était de vérifier l'application de la recommandation relative à l'administration de la chimioprophylaxie primaire à l'Isoniazide.

Matériels et Méthode : Etude multicentrique, prospective, transversale et descriptive sur 3ans (2011- 2013) réalisée dans 3 centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose par l'analyse d'un questionnaire appliqué aux patients âgés d'au moins 15 ans, présentant un premier épisode de tuberculose pulmonaire contagieuse au sujet des enfants de moins de 5 ans vivant sous le même toit qu'eux. Ces patients avaient été interviewés lors de leur contrôle bactériologique du deuxième mois de traitement antituberculeux

Résultats: Sur un effectif global de 412 patients (52,7% d'hommes et 47,3%), d'âge moyen de 34,59 ans et de niveau d'instruction faible (non scolarisés et primaire=66,5%), l'interrogatoire avait noté l'existence de 639 enfants de moins de 5 ans vivant sous le même toit qu'eux. L'information sur le dépistage des enfants contacts avait été fournie à 70,6% des patients interrogés. Des 339 enfants examinés parmi les 639 contacts, seuls 234 (69%) avaient bénéficié uniquement d'une intradermoréaction à la tuberculine. La chimioprophylaxie à l'isoniazide a été instituée chez 64% des enfants contacts (217/339).

Conclusion: La forte proportion d'enfants contacts de moins de 5 ans non examinés constitue une préoccupation majeure et une occasion manquée de prévention de cas supplémentaires de tuberculose parmi les enfants.

CO6-3

Effet du rappel de la prise des antirétroviraux par programmation des sonneries téléphoniques sur l'observance du traitement chez les patients infectés par le VIH: essai clinique randomisé

Z. Nzina-Toupendi¹, A. D. Balkissou^{2,3}, E. W. Pefura-Yone^{2,3}, M. Temgoua-Ngou³, C. Marih- Beidi¹, E. Soh², E. Afané-Ze^{2,3}

¹Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé, Cameroun

²Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

³Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant: Z. Nzina-Toupendi,
zoulielayla@hotmail.fr

Introduction: Le but cette étude était de déterminer l'effet du rappel de la prise des antirétroviraux(ARV) par programmation des sonneries des téléphones portables sur l'observance du traitement ARV chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Matériels et Méthode: Dans cet essai clinique randomisé en simple aveugle, réalisé de décembre 2014 à mai 2015 à l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY), les PVVIH âgées d'au moins 18 ans ont été randomisées dans le groupe intervention (groupe sonnerie) et dans le groupe témoin (soins de routine). La bonne observance était basée sur un score du Center for Adherence Support Evaluation (CASE)>10. Le principal critère de jugement était le taux de bonne observance au traitement ARV après 4 mois de suivi (M4). Les critères de jugement secondaire incluaient l'observance à la fin du 2^{ème} mois (M2) et le taux de rétention au centre à M4.

Résultats: Au total, 199 participants étaient assignés dans le groupe sonnerie et 201 dans le groupe témoin. Le taux de bonne observance à M4 était de 68,8% dans le groupe sonnerie et de 54,2% dans le groupe témoin, correspondant à une amélioration de l'observance de 27% (IC à 95%: 8-49%, p=0,003) dans le groupe sonnerie. Le taux de bonne observance à M2 était plus élevé dans le groupe intervention (80,4% vs 54,7%, p<0.001). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant le taux de rétention à M4.

Conclusion: La programmation des alarmes téléphoniques portables améliore l'observance du traitement antirétroviral à court et à moyen terme chez les sujets VIH positif.

CO6-4

Apport du GeneXpert dans le diagnostic de la tuberculose multi résistante au Mali.

B. Baya^{1,3}, D. Koné¹, A.B. Bocar², F. Camara², B. Diarra³, T. Kanouté¹, D. Soumaré¹, Ouattara¹, O. M'Baye^{1,3}, G. Berthé¹, S. Diabaté¹, Y. Toloba¹, S. Diallo^{1,3}

¹Service de Pneumo-phtisiologie, CHU du Point-G

²Laboratoire national de référence de la tuberculose (LNR)

³Centre de Recherche et de Formation sur la Tuberculose et le VIH (SEREFO)

Auteur correspondant : B. Baya, bayaboc@yahoo.fr

Introduction: Le GeneXpert permet en plus de la détection du *Mycobacterium tuberculosis* de détecter la résistance à la rifampicine. Le but était de déterminer l'apport du Genexpert dans le diagnostic de la tuberculose multi résistante au Mali.

Matériels et Méthode: Etude rétrospective, de mars 2014 à février 2015 au service de pneumophtisiologie à Bamako. Il s'agissait des cas suspects de tuberculose ayant bénéficié de l'examen direct

(zielh Nielsen) et du GeneXpert au laboratoire national de référence (LNR) et les cas suspects de multi-résistance ayant bénéficié de la culture et des tests de sensibilité au laboratoire de recherche SEREFO.

Résultats: Au total 528 échantillons examinés. Sex-ratio= 2,2. A l'examen direct 147 (27,8%) étaient positifs et 350 (66,29%) négatifs pour le bacille de koch. Dans 207 (39,2%) cas le génome de *Mycobacterium tuberculosis* a été détecté contre 321 (60,8%) de non détection. La résistance à la rifampicine a été détectée au GeneXpert dans 30/207 (14,49%). Sur ces 30 cas, 9 (30%) ont bénéficié de la culture et des tests de sensibilité dont 7 (77,8%) confirmés tuberculose multi-résistante. Deux cas de discordance notés : un cas de résistance à la rifampicine au GeneXpert mais sensible au test de sensibilité, et un cas de résistance isolée à la rifampicine mais sensible à l'isoniazide.

Conclusion: Le GeneXpert a permis d'augmenter le taux de détection des cas de tuberculose de 11% comparé à la microscopie. La concordance entre le GeneXpert et les tests de sensibilité dans le dépistage des formes multi résistantes a été de 77,8%.

CO6-5

Profil bactériologique des patients tuberculeux en échec au traitement antituberculeux de catégorie 1 au centre antituberculeux de Bouaké en 2013

Anon JC¹, Dje-Bi H¹, Monemo P², Yéo L¹, Achi V¹, Ndzhatz-Sanogo M¹

¹Service de pneumologie, CHU de Bouaké

²Service de bactériologie-virologie, CHU de Bouaké

Auteur correspondant : J.C. Anon, jchanalok@yahoo.fr

Introduction: Analyser le profil bactériologique pour améliorer la prise en charge de la tuberculose en situation d'échec thérapeutique

Matériels et Méthode: Etude prospective descriptive analysant les résultats des examens mycobactériologiques effectués chez 31 malades tuberculeux en situation d'échec au régime 1, suivis au CAT de Bouaké de janvier 2013 à décembre 2013.

Résultats: Sur 1381 patients tuberculeux suivis au Centre Antituberculeux (CAT) de Bouaké, nous avons sélectionné 31 cas d'échec au traitement antituberculeux de catégorie 1, soit une prévalence de 2,2%. Il s'agit de 11 femmes (35%) et de 20 hommes (65%), ayant un âge moyen à 35 ans. Nous avons examiné 30 prélèvements de crachats (98%) et 1 pus ganglionnaire (2%). Tous les frottis étaient positifs à la coloration de Ziehl Neelsen. La culture a été positive pour 27 prélèvements (87%). *M. tuberculosis* a été isolé sur toutes les cultures positives. Les tests de pharmacosensibilité ont été effectués avec les antituberculeux de première ligne. Nous avons alors détecté 7 souches sensibles

(26%), 3 souches résistantes à l'isoniazide (11%) et 17 souches multi-résistantes (MDR) (63%).

Conclusion: L'échec au traitement antituberculeux est un facteur fortement prédictif de la tuberculose multi-résistante. Il constitue une indication systématique de la culture et des tests de pharmacosensibilité, avant l'initiation du régime de retraitement.

CO6-6

Evaluation de la prise en charge de la tuberculose multirésistante aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUC)

M.I. Kashongwe, M.A. Bakebe, O. Nguen O, B.O.

Kabengele, J.M. Kayembe JM, M.Z. Kashongwe

Université de Kinshasa, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Département de Médecine Interne, Service de Pneumologie BP 834 Kinshasa XI, RD Congo

M.I. Kashongwe, ikashongwe@hotmail.fr

Introduction: La tuberculose multirésistante (TB/MDR) est un challenge pour les programmes de prise en charge de la tuberculose surtout dans les pays en voie de développement.

Matériels et Méthode: Analyse des données épidémiologiques et thérapeutiques des sujets traités aux CUC entre 2009 et 2012. Le diagnostic de TB/MDR était retenu devant l'identification du *Mycobacterium tuberculosis* résistant au moins à la rifampicine et à l'isoniazide. Etaient inclus tout patient qui avait un diagnostic confirmé par la culture des crachats sur milieu de Löwenstein avec tests de sensibilité à tous les antituberculeux de première ligne.

Résultats: 45 sujets sur 101 (44,6%), dont 23 hommes (51,1%) et 22 femmes (49,9%), d'âge moyen 34±10,8 ans (extrêmes : 20-65 ans) ont été retenus en fonction des critères d'inclusion. Seize patients (35,6%) avaient terminés leurs traitements avec succès dont 3 patients (6,7%) déclarés guéris et 13 patients (28,9%) traitements terminés, abandon chez seize patients (35,6%) et 1 patient était en échec thérapeutique. Le délai moyen de négativation à la culture était de 2,2 ±1,2 mois (extrêmes : 1-12 mois). Les effets indésirables étaient rapportés chez 75% des patients dont les plus fréquents : épigastralgie (13,3%), arthralgie (8,9%), surdité (6,7%) et troubles de comportement (6,7%).

Conclusion: la TB/MDR est effective aux CUC. L'efficacité du traitement standardisé de 24 mois reste à déterminer en fonction d'une étude ultérieure plus exhaustive.

ASTHME
crise

LOXAIR®
Salbutamol **100**
MICROGRAMMES



CONDITIONNEMENT SECURISE

100 MICROGRAMMES par dose

Aérosol pour inhalation
Sans ordonnance
200 doses

Nvd

Une action rapide et ciblée

Affiches discussion (AD)

AD1-Tuberculose

AD1-1

Profil clinique de la tuberculose multirésistante au Département de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa

J. Bemba, L. Mbalo, L. Aketi

Service cardio-pulmonaire et maladies infectieuses, Département de pédiatrie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

Auteur correspondant : L. Aketi, akelou@yahoo.fr

Introduction: La prévalence de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) en République Démocratique du Congo est estimée à 3,1% pour les nouveaux cas. Sa prévalence chez l'enfant n'est pas connue. L'objectif de cette étude était de décrire le profil clinique et évolutif de la TB-MR chez l'enfant aux Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Matériels et Méthode: Etude rétrospective et descriptive, réalisée de 2009 à 2015, et concernant des enfants âgés de 0 à 15 ans admis pour TB-MR.

Résultats: Nous avons noté 5 cas de TB-MR dont 3 garçons et 2 filles. Le diagnostic était confirmé bactériologiquement chez 3 enfants. Les lésions radiologiques concernaient des cavernes chez 2 enfants, une pleurésie massive, et un syndrome interstitiel. Ils avaient reçu un traitement de 16 mois dont une phase intensive de 4 mois avec Kanamycine (Km), Pyrazinamide, levofloxacine, Prothionamide, Ethambutol, et Cyclosérine, suivie de 12 mois d'entretien avec les mêmes molécules sauf Km. L'évolution était marquée par une négativation du ziehl dès le premier mois de traitement pour 2 patients, et chez 2 autres par une régression significative des symptômes 2 mois après la mise sous traitement. Actuellement 2 patients sont en cours de traitement, 2 étaient déclarés guéris, et 1 était décédé en Inde dans un tableau qui nous ignore.

Conclusion : La prise en charge de la TB-MR reste un défi dans notre pays, particulièrement pour les enfants, car son diagnostic et sa prise en charge restent difficile dans nos pays à ressources limitées.

AD1-2

Epidémiologie, clinique et évolution de la méningite tuberculeuse chez l'enfant dans les 3 hôpitaux universitaires de la République Démocratique du Congo : revue des cas de 10 ans

L. Aketi¹, P. Tshibassu², K.P. Kayembe³, A. Nkwadiolandu², Z. Kashongwe⁴, T. Luboya⁵, G. Mande⁶, B. Matheranya¹, D.J. Shiku Diayisu¹

¹Service cardio-pulmonaire et maladies infectieuses, Département de pédiatrie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

²Service gastro-entérologie et neurologie, Département de pédiatrie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

³Département d'épidémiologie et biostatistiques, Ecole de santé publique, Université de Kinshasa

⁴Département de Pneumologie, Département de médecine interne, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

⁵Unité de Génétique, Département de Pédiatrie, Cliniques Universitaires de Lubumbashi

⁶Département de Pédiatrie, Cliniques Universitaires de Kisangani

Auteur correspondant : L. Aketi, akelou@yahoo.fr

Introduction : L'ampleur de la méningite tuberculeuse (TBM) est sous-évaluée en République Démocratique du Congo alors qu'elle est le 3^{ème} pays en Afrique avec forte charge de tuberculose. L'objectif est de décrire le profil clinique et évolutif de la TBM chez les enfants dans les hôpitaux universitaires du pays.

Matériels et Méthode: Des cas de TBM ont été colligés afin de décrire le profil clinique des enfants âgés de 0 à 15 ans hospitalisés sur base d'éléments cliniques associés à une évidence paraclinique de TBM.

Résultats : la prévalence de TBM était de 0.7% chez les enfants < 15 ans. Seuls 23 dossiers étaient retenus. L'âge moyen était de 4.3 ans.

On avait 91.3% de cas de fièvre, 43.5% d'amaigrissement et de convulsions, 13.0% de signes déficitaires, 60.9% de raideur franche de la nuque et de coma, 34.8% d'atteinte des nerfs crâniens, et 8.7% de co-infection avec le VIH. On notait 56.5% de cas au stade clinique 3, 39.1% au stade 2 et 4.3% au stade 1. Le ziehl était positif dans 5/15 (33%) cas. Le LCR a révélé 95.6% de pléiocytose, dont 56.5% lymphocytaires, 84.2% d'hyperprotidorrhachie, 73.7% d'hypoglycorachie, et 15.8% d'hypochlorurorrhachie. On avait 3 cas d'hydrocéphalie et 2 tuberculomes. Après traitement, on avait 7 guéris, 8 séquelles et 8 décédés.

Conclusion : la TBM est un challenge diagnostique et pronostic en RDC. Le système de notification doit l'incorporer dans le système de rapportage des cas, et sa recherche doit se faire précocement chez tout enfant ayant des éléments présomptifs.

AD1-3

Profil évolutif des malades tuberculeux multi-résistants suivis au PPH de Bouaké en 2014

J.C. Anon¹, H. Dje-Bi¹, L. Yéo¹, V. Achi V¹, M. Ndhatz-Sanogo¹, E. Yao²

¹Service de pneumologie, CHU de Bouaké

²Centre antituberculeux de Bouaké

Auteur correspondant : J.C. Anon, jchanalok@yahoo.fr

Introduction: L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge de la tuberculose multi-résistante par le traitement court de deuxième ligne.

Matériels et Méthode: Etude prospective analysant les résultats préliminaires du traitement court de deuxième ligne de 22 malades tuberculeux multi-résistants (MDR) suivis au PPH de Bouaké, de janvier 2014 à décembre 2014

Résultats: Sur les 22 patients TB-MR, nous avons dénombré 14 hommes (64%) et 8 femmes (36%), avec un âge moyen de 32 ans. Ils ont tous bénéficié du protocole antituberculeux court de deuxième suivant : 4KmMfxPtoHCfzEZ/5MfxHCfzEZ. L'état clinique initial était altéré chez 16 patients (73%). Le traitement a été directement observé par les agents de santé et l'observance thérapeutique a été bonne chez tous les malades. Au cours du traitement, l'état clinique s'est progressivement amélioré chez 18 malades (82%). L'évolution clinique a été stationnaire chez 3 malades (14%) et défavorable chez 2 malades (9%). Au plan bactériologique, le taux de négativité des expectorations a été de 59% à M1, de 82% à M4 et de 91% à la fin du traitement (M9). Nous avons enregistré 1 cas de décès (5%) et 1 bacilloscopie positive (5%) à M9. Le taux de succès thérapeutique est de 90%. Les principaux effets indésirables notifiés, au cours de ce traitement, étaient les troubles digestifs (77%) et les troubles de l'audition (14%).

Conclusion: La supervision directe du traitement court de deuxième ligne améliore l'observance thérapeutique et réduit le taux de décès des malades tuberculeux multi-résistants.

AD1-4

Aspects radiographiques des malades tuberculeux pulmonaires multi-résistants dépistés au centre antituberculeux de Bouaké de 2014 à 2015

V. Achi¹, J. C. Anon¹, L. Yéo¹, H. Dje-Bi¹, M. Ndhatz-Sanogo¹, E. Yao²

¹ Service de pneumologie, CHU de Bouaké

² Centre antituberculeux de Bouaké

J.C. Anon, chanalok@yahoo.fr

Introduction: L'objectif de cette étude était d'analyser les aspects radiographiques pour apprécier le pronostic fonctionnel respiratoire des malades tuberculeux multi-résistants (TB-MR).

Matériels et Méthode: Etude prospective descriptive analysant les radiographies pulmonaires de 36 malades TB-MR dépistés au CAT de Bouaké de mai 2014 à avril 2015.

Résultats: Sur 36 malades TB-MR, nous avons dénombré 15 femmes (42%) et 21 hommes (58%), ayant un âge moyen de 34 ans. Tous ces malades ont réalisé une radiographie thoracique standard de face. Aucun parmi eux ne dispose d'une tomodensitométrie thoracique. Les clichés thoraciques présentent à décrire des lésions spécifiquement parenchymateuses chez tous les malades. Ces lésions parenchymateuses associent, presque toujours, des excavations (94%), des

micronodules (89%) et des infiltrats (72%). Généralement, les lésions sont étendues à plus du tiers d'un poumon chez 35 malades (97%). L'importance de l'étendue des excavations se traduit par une destruction partielle ou totale d'un ou des deux poumons chez 14 malades (39%). Dans l'ensemble, les lésions sont bilatérales chez 28 malades (78%).

Conclusion: L'évolution chronique de la TB-MR favorise des amputations pulmonaires plus ou moins étendues et bilatérales, dont le retentissement sur la fonction respiratoire mérite d'être étudié ultérieurement.

AD1-5

Psychologie autour de la tuberculose multirésistante dans le district d'Abidjan, Côte d'Ivoire

A.S. Bakayoko¹, A.T.J. Daix¹, Z. Kone¹, K. Samake¹, M.J.N. Yoro¹, G. Coulibaly¹, P. Konan², Y.J.M. Yeo-Tenena², A. O. Kouakou³, K.M.S. Domoua¹.

¹Service de pneumophthisiologie CHU Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire

²Service d'hygiène mentale Institut National de Santé Publique d'Adjamé, Abidjan Côte d'Ivoire

³ Programme national de lutte contre la tuberculose, Abidjan Côte d'Ivoire

Auteur correspondant: A.S. Bakayoko,

sandia211@hotmail.com

Introduction: L'objectif de cette étude était de décrire le vécu psychologique des patients atteints de tuberculose multi-résistante (TB-MR).

Matériels et Méthode: Il s'agissait d'une étude prospective, à visée descriptive conduite sur la période du 1er Janvier au 28 Février 2014, concernant les patients atteints d'une TB-MR, âgés d'au moins 15 ans et traités par des antituberculeux de seconde ligne.

Résultats : L'âge moyen des 61 patients inclus était de 32 ans (extrêmes de 17 ans et 76 ans) avec un sexe ratio de 2,05. L'itinéraire thérapeutique des patients était long avec un délai moyen de prise en charge de 3,7 mois (extrêmes à 1 et 10 mois). Concernant l'approche psychologique, les principales réactions des patients après l'annonce du diagnostic de la TB-MR étaient le découragement (50,8%) et les idées de suicide (23%). Au décours de la maladie, le désir de guérison (98,36%), la pratique religieuse (40,98%) étaient les valeurs les plus importantes, au détriment de celles qui importaient avant la maladie: projets de vie (96,7%), réussite professionnelle (65,6%) et loisirs (57,6%). La vie de couple était marquée par le soutien moral du conjoint (52,4%), les conflits conjugaux (19%) et la séparation temporaire (4,8%).

Conclusion: La survenue d'une TB-MR dans la vie d'un individu entraîne des bouleversements d'ordre psychologique, relationnel et social tant chez le sujet lui-même que dans son entourage proche.

Outre le traitement précoce directement observé, l'intégration de la composante psychosociale incluant la participation de la famille et des proches serait souhaitable.

AD1-6

Profil épidémiologique et clinique des patients adultes atteints de tuberculose à Yaoundé, Cameroun.

A.D. Balkissou^{1,2,3}, E.W. Pefura-Yone^{1,2}, A. Kuate-Kuate¹, A. Ntyo'o-Nkoumou¹, V. Poka-Mayap¹, H.K. Fatime-Abaicho³, P.T. Enono-Edende Patrick³, C. Kuaban^{1,2,4}

¹Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé Cameroun

²Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé Cameroun

³Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé Cameroun

⁴Faculté de Sciences de la Santé, Bamenda, Cameroun

Auteur correspondant : A.D.

Balkissou.dodobalkissou@gmail.com

Introduction: La tuberculose (TB) reste un réel problème de santé publique en Afrique subsaharienne. Le but de notre étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique de la tuberculose à Yaoundé.

Méthodes: Cette étude rétrospective a inclus les patients âgés d'au moins 15 ans, traités pour tuberculose de janvier 2012 à décembre 2013 dans tous les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose de Yaoundé. Les registres et les fiches de traitement antituberculeux étaient utilisés pour extraire les variables d'intérêt.

Résultats: Des 6809 patients définitivement inclus, 3904(57,3%) patients étaient de sexe masculin et 2905(42,7%) étaient de sexe féminin et leur âge médian (intervalle interquartile) était de 34(27-44) ans. Les patients étaient classés en nouveaux cas, retraitement et autres respectivement dans 93,4%, 5,4% et 1% des cas. Quatre milles (58,7%) cas de tuberculose pulmonaire à microscopie (TPM+), 1186(17,7%) TPM(-) et 1623(23,8%) tuberculose extra-pulmonaire (TEP) étaient retrouvés. Parmi les cas de TEP, la TB pleurale (16,3%) était la plus fréquente, suivie de la TB ganglionnaire (7,3%). La sérologie de l'infection à VIH était inconnue chez 895(13,1%) patients, et positive chez 44% des patients l'ayant réalisée. L'infection à VIH était plus fréquente chez les femmes (53,5%) comparativement aux hommes (36,7%), et chez les patients avec une TEP(55,6%) ou une TPM-(63,3%) par rapport à ceux qui avaient une TPM+(p<0,001).

Conclusion: la tuberculose prédomine chez le sujet de sexe masculin à Yaoundé. Le quart des patients a une TEP et la sérologie VIH n'est pas précisée chez près d'un sujet sur dix.

AD1-7

Prise en charge de la tuberculose multi-résistante (TBMR).

G. Berthé¹, D. Soumaré¹, K. Ouattara¹, T. Kanouté¹, B.Baya^{1,2}, B.Diarra², Y. Toloba¹, S. Diallo^{1,2}.

¹Service de pneumologie, CHU Point G Bamako, Mali.

²Labo SEREFO, Faculté médecine et odontostomatologie, Bamako, Mali.

G. Berthe, gnirengolo@gmail.com

Introduction : Selon l'OMS, la tuberculose multi-résistante (TB-MR) est la tuberculose dont la pharmacorésistance est avérée par un test de sensibilité (DST) pour au moins les deux antituberculeux majeurs de première ligne : la rifampicine® et l'isoniazide (INH). Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge de la TBMR à Bamako.

Matériels et Méthode : Etude rétrospective sur cinq ans 2009-2013, exploitant les dossiers de patients présumés tuberculeux pharmacorésistants au CHU Point G.

Résultats: Cent huit cas présumés de TBMR recensés, 80 hommes et 28 femmes ; (Sex-ratio =2,8). L'âge moyen était de 39 ans. Patients admis tous pour échec de retraitement ; 5 cas positifs au VIH (4,6%). La culture a trouvé 81 cas de complexe *Mycobacterium tuberculosis* (75%) et 9 cas de mycobactéries atypiques (8,3%) ; au DST : 55 cas confirmés (51%), 9 cas de polyrésistants (8,3%), un cas de mono résistant. Le régime catégorie IV (6.K.O.Eth.ZCs/15.O.Eth.Z.Cs) observé pour les 55 TB-MR confirmés ; 35 patients ont terminé le traitement (64%), zéro cas de guérison, 1 perdu de vue (2%), 14 décès (25%), 5 non évalués (9%).

Conclusion : Des efforts restent à faire dans la prise en charge des TBMR tant sur le plan laboratoire que sur le plan clinique.

AD1-8

Résultats du traitement de la tuberculose multi-résistante à Conakry

L.M. Camara^{1,2}, B.D. Diallo¹, M.H. Camara¹, N.F. Camara², M.B. Diallo¹, O.Y. SOW^{1,2}.

¹Service de Pneumo-phtisiologie, CHU Ignace Deen

²Centre Antituberculeux de la Carrière, Conakry

Auteur correspondant : L.M. Camara, camaralmady@yahoo.fr

Introduction : Ce travail rapporte les résultats du traitement de la 1^{ère} cohorte de tuberculose multi-résistante (TBMR) à Conakry (Guinée). L'objectif était d'analyser les résultats du traitement de la tuberculose multi-résistante à Conakry.

Matériels et Méthode : Ce travail, réalisée au centre antituberculeux de la carrière, unité de prise en charge de tous les cas de tuberculose, a porté sur la cohorte de TBMR suivis à Conakry de 2008 à 2012. Ont été inclus tous les cas de TBMR qui ont été confirmés. Un régime de traitement standardisé de 24 mois a été appliqué avec 6 mois de Kanamycine, Lévo-floxacine, Prothionamide, Cyclosérine, Pyrazinamide, Ethambutol et 18 mois

de Lévoﬂoxacine, Prothionamide, Cyclosérine et Pyrazinamide.

Résultats : Sur les 65 cas de TBMR colligés, 52 avaient une conﬁrmation du diagnostic. L'âge moyen était de 43 ans avec une prédominance dans la tranche de 27 à 37 ans et du sexe masculin (78,5%).

La cohorte était composée de tuberculose pulmonaire avec échecs au retraitement (44 cas soit 84,6%) et au 1^{er} traitement (4 cas soit 7,7%), rechute (3 cas) et un nouveau cas. Le sexe masculin prédominait et la moyenne d'âge était de 32,8 ans. Un succès thérapeutique a été obtenue chez 32 cas (61,5%) dont 28 cas de guérison, 14 (26,9%) décès ont été enregistrés et 4 (7,8%) malades ont été perdus de vue.

Conclusion : Le traitement de la TB-MR est long avec une mortalité élevée et un taux de guérison faible à Conakry.

AD1-9

Connaissance et attitudes du personnel soignant des services de pneumo-phtisiologie des centres hospitaliers universitaires d'Abidjan vis-à-vis de la co-infection tuberculose/VIH

G. Coulibaly¹, A.T.J. Daix¹, A.S. Bakayoko-Yé¹, Z. Koné¹, K. Samaké¹, C.J. Aricko¹, K.M.S. Domoua¹, E. Danguy-Aka².

¹Service de pneumo-phtisiologie, CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)

²Service de pneumo-phtisiologie, CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Adresse auteur correspondant : K.M.S. Domoua, kouaomd@yahoo.fr

Introduction : Tout personnel soignant qui s'occupe de malades de la tuberculose ou de personnes vivant avec le (PVVIH) doit bien connaître les 2 maladies, la philosophie des soins étant la suivante : « 2 maladies, 1 patient ». L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et attitudes du personnel soignant (médecins et infirmiers) des services de pneumo-phtisiologie (PPH) des CHU d'Abidjan vis-à-vis de la co-infection tuberculose/VIH.

Matériels et Méthode : Etude prospective, transversale et descriptive, basée sur un questionnaire administré aux agents de santé concernés, pendant la période du 3 au 31 mars 2015.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire était de 79,41%, l'âge moyen du personnel soignant composé de 50% de médecins et 50% d'infirmiers, de 40,96 ans et les hommes étaient majoritaires avec 61%, leur durée moyenne d'exercice étant de 8 ans. La tuberculose peut pour 90,74%, survenir à toutes les étapes évolutives de l'infection à VIH, le VIH a été reconnu par 88,89% comme le facteur de risque majeur d'éclosion de la tuberculose, 85,18% ont affirmé que la tuberculose est la première infection opportuniste et la première cause de décès des PVVIH et 75,92% ont estimé que tout malade

de la tuberculose infecté par le VIH est classé en catégorie C de la classification du Center for disease control (CDC).

Conclusion : L'analyse des résultats obtenus indique que les connaissances et attitudes des médecins et des infirmiers des services de PPH des CHU d'Abidjan vis-à-vis de la co-infection tuberculose/VIH sont globalement satisfaisantes.

AD1-10

Connaissances sur la tuberculose du personnel soignant des centres antituberculeux d'Abidjan

G. Coulibaly¹, A.T.J. Daix Ahou¹, A.S. Bakayoko-Yé¹, Z. Koné¹, K. Samaké¹, S.L. Kassi S¹, M. Traoré², R. Gbitry R², K. Touré², A. N'Gbo A², I. Coulibaly², K. M. S. Domoua¹.

¹Service de Pneumo-phtisiologie, CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)

²Centres antituberculeux, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Adresse auteur correspondant : K.M.S. Domoua, kouaomd@yahoo.fr

Introduction : La limitation des connaissances du personnel soignant des services de prise en charge de la tuberculose est une réalité signalée par de nombreux auteurs. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances sur la tuberculose des médecins et infirmiers en fonction dans les 5 centres antituberculeux (CAT) de la ville d'Abidjan.

Matériels et Méthode : Etude prospective, transversale, descriptive et analytique, basée sur un questionnaire administré aux agents de santé au cours de la période de 2 mois, allant du 19 janvier 2015 au 19 mars 2015.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire était de 86,11%, l'âge moyen des agents de santé interrogés de 39,97ans, les médecins étaient majoritaires (54,84%) et les hommes étaient les plus nombreux (61,29%), avec une durée moyenne d'exercice de 6,81 ans. La toux a été reconnue par tous comme mode de contamination de la maladie, une toux évoluant depuis au moins 3 semaines a été également considérée par tous comme évocatrice de tuberculose pulmonaire et la bacilloscopie est demeurée l'examen de choix pour la conﬁrmation de la tuberculose pulmonaire pour 90,32%. La durée du traitement des nouveaux cas de tuberculose était connue de tous, le protocole de traitement des nouveaux cas de tuberculose, connu de 90,32% et les dates de réalisation des examens de crachats de contrôle des malades nouvellement traités pour tuberculose pulmonaire, connues de 93,55%.

Conclusion : Il ressort de l'analyse des résultats obtenus que le niveau de connaissance sur la tuberculose du personnel soignant des CAT d'Abidjan est globalement satisfaisant, en dépit de quelques efforts de renforcement de capacités à réaliser.

AD1-11

Tuberculose du sujet âgé: épidémiologie et devenir des patients suivis à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

C.F. Ekono Bitchong^{1,2}, E.W. Pefura Yone¹, J.J. Ze², T. Azoumbou Mefant^{1,2}, U. Olinga Medjo¹, E. Ngah Nkomo¹, V.R. Sil Mabouang¹, E. Afane Ze¹.

¹Service de pneumologie de l'Hôpital Jamot Yaoundé.

²Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques de l'Université de Douala.

Auteur correspondant : C.F. Ekono Bitchong, ekonoclaire@yahoo.fr

Introduction : la tuberculose du sujet âgé (TBSA), comparée à celle du sujet adulte (TBA) fait l'objet de peu de publications. Nous avons réalisé une étude comparée de l'infection tuberculeuse des sujets âgés d'au moins 65 ans (TBSA) à ceux de 20 à 64 ans (TBA).

Matériels et Méthode: étude, rétrospective, descriptive et comparative. 10 590 dossiers ont été enregistrés dans le service de Pneumologie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé sur une période de 5ans. 310 patients étaient TBSA. Nous leur avons apparié 310 autres qui étaient TBA. Notre échantillon définitif était de 620 patients des 2 groupes.

Résultats: sur les 10 590 dossiers, seuls 310 patients étaient TBSA (2,93 %). Prévalence de l'infection au VIH : TBSA 11,3 % versus 37,3 % TBA ($p < 0,000$).

Nous observons 76,4 % de localisations pulmonaires chez les TBSA contre 78,1 %. L'examen microscopique des crachats est négatif chez 12,9 % de TBSA versus 11,3 % des TBA. La tuberculose extrapulmonaire est de 23,6 % TBSA vs 21,9 % TBA. Le succès thérapeutique est de 61,6 % TBSA versus 70,3 % TBA. Les perdus de vue et les transferts sont plus nombreux chez les TBSA. Le taux de mortalité : 11 % TBSA versus 6,1 % TBA ($p = 0,017$).

Conclusion : la tuberculose du sujet âgé est peu fréquente ou sous diagnostiquée. La prévalence au VIH est moindre. La proportion de décès est plus importante. La prise en charge des co-morbidités chez les TBSA est à associer au traitement de la tuberculose.

AD1-12

Impact de la référence des patients atteints de tuberculose d'un méga centre de traitement de la tuberculose vers les centres périphériques sur le taux de perdu de vue

²Département de Médecine H.K. Fatime-Abaicho¹, E.W. Pefura-Yone^{2,3}, A.D. Balkissou^{2,3}, V. Poka-Mayap², E. Nga-Komo², P.T. Enono-Edende¹, Afane-Ze Emmanuel^{2,3}

¹Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé, Cameroun

Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

³Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant: H.K. Fatime-Abaicho Hadja, abaicho_fatime@yahoo.fr

Introduction: L'objectif de cette étude était de déterminer l'influence de la référence des patients atteints de tuberculose (TB) du méga-CDT de l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY) vers d'autres CDT de la ville de Yaoundé sur le taux de perdu de vue au cours du traitement antituberculeux.

Matériels et Méthode: Dans cette étude de cohorte rétrospective, les dossiers des patients atteints de TB dépistés à l'HJY de Janvier 2012 à Décembre 2013 ont été revus. L'estimateur de Kaplan-Meier a été utilisé pour comparer le taux de perdu de vue chez les malades référés (groupe référé) et ceux traités à l'HJY (groupe HJY). Le modèle de régression de Cox a été utilisé pour l'estimation du risque d'abandon du traitement antituberculeux.

Résultats: Des 3794 patients inclus (59,7% d'hommes, âge moyen : 35,8 ans), 553 (14,6%) patients ont été inclus dans le groupe référé et 3241 (85,4%) dans le groupe HJY. La probabilité d'être perdu de vue à la fin du traitement était moins élevée dans le groupe référé (Log-Rank test, $p=0,007$). En analyse univariée, le hazard ratio (IC à 95%) d'être perdu de vue dans le groupe référé en comparaison au groupe HJY était de 0,70 (0,54-0,91). En analyse multivariée incluant les potentiels facteurs confondant, la référence des patients de l'HJY vers d'autres CDT restait un facteur protecteur d'être perdu de vue (HR ajusté : 0,55 (0,41-0,74), $p < 0,001$).

Conclusion: La référence des patients atteints de TB du méga-CDT de l'HJY vers les autres centres réduit considérablement le risque d'être perdu de vue.

AD1-13

Connaissances et pratiques de L'intradermoréaction à la tuberculine (IDRT) chez le personnel médical et paramédical des services de Pneumologie et de Maladies Infectieuses du centre hospitalier FANN à Dakar.

H. Henzazi, A. Niang, Y. Dia Kane, A. Diatta, N. O. Touré, A.A. Hane

Service de pneumologie, Centre hospitalier FANN, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant: H. Henzazi, hindhenz@gmail.com

Introduction: L'IDRT est un argument de poids dans la démarche diagnostique de la tuberculose maladie, dans notre contexte d'exercice.

Matériels et Méthode: Etude prospective pour évaluer les connaissances et pratiques de l'IDRT chez le personnel médical et paramédical des services de Pneumologie et de Maladies Infectieuses du centre hospitalier FANN à Dakar.

Résultats: Ce personnel était composé de 74 agents, majoritairement de sexe masculin (59,5%), âge moyen de 39 ans et durée d'exercice dans le

service allant de 1 à 40 ans. L'évaluation des connaissances générales sur l'IDRT a révélé que seule une minorité (10%) connaissaient la date d'invention, l'inventeur, le lieu de conservation de la tuberculine étalon, et le nombre de tests tuberculiniques existants. Sur le plan de la pratique de l'IDRT, 75,7% des agents connaissaient le volume de tuberculine à injecter et 86,5% connaissaient la voie d'administration ainsi que le lieu d'injection de l'IDRT. La majorité des agents ne maîtrisaient pas l'interprétation de l'IDRT car seulement 39% connaissaient le seuil de positivité de l'IDRT, 30,4% affirmaient qu'une IDRT positive était signe d'un contact avec le bacille de Koch et 32,4% ne connaissaient pas les circonstances pendant lesquelles une IDRT pouvait être positive malgré une authentique tuberculose maladie.

Conclusion : Le niveau de connaissance du personnel médical et paramédical sur la pratique de l'IDRT devrait être amélioré par des formations continues.

AD1-14

Tuberculose du sujet âgé comparée à celle de l'adulte jeune dans un centre de prise en charge ambulatoire de la tuberculose à Abidjan

K. Horo¹, C.V. Brou-Godé¹, B.J.M. Ahui¹, K. Touré², Z.A. Gnazé², M.O. Koffi¹, A. Koné¹, K. Samaké¹, L. Koffi¹, A. N'gom¹, B.A. Kouassi¹, N. Koffi¹, E. Aka-Danguy¹.

¹Service de Pneumologie du CHU de Cocody – Côte d'Ivoire

²Centre antituberculeux d'Adjamé- Côte d'Ivoire

Auteur correspondant: K. Horo, kigninlmanh@yahoo.fr

Introduction: La sénescence immunitaire et des co-morbidités fréquentes chez le sujet âgé (âge > 65 ans), rendent difficile la prise en charge de la tuberculose (TB). L'objectif de cette étude est de décrire le profil clinique, diagnostique et évolutif de la TB du sujet âgé suivi en ambulatoire.

Matériels et Méthode: Nous avons réalisé une étude rétrospective et comparative entre sujets âgés ou non, exploitant les données de TB 2010 à 2012 du centre antituberculeux d'Adjamé.

Résultats: Sur un total de 8903 cas inclusion, la proportion des sujets âgés a été de 2,2 % (200/8903). En analyse multi-variée, au sein des sujets âgés, nous notons que une plus faible proportion de TPM(+) [p < 0,001, OR = 0,301 (0,209 - 0,432)], de co-infection TB/VIH [p < 0,001 ; OR = 0,215 (0,133 - 0,348)], et de taux de succès thérapeutique [p < 0,001 ; OR = 0,482 (0,342 - 0,680)]. Quel que soit le statut sérologie VIH, la proportion de TPM(+) est plus au sein des sujet âgés. En cas d'infection par le VIH, le succès thérapeutique a été superposable dans les deux groupes. Cependant en absence de co-infection par le VIH, le taux de succès thérapeutique a été plus faible chez le sujet âgé [(63,5 % versus 77,7 %) ; p < 0,001 ; OR = 0,499 (0,366 - 0,679)].

Conclusion: Même si la co-infection par le VIH est faible au sein des sujets âgés, il faut noter le faible taux de succès thérapeutique comparé aux sujets adultes.

AD1-15

Impact de l'infection à VIH sur la prise en charge ambulatoire de la tuberculose à Abidjan

K. Horo¹, B.J.M. Ahui¹, C.V. Brou-Godé¹, K. Touré², Z.A. Gnazé², M.O. Koffi¹, A. Koné¹, K. Samaké¹, L. Koffi¹, A. N'gom¹, B.A. Kouassi¹, N. Koffi¹, E. Aka-Danguy¹.

¹Service de Pneumologie du CHU de Cocody – Côte d'Ivoire

²Centre antituberculeux d'Adjamé- Côte d'Ivoire

Auteur correspondant: K. Horo, kigninlmanh@yahoo.fr

Introduction: L'infection à VIH est le plus puissant accélérateur de la pandémie tuberculose. Le but de cette étude est montré l'impact actuel de l'infection à VIH sur la prise en charge ambulatoire de la TB.

Matériels et Méthode: Nous avons réalisé une étude rétrospective et comparative entre sujets infectés ou non par le VIH en exploitant les données des cas TB 2010 à 2012 du centre antituberculeux d'Adjamé.

Résultats: Les résultats de l'analyse multivariée sont les suivants. Les sujets de sexe masculin ont été moins infectés par le VIH [p < 0,001 ; OR = 0,422 (0,384 - 0,464)]. Les sujets d'âge compris entre 15 et 65 ans ont les plus infectés par le VIH [p < 0,001 ; OR = 2,335 (1,904 - 2,862)]. L'infection par le VIH a été associée à une réduction de la proportion de nouveaux cas [p < 0,001 ; OR = 0,740 (0,649 - 0,844)], de TPM(+) [p < 0,001 ; OR = 0,485 (0,426 - 0,553)] et du succès thérapeutique [p < 0,001 ; OR = 0,716 (0,621 - 0,826)].

Conclusion: L'infection par le VIH continue d'impacter négativement la prise en charge de la TB en ambulatoire.

AD1-16

Profil évolutif de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive restant bacillifère après la phase intensive de traitement au centre hospitalier universitaire de Bouaké (2013 - 2014)

M. Ndhatz – Sanogo, H. Dje Bi, J. C. Anon, L. Yeo, V. Achi

Service pneumologie CHU de Bouaké

Auteur correspondant : H. Dje Bi, ihospice@yahoo.fr

Introduction: Les nouvelles directives recommandent de débiter la 2^{ème} phase de traitement antituberculeux quel que soit le résultat de la bacilloscopie au deuxième mois. Notre étude a pour objectif d'étudier le profil évolutif des sujets ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) qui restent bacillifères après la phase intensive de traitement.

Matériels et Méthode: Une étude rétrospective à partir de l'analyse des dossiers des tuberculeux pulmonaires à microscopie positive suivis au centre

antituberculeux et au service de pneumologie de Bouaké de 2013 à 2014. Nous avons donc recensé 121 cas de TPM+ restant bacillifères après deux mois de traitement.

Résultats: Sur les 121 cas, 74 étaient des hommes soit 61% et 47 étaient des femmes, soit 39%. La moyenne d'âge était de 38,9 ans, avec la tranche d'âge de 15 à 46 ans la plus touchée 66% de l'effectif total. La co-infection tuberculose/VIH était de 10%. 64 patients soit 53% ont eu un échec au traitement de nouveaux cas et 46 soit 38,3% ont été guéri. Parmi les 64 cas d'échec, 28 patients soit 44% ont été guéris après retraitement et 36 cas soit 56% étaient résistants au traitement sur les 36 mycobiotypes réalisés. Au total 29,8% des patients retenus étaient résistants aux médicaments antituberculeux de 1^{ère} ligne.

Conclusion: Le taux de résistance aux antituberculeux est élevé d'où la nécessité de prescrire une culture chez tout TPM+ restant bacillifère après deux mois de traitement.

AD1-17

Caractéristiques de la tuberculose en milieu scolaire à Bouaké (Côte d'Ivoire) (2013-2014) : à propos de 74 cas

H. Dje Bi¹, V. Achi¹, L. Yeo¹, J.C. Anon¹, Kouassi Yao², M. Ndhaz-Sanogo¹

¹Service pneumologie CHU de Bouaké

²Centre anti tuberculeux de Bouaké

Auteur correspondant : H. Dje Bi,
ihospice@yahoo.fr

Introduction : Le milieu scolaire est situation de promiscuité favorable à la propagation d'une maladie infectieuse comme la tuberculose. L'objectif de cette étude était d'étudier les caractéristiques démographiques et cliniques de la tuberculose en milieu scolaire

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective par l'analyse des dossiers des cas de tuberculose survenue en milieu scolaire et suivis au service de pneumologie de Bouaké pendant la période de 2013 à 2014.

Résultats : Soixante-quatorze patients enregistrés dont 51 hommes et 17 femmes soit un sex-ratio de 3. Parmi les 74 patients, 19 étaient des élèves du secondaire soit 26,4%. 11 étaient des enseignants du secondaire, soit 15,3%; 8 étaient des enseignants du primaire (11,1%) et 28 étaient des étudiants (39%). L'âge moyen des élèves du secondaire était de 18,7 ans (extrêmes de 13 et 26 ans), Celui des étudiants était de 26,6 ans (extrêmes de 18 et 34 ans). L'âge moyen global des patients était de 27 ans (extrêmes de 4 et 66 ans). La co-infection tuberculose/VIH était retrouvée chez 18 patients dont 8 étudiants (44,4%) et 7 enseignants (39%). Le diagnostic de tuberculose pulmonaire à microscopie positive était retenu chez 38 patients (51,3%). Pour les formes extra pulmonaires (TEP),

la localisation pleurale était la plus fréquente (37%) suivie des localisations ganglionnaire et osseuse. L'évolution était favorable dans 86,9 %.

Conclusion : la tuberculose reste présente dans nos écoles. Il est nécessaire d'instaurer la visite systématique de dépistage annuel de la tuberculose.

AD1-18

Tuberculose chronique chez l'enfant à propos d'un cas

T. Kanouté, D. Soumaré, B. Baya, K. Ouattara, O. M'baye, G. Berthe, S. Diabaté, Y. Toloba, S. Diallo
Service de pneumologie, CHU Point G Bamako, Mali.
Auteur correspondant : T. Kanouté,
drtenin_kanoute@yahoo.fr

Introduction : L'incidence de la tuberculose chronique est croissante dans le monde et surtout en Afrique au sud du Sahara. Elle constitue un défi majeur pour l'OMS et pose un problème de prise en charge a entrepris depuis 2006 la prise en charge de ses cas selon le régime de 21 mois recommandé par l'OMS.

Observation : Nous rapportons l'observation d'une fille de 12ans élève; aux antécédents de tuberculose TPM+ en 2008.

On note une notion de contag tuberculeux familial notamment chez sa mère (rechute de tuberculose pulmonaire en 2010).

La patiente a consulté pour une toux productive chronique dans un contexte de fièvre vespérale associée à une altération de l'état général, chez qui l'examen physique a retrouvé un syndrome de condensation bilatéral. La radiographie thoracique a montré des infiltrats bilatéraux. La bacilloscopie est revenue positive à trois croix. Le GeneXpert positif avec une résistance à la rifampicine, la culture a identifié le *Mycobacterium tuberculosis*, le test de sensibilité est en cours. Ainsi le diagnostic de tuberculose chronique a été établi avec forte suspicion de TB-MR ayant nécessité la mise en route du traitement de seconde ligne le 29/04/2015. L'évolution est marquée à 3 mois par une amélioration des symptômes cliniques et une négativation de la bacilloscopie à la microscopie directe.

Conclusion : la tuberculose chronique est l'apanage de tous les âges, bien que les formes pédiatriques soient peu décrites dans notre contexte du Mali.

AD1-19

Profil épidémiologique, bactériologique et évolutif des patients tuberculeux Multi résistants en traitement ambulatoire standardisé de 24 mois à Kinshasa, RD Congo.

M.I. Kashongwe¹, L. Mbulula², F.S. Bisuta^{1,2}, M.A. Bakebe¹, P. Tshiasuma¹, B.O. Kabengele¹, J.M. Kayembe¹, M.Z. Kashongwe¹

¹Université de Kinshasa, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Département de Médecine Interne, Service de pneumologie, RD Congo

²Programme National de Lutte contre la tuberculose, RD Congo

Auteur correspondant : M.I. Kashongwe:
ikashongwe@hotmail.fr

Introduction: Le traitement des patients Tuberculeux Multirésistants (TB/MDR) reste délicat; plusieurs régimes standards sont proposés. La RD Congo figure parmi les 22 pays les plus affectés par la tuberculose au monde et la ville de Kinshasa regroupe 80% des patients. L'hospitalisation des patients étant difficiles, le traitement ambulatoire reste la seule option.

Matériels et Méthode: Etude rétrospective réalisée dans 29 Centres de Santé de Diagnostic et de Traitement (CSDT) à Kinshasa sur une période allant de janvier 2011 à décembre 2012. La sélection des dossiers était conditionnée par l'identification du *Mycobacterium tuberculosis* résistant au moins à la rifampicine et à l'isoniazide avec les tests de sensibilité aux autres antituberculeux de première ligne ainsi que le traitement de deuxième ligne de 24 mois selon le schéma 6KOPCsEZ/18OPCsEZ. Les données épidémiologiques, bactériologiques, thérapeutiques, les issues vitales et le statut VIH des patients constituaient les paramètres étudiés.

Résultats: 129 patients sur 314 (41,1%), dont 93 hommes (72,1%) et 36 femmes (27,9%), d'âge moyen 32,5±11,2 ans (extrêmes : 20-64 ans) étaient retenus. 44 patients (34,1%) avaient terminés leurs traitements avec succès dont 1 patient (0,8%) déclaré guéris et 43 patients (33,3%) traitements terminés, abandon chez 65 patients (50,4%), décès 18 patients (13,9%) et 2 patients (1,6%) étaient en échec thérapeutique. Soixante-dix-huit patients (60,4%) avaient une quadruple résistance (RHES). 12 patients (9,3%) avaient la coïnfection VIH-TBC. Les principaux effets indésirables étaient : troubles auditifs 20,4 % (dont surdité 10,2% et bourdonnement d'oreille 10,2%), vision floue (14,3%) et troubles digestifs (10,2%).

Conclusion: La tuberculose multirésistante est fréquente à Kinshasa et le fort taux d'abandon du traitement constitue un défi majeur.

AD1-20

Incidence et facteurs de risque de décès chez les malades hospitalisés pour tuberculose à l'hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

A. Ntyo'o-Nkoudou Arnaud¹, V. Poka-Mayap¹, A.D. Balkissou^{1,2}, A. Kuete-Kuete², U. Olinga Medjo², C. Ekono Bitchong², E. Ngah-Komo², N. Kanko-Nguemkam², E.W. Pefura-Yone^{1,2}

¹Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun.

²Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun
Auteur correspondant: A. Ntyo'o Nkoudou,
ntyoolaurel@yahoo.fr

Introduction : La tuberculose (TB) reste une cause majeure de mortalité. Le but de notre étude était de déterminer les facteurs de risque de décès des malades hospitalisés à L'hôpital Jamot de Yaoundé(HJY) pour tuberculose.

Matériels et Méthode : Tous les patients hospitalisés dans le service de pneumologie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé pour TB d'octobre 2010 à décembre 2011 ont été inclus dans cette étude de cohorte prospective. Le modèle de régression proportionnel de Cox a été utilisé pour rechercher les facteurs prédictifs de décès.

Résultats : Des 763 patients inclus, 440 (57,7%) étaient des hommes et leur âge médian (intervalle interquartile) était de 32(25-44). Le taux de mortalité cumulé sur la période d'étude était de 4,8% (37/763) et un succès de traitement était noté chez 586 patients (76,8%). Le taux d'incidence des décès était de 0,68/100 personnes-semaine (PS) à la fin du 1^{er} mois de suivi, 0,46/100 PS à la fin du 2^{ème} mois de suivi et de 0,20/100 PS au terme de la période totale de suivi. Les facteurs prédictifs indépendants de décès au cours du traitement antituberculeux étaient : l'âge ≥ 32 ans [Hazard Ratio ajusté (intervalle de confiance à 95%) 2,99(1,34-6,68)], l'infection à VIH [2,15(1,05-4,43)], l'indice de masse corporelle < 18,5 kg/m² [3,34(1,70-6,55)] et l'atteinte combinée pulmonaire et extra-pulmonaire [2,50(1,27-4,90)].

Conclusion : La connaissance de ces facteurs de risque décès au cours du traitement la TB devrait permettre d'entreprendre des actions spécifiques afin d'améliorer la survie de ces patients.

AD2-Tuberculose

AD2-1

Toxidermies sévères après prise d'un traitement antituberculeux : à propos de cinq cas colligés au service de Pneumophthysiologie (PPH) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody à Abidjan

M.O. Koffi¹, A. Koné¹, J. Esmel¹, K. Samaké², B.A. Kouassi Boko¹, M. Itchy¹, K. Horo¹, A. N'gom¹, B. Koffi N'goran¹, E.Aka-Danguy¹

¹Service de Pneumophthysiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire)

²Service de Pneumophthysiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Auteur correspondant: M.O. Koffi, komarcol@hotmail.fr

Introduction : La tuberculose, problème majeur de santé publique, est une maladie infectieuse curable, ce grâce au traitement antituberculeux. Cependant, ce traitement expose à la survenue d'effets secondaires tels que les toxidermies parfois sévères pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Matériels et Méthode : Nous avons effectué une étude rétrospective portant sur les dossiers de 5 cas de toxidermie sévère colligés d'avril 2013 à février

2014 au service de pneumologie du CHU de Cocody à Abidjan chez des patients sous chimiothérapie antituberculeuse.

Résultats: Sur les 5 patients recensés, nous avons relevé 2 cas de DRESS syndrome, 2 cas de syndrome de Stevens Johnson et 1 cas de syndrome de Lyell. La sex-ratio était de 0,25 (1 homme pour 4 femmes). L'âge moyen était de 40,2 ans. Quatre des cinq malades étaient VIH positifs et polymédiqués. Ils étaient sous traitement antituberculeux standard c'est-à-dire l'association Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol et Pyrazinamide. Les lésions sont apparues au cours de la phase d'attaque dans un délai moyen de 19 jours après le début du traitement. Ce délai a été plus court, 3 jours pour le patient ayant déjà bénéficié du traitement antituberculeux.

Conclusion: Les toxidermies au cours du traitement antituberculeux connaissent une augmentation de leur fréquence du fait de la co-infection au VIH et de la polymédication. Elles se présentent sous des formes cliniques diverses.

AD2-2

Les acteurs de la prise en charge de la tuberculose dans la ville d'Abidjan: activités, conditions de travail et motivation

Y. Koffi, M.O. Koffi, A. Koné, K. Samaké, B.J.M. Ahui, C. Brou-Godé, B.A. Kouassi, K. Horo, E. Aka Danguy Elisabeth.

Service de pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody à Abidjan

Auteur correspondant : Y. KOFFI,
koffiyaosylvestre@yahoo.fr

Introduction: La tuberculose demeure un problème de santé publique. Plusieurs acteurs participent à la lutte contre cette maladie. Le but de notre travail vise à montrer la contribution du personnel paramédical à la prise en charge de la tuberculose.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude prospective, descriptive qui est déroulée au 4^e trimestre 2014. A l'aide d'un questionnaire, nous avons interrogé le personnel soignant travaillant dans les services de prise en charge de la tuberculose.

Résultats: Sur 118 agents interrogés, le sex-ratio était 1,2. L'âge moyen était de 39 ans. Le personnel dominant était les infirmiers (44,7%). S'agissant du diagnostic de la tuberculose, 10,1 % des agents interviennent dans les consultations. Au niveau du traitement, 23,7% des agents distribuent des antituberculeux aux malades. Pour la prévention, 69,4% de ce personnel intervient dans le domaine de la communication pour le changement de comportement. Au niveau de la gestion des données, 49,2% de ces agents remplissent la fiche de traitement de la tuberculose. 48,3% des agents ne comptent pas terminer leur carrière professionnelle dans leur service actuel. 50% du

personnel sont motivés. 34,7% des acteurs veulent quitter leur service faute de motivation. Les tâches des agents ne répondent pas toujours au profil de formation initiale. Leurs attentes sont diverses.

Conclusion: Le personnel soignant joue un rôle important dans la prise en charge de la tuberculose. Il s'agit souvent du personnel qualifié ou bénévole. Ils souhaitent une amélioration de leurs conditions de travail.

AD2-3

Itinéraire thérapeutique des patients tuberculeux bacillifères dépistés à la clinique pneumologique du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar

U.C. Kombila, E.H.M. Ndiaye, F.M. Cisse, J. Sagne, S. Dia, Y. Ka Dia, A. Diatta, O.N.Toure.

Centre Hospitalier Universitaire de Fann, Dakar,
Université Cheik Anta Diop, Dakar

Auteur correspondant : U.C. Kombila,
ukombila@gmail.com

Introduction : Bien que déclarée urgence mondiale depuis 1993 par l'OMS, la tuberculose reste, avec 8,8 millions de nouveaux cas, une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Cette morbidité peut être imputable au retard diagnostique. C'est sans le but de décrire le parcours des soins aboutissant au retard diagnostique que nous avons réalisé cette étude.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude analytique prospective d'Octobre à Mars 2015 portant sur 66 dossiers de patients tuberculeux à microscopie positive hospitalisés à la clinique pneumologique de FANN, Dakar.

Résultats : La population la plus atteinte (61,5%) était jeune (37 ± 15 ans) avec un sex ratio homme/femme de 4,5. La majorité des patients (59%) avaient un niveau socio-économique bas attesté par un revenu ou un salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) inférieur à 40000 FCFA. Avant le diagnostic les patients avaient respectivement consulté un tradipraticien (46%), dans une structure sanitaire publique (38%) et d'emblée à la clinique pneumologique de FANN (29,5%). Seuls 9 (15%) patients connaissaient les moyens de prévention de la tuberculose. L'automédication a également contribué au retard diagnostique chez 41 (68,6%) patients. Le délai moyen du diagnostic était de 116 jours. Tous les patients avaient un examen direct des crachats positif et un GeneXpert complémentaire avait été réalisé chez 19 (29%) patients qui présentaient soit une rechute tuberculose, soit une coinfection TB/VIH.

Conclusion : Le manque de moyen financier et l'ignorance des patients constituent les principaux facteurs de retard diagnostique contribuant ainsi à la dissémination de la maladie.

AD2-4

Aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire de l'enfant en Côte d'Ivoire

Z. Koné, A.S. Bakayoko, A. T. J. Daix, K. Samaké, G. P. P. Esmel¹, G. Coulibaly, K. M. S. Domoua
Service de Pneumo-phthisiologie du CHU de Treichville,
01 B.P. V3 Abidjan 01. Côte d'Ivoire
Auteur correspondant : Z. Koné, kzakaria73@yahoo.fr

Introduction : La tuberculose de l'enfant reste mal connue et constitue un défi au plan diagnostique et thérapeutique. Cette étude avait pour objectif de préciser les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire de l'enfant en Côte d'Ivoire

Matériels et méthode : Etude rétrospective à visée descriptive des dossiers médicaux des enfants (âgés de moins de 15 ans) suivis au Centre Antituberculeux d'Adjamé pour une tuberculose pulmonaire sur la période du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2012 inclus.

Résultats : 536 des cas de tuberculose de l'enfant (5,5%) avaient été notifiés dont 373 cas de tuberculose pulmonaire (69,6%). Pour l'étude, 225 cas ont été retenus (60,3%). L'âge moyen était de 7,9 ans avec un sex ratio de 0,8. La séroprévalence VIH était de 19,6%. Le diagnostic évoqué sur la conjonction d'arguments présomptifs épidémiologiques (absence de vaccination par le BCG, notion de contag tuberculeux (28,4%) surtout intrafamilial 62,5%), cliniques (triade amaigrissement 81,6% ; anorexie 71% ; asthénie 71% et signes respiratoires comme la toux 99,1%) radiographiques (anomalies parenchymateuses associées à des adénopathies médiastinales 26,2%) et la positivité de l'intradermoréaction (87,5%). La confirmation a été apportée à l'examen microscopique direct des expectorations (67,1%). Les cas confirmés augmentaient significativement avec l'âge ($p=0,003$). Le taux de succès thérapeutique était de 73,8% et augmentait significativement avec l'âge ($p=0,029$).

Conclusion : La réduction des cas de l'enfant passe par la prévention à travers le traitement correct précoce des cas bacillifères, l'enquête d'entourage systématique et la chimioprophylaxie à l'isoniazide chez tous les enfants contacts de moins de 5 ans.

AD2-5

Traitement médical de la tuberculose vertébrale en Côte d'Ivoire

Z. Koné¹, A. S. Bakayoko¹, B. Ouattara², M. Kamagaté³, A. T. J. Daix¹, K. Samaké¹, C. Amissah¹, K. Touré⁴, K. M. S. Domoua¹, J. Kouakou⁵, E. Eti³.

¹Service de pneumophthisiologie, CHU Treichville Abidjan Côte d'Ivoire

²Service de rhumatologie, CHU Cocody Abidjan Côte d'Ivoire

³Service de pharmacologie clinique, CHU Cocody, Abidjan Côte d'Ivoire

⁴Centre antituberculeux d'Adjamé, Abidjan Côte d'Ivoire

⁵Programme national de lutte contre la tuberculose, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Z. Koné, kzakaria73@yahoo.fr

Introduction : Notre étude avait pour but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose vertébrale en Côte d'Ivoire

Matériels et Méthode : Etude rétrospective à visée descriptive et comparative conduite chez des patients d'au moins 15 ans ayant bénéficié d'une chimiothérapie antituberculeuse pour un premier épisode de tuberculose vertébrale (nouveaux cas) du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2012 inclus.

Résultats : La tuberculose vertébrale représentait 1,29% de l'ensemble des cas de tuberculose. Le diagnostic était confirmé dans 11% des cas. Le traitement antituberculeux avait duré 6 mois chez 31 patients et plus de 6 mois chez 35 patients avec une durée moyenne de $10,1 \pm 4,53$ mois. Les résultats du traitement étaient : « traitement complété » (91,7%), perdus de vue (6,9%) et transférés (1,4%). La durée du traitement n'était pas influencée par le service de provenance ($p=0,39$) : risque de traitement de plus de 6 mois du service neurochirurgie à 1,6 avec IC 95 % [0,53-4,98] et celui des centres non spécialisés à 1,06 avec IC 95% [0,28-3,98]. L'existence de complications neurologiques ($p=0,57$) ou rachidiennes ($p=0,71$) n'influait pas la durée du traitement : Risque que le traitement de plus de 6 mois soit lié à une complication neurologique à 1,37 avec IC 95% [0,45-4,19] ou à une déformation rachidienne à 1,55 avec IC 95% [0,34-7,12].

Conclusion : Une étude prospective à plus grande échelle permettrait de montrer une éventuelle efficacité d'une durée de traitement par rapport à une autre et d'évaluer le taux de rechutes après la fin du traitement.

AD2-6

Aspects actuels de la Tuberculose chez les tuberculeux malnutris infectés par le VIH en Côte d'Ivoire

Z. Koné, A. S. Bakayoko, A. T. J. Daix, K. Samaké, K. J. M. Loulou, G. Coulibaly, K. M. S. Domoua

Service de pneumophthisiologie, CHU Treichville Abidjan Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Z. Koné, kzakaria73@yahoo.fr

Introduction : L'immunodépression consécutive à la dégradation de l'état nutritionnel et à l'infection par le VIH favorise l'émergence d'infections opportunistes dont la Tuberculose. Notre objectif était de préciser les particularités cliniques de la tuberculose des patients à la fois malnutris et infectés par le VIH.

Matériels et Méthode : Etude prospective et comparative de 6 mois (juin 2011 à novembre 2011) dans un centre de diagnostic et de traitement de la Tuberculose, incluant les patients atteints d'un

premier épisode de tuberculose pulmonaire bacillifère, âgés d'au moins 15 ans, consentants après examen et mesures anthropométriques. Le recueil des données s'est fait au moyen d'une fiche d'enquête standardisée.

Résultats: Sur 109 patients, 69(63,30%) avaient une malnutrition, parmi lesquels 52,17% (36/69) étaient porteurs du VIH et globalement plus dénutris (IMC moyen de 16,79 kg/m² contre 17,23 kg/m² chez les sujets séronégatifs).

La malnutrition légère était la plus retrouvée (58,3%). Une prédominance féminine était notée chez les tuberculeux malnutris VIH-positifs (52,8%). Leur niveau d'instruction était bas comparativement aux patients séronégatifs (55,6% vs 27,3% étaient illettrés et 16,7% vs 42,4% avaient atteint le second cycle). La toux productive, la douleur thoracique et la dyspnée étaient les plus exprimées par les tuberculeux malnutris VIH-positifs respectivement 97,2%, 77,8% et 55,6%, quand les signes généraux les plus fréquemment signalés étaient la fièvre, l'amaigrissement, l'anorexie et l'asthénie, respectivement 91,7%, 88,9%, 83,3% et 80,6%.

Conclusion : Le recours à des moyens plus sophistiqués permettrait une meilleure détection de la tuberculose chez les dénutris co-infectés par le VIH.

AD2-7

Profil épidémiologique et bactériologique des patients tuberculeux multirésistants au CNHPP de Cotonou (Bénin).

V. Kouchadé¹, K. Adjoh², C. A. Dagnra³, S. Anagonou⁴

¹Centre Hospitalier de Pneumo-phtisiologie de Porto-Novo (Bénin)

²Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

³Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

⁴Centre National Hospitalier Universitaire de Pneumo-phtisiologie de Cotonou (Bénin)

Auteur correspondant : V. Kouchadé, kouchval@yahoo.fr

Introduction : La multirésistance s'invite aujourd'hui dans la lutte antituberculeuse. Au Bénin, en moyenne 3000 nouveaux cas de tuberculose bacillifère sont dépistés chaque année avec une prévalence faible de la multirésistance (0,5%) parmi les nouveaux cas en 2010. Notre étude vise à décrire le profil épidémiologique et bactériologique des patients tuberculeux multirésistants.

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les patients tuberculeux multirésistants traités au CNHPP de Cotonou de Janvier 2007 à Juin 2014. A l'aide d'un questionnaire préétabli, les données avaient été collectées dans les dossiers papiers des patients ayant une résistance à la rifampicine et à l'isoniazide confirmée par les tests de sensibilité

puis analysées avec le logiciel EPI DATA 3.1 et Microsoft Excel 2007.

Résultats : Quarante et cinq patients avec une tuberculose multirésistante avaient été inclus dans cette étude (67% d'hommes et 33% de femmes). La moyenne d'âge était de 33 ans avec les extrêmes entre 9 ans et 72 ans. Quarante et deux patients (93%) avaient un antécédent de tuberculose et 5 (11%) étaient infectés par le VIH1. Toutes les souches isolées chez les patients MDR étaient le Mycobactérium Tuberculosis toutes résistantes à la rifampicine et à l'isoniazide. Ces résistances étaient associées à une résistance à l'éthambutol et à la streptomycine dans respectivement 22% et 38%.

Conclusion : La tuberculose multirésistante est un nouveau défi dans la lutte antituberculeuse. Il urge de mettre en place dans les programmes nationaux de lutte un système de surveillance qui permette de réduire considérablement le phénomène.

AD2-8

La tuberculose pulmonaire du sujet âgé

H. Mbouandi¹, C. Lum Sina¹, A. Kenla²

¹Service de Médecine, CMPY.

²Centre de Radiologie Médicale Angélica, Yaoundé.

Auteur correspondant : H. Mbouandi, henrimb@yahoo.fr

Introduction: La tuberculose est un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Elle touche essentiellement le sujet jeune, mais les personnes âgées représentent aussi un groupe à risque.

Matériels et Méthodes. Nous avons mené une étude rétrospective comparative sur des dossiers des malades au CMPY de juillet 2009 à juillet 2012.

Résultats : Nous avons étudié 876 cas de TPBA dont 10,5% (n = 92) de sujets âgés (70 hommes et 22 femmes) et 89,5% (n = 784) de sujets jeunes. La tuberculose était plus fréquente chez les hommes âgés. Les personnes âgées présentaient plus de comorbidités (tabagisme, diabète, hypertension artérielle, obésité). La condensation pulmonaire était plus fréquente. Les images radiologiques étaient bilatérales diffuses et excavées dans la majorité des cas sujets-âgés. On a noté une mauvaise observance du traitement antituberculeux chez ces malades. Le taux de décès était plus élevé dans le groupe des tuberculeux-âgés.

Conclusion. Les comorbidités sont fréquemment associées à la tuberculose du sujet âgé. Chez ce type de patient le diagnostic doit être précoce, le traitement bien suivi.

AD2-9

Evolution de la de dépression mentale au cours du traitement antituberculeux

D. C. Mefire-Moupain¹, O. J. L. Kamga^{2,3}, A. D. Balkissou^{2,3}, D. V. Metchoum¹, L. Lekouma², E. W. Pefura Yone^{2,3}, C. Kuaban^{3,4}

¹Institut supérieur de technologies médicale, Yaoundé, Cameroun

²Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

³Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

⁴Faculty of Health Sciences, University of Bamenda, Bamenda, Cameroon

Auteur correspondant: D. C. Mefire-Moupain, mefired@yahoo.fr

Introduction: La dépression mentale (DM) est fréquente au cours de la tuberculose (TB). Le but de cette étude était de déterminer l'évolution de la DM au cours du traitement de la TB active et de rechercher les facteurs de risque de la persistance de la DM.

Matériels et Méthode : Cette étude de cohorte prospective a été menée de Décembre 2014 à Mai 2015. Tous les sujets âgés d'au moins 19 ans, atteints de TB toute forme confondue à l'Hôpital Jamot de Yaoundé ont été inclus dans l'étude. Ils étaient interrogés à l'aide d'un questionnaire préétabli permettant de recueillir les données de base et de suivi à la fin du 1^{er} (M1) et 2^{ème} (M2) mois de suivi. La DM était défini par un score patient Heath questionnaire-9 (PHQ-9) ≥ 10 .

Résultats : Des 272 patients inclus, 149 (54,8%) patients étaient initialement déprimés. Parmi ces 149 sujets, 72 (49%) patients étaient de sexe féminin et 76 (51%) de sexe masculin. Leur âge médian (25^e-75^e percentile) était de 35 (30-39) ans. Vingt-un (14,1%) sujets avaient encore une DM à M1 et 4 (2,7%) à M2. Les facteurs de risque indépendants de la persistance de la DM à M1 étaient la prise de poids $< 1\text{kg}$ et la dyspnée avant le début du traitement.

Conclusion : La DM disparaît dans la majorité des cas à la fin du 2^{ème} mois de traitement antituberculeux et les facteurs de risque indépendants de la persistance de la DM sont une prise de poids $< 1\text{kg}$ et la dyspnée au début du traitement antituberculeux.

AD2-10

Relation entre l'atopie et la tuberculose pulmonaire active à Yaoundé, Cameroun

D. V. Metchoum¹, E. W. Pefura-Yone^{2,3}, A. D. Balkissou^{2,3}, D. C. Mefire-Moupain¹, V. Poka-Mayap², A. Ntyo'o-Nkoumou², V. F. Mandou-Yone⁴, C. P. Djikiadjie³, C. Christopher^{2,5}

¹Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé, Cameroun

²Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

³Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

⁴Centre de Diagnostic, d'Imagerie Médicale et de Conseils en Radioprotection, Yaoundé, Cameroun

⁵Faculty of Health Sciences, University of Bamenda, Bamenda, Cameroon

Auteur correspondant: D. V. Metchoum, dianevivianemetchoum@yahoo.fr

Introduction: Les idées émises concernant la relation entre l'atopie et la tuberculose active restent contradictoires. Le but de notre étude était de rechercher l'association entre l'atopie et les maladies allergiques, et la tuberculose pulmonaire active.

Matériels et Méthode: Cette étude cas-témoins a été menée de Décembre 2014 à Mai 2015 (6 mois) à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Deux groupes de sujets âgés de 19 ans et plus, comportant d'une part les patients atteints de tuberculose pulmonaire (cas) et d'autre part les sujets témoins asymptomatiques, sans histoire personnelle de tuberculose active (témoins) ont été comparés. Un échantillonnage consécutif non probabiliste a été utilisé pour l'inclusion des patients tuberculeux. Les sujets du groupe témoin étaient les accompagnateurs des malades et le personnel de santé appariés au sexe et à l'âge aux patients tuberculeux. L'atopie a été recherchée par prick-test cutané et a été définie par la positivité du prick-test au moins un allergène testé (pneumallergènes et trophallergènes courants).

Résultats: Des 119 participants inclus dans chaque groupe, les sujets de sexe masculin représentaient 61,3%. La prévalence de l'atopie vis-à-vis des allergènes courants était de 47,9% dans le groupe tuberculose et de 54,6% dans le groupe témoin ($p = 0,300$). Les antécédents d'eczéma atopique (3,4% vs 10,1%) et des maladies allergiques (14,3% vs 24,4%) auto-rapportées étaient plus fréquents chez les sujets témoins avec une différence statistiquement significative).

Conclusion: Ces résultats suggèrent qu'il n'existe pas de relation entre l'atopie et la tuberculose pulmonaire. Cependant, l'existence des maladies allergiques apparaît comme un facteur protecteur de survenue de la tuberculose.

AD2-11

Influence de l'infection à VIH sur la présentation et l'évolution des spondylodiscites tuberculeuses de l'adulte à Yaoundé

S. C. M. D. Ndoumbé¹, A. D. Balkissou^{2,3}, F. Kouna⁴, I. Onana-Ngono¹, E. W. Pefura-Yone^{2,3}, M. Ngandeu-Singwe^{3,4}

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

²Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

³Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

⁴Département de Radiologie et Imagerie Médicale, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

⁵Hôpital Central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant : S. C. M. D. Ndoumbé,
D.carolisa@yahoo.fr

Introduction: La tuberculose vertébrale ou mal de Pott est l'une des formes de tuberculose ostéo-articulaire la plus fréquente. La tuberculose extra-pulmonaire est particulièrement associée à l'infection à VIH dans les pays d'Afrique subsaharienne. Le but de notre étude était de déterminer l'impact du VIH sur les présentations cliniques, paracliniques et évolutives des spondylodiscites tuberculeuses.

Matériels et Méthode: Les dossiers médicaux de 52 patients âgés de 15 ans et plus, hospitalisés à l'Hôpital Central et à l'Hôpital Jamot de Yaoundé de Janvier 2009 à Décembre 2013 (5 ans) ont été rétrospectivement analysés.

Résultats: Des 52 patients retenus, 29 (55,8%) et 23 (44,2%) patients étaient respectivement de sexe masculin et féminin avec un âge moyen $\pm$ écart-type de $39,9 \pm 15,5$ ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle allant de 25 à 35 ans. La séroprévalence de l'infection à VIH était de 28,8% (IC à 95% : 16,5-41,5%). L'atteinte extra-rachidienne associée au mal de Pott était plus fréquente chez les sujets VIH positifs en comparaison aux sujets VIH négatifs (46,7% versus 16,2%, $p=0,022$). Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant les caractéristiques imagériques, hématologiques et inflammatoires des sujets VIH négatifs et VIH positifs. Le devenir était favorable chez 50% des sujets VIH positifs et chez 75,9% des sujets VIH négatifs ($p=0,203$).

Conclusion: Le mal de Pott touche préférentiellement l'adulte jeune. En dehors de l'atteinte extra-rachidienne associée qui est plus fréquente chez les patients VIH positifs, les présentations cliniques, paracliniques et évolutives semblent similaires quelle que soit la sérologie. .

AD2-12

La tuberculose extra-pulmonaire : Analyse de 483 cas de diagnostic histologique à Douala, Cameroun.

P. N. T. Ngadi¹, H. B. N. Mbatchou^{1,2}, A. Fewou^{1,3}

¹Hôpital Jamot de Yaoundé

²Hôpital Général de Douala

³Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala, Cameroun.

Auteur Correspondant : P. N. T. Ngadi,
patiengadi@yahoo.fr

Introduction : Le diagnostic de la tuberculose extra-pulmonaire (TEP) nécessite habituellement la réalisation d'une biopsie de l'organe atteint. La recherche du bacille tuberculeux dans les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose est parfois infructueuse. L'examen anatomo-pathologique des fragments tissulaires permet de poser le diagnostic de la TEP dans la majorité des cas. Le but de cette étude était de décrire les formes

cliniques et les aspects anatomo-pathologiques de la TEP dans les laboratoires d'anatomo-pathologie de la ville de Douala, Cameroun.

Matériels et Méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive réalisée à l'Hôpital Laquintinie et à l'Hôpital Général de Douala, et couvrant la période allant de Janvier 2001 à Décembre 2012. Les registres d'anatomopathologie ont été exploités pour la collecte des données.

Résultats : Au total, 483 cas de TEP ont été inclus. Il s'agissait de 50% d'hommes et 50% de femmes d'âge moyen ($37,75 \pm 5,32$) ans. La localisation la plus concernée était la localisation ganglionnaire (260 cas, 53,8%), suivie de la localisation pleurale (123 cas, 25,5%) et la tuberculose ostéo-articulaire (33 cas, 6,8%). Sur le plan macroscopique, les granulations ont été retrouvées dans 27% de cas et les abcès dans 25% de cas. L'histopathologie avait montré une formation folliculo-caséuse dans 93% des cas.

Conclusion: Les localisations ganglionnaire et pleurale sont les localisations de la TEP les plus fréquemment rencontrées dans les laboratoires d'anatomo-pathologie de Douala.

AD2-13

Tuberculose vertébrale mal de pott résistant à la Rifampicine associée à une mycobactériose : à propos d'un cas

A. R. Ouédraogo¹, J. Zabsonré², G. Ouédraogo¹, K. Kadiatou¹, G. Badoum¹, M. Ouédraogo¹

¹Service de pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo

²Service de Rhumatologie, CHU Yalgado Ouédraogo

Auteur correspondant: Ouédraogo Abdoul Risgou,
oarisgou@yahoo.fr

Introduction : Les tuberculoses vertébrales multi-résistantes sont peu fréquentes ou sous diagnostiquées. La coexistence avec une mycobactériose l'est encore moins. Nous rapportons un cas de mal de Pott résistant à la Rifampicine associé à une mycobactériose.

Observation : Madame ZK, âgée de 46 ans, femme au foyer, a consulté pour des fessalgies gauche inflammatoires, une asthénie, un amaigrissement, le tout évoluant dans un contexte de fièvre vespérale et d'altération de l'état général. On retrouvait dans les antécédents un traitement antituberculeux (2RHZE/10RH) pour un mal de Pott, suivi une année plus tard d'un retraitement (2SRHZE/1RHZE/5RHE) pour une tuberculose pleurale confirmée histologiquement. L'examen clinique était sans particularités en dehors d'une douleur à l'écartement de la sacroiliaque gauche. La radiographie du bassin de face notait une sacroiliite bilatérale. La radiographie pulmonaire était normale. La CRP était de 104,3mg/L. L'intradermoréaction à la tuberculine était à 21mm. La recherche de BAAR dans le liquide de tubage gastrique, les sérologies VIH, hépatite B et C étaient négatives. Le scanner du bassin notait une

sacroiliite bilatérale, des séquestres osseux et des abcès au niveau de la sacro iliaque gauche. Le scanner du rachis lombaire montrait une spondylodiscite L3-L4 avec des abcès paravertébraux et des abcès du muscle psoas gauche. La ponction biopsie discovertébrale sous guidage scannographique a permis de retrouver au geneXpert le complexe *Mycobacterium tuberculosis* résistant à la Rifampicine. La culture du liquide de tubage gastrique retrouvait une mycobactérie atypique.

Conclusion

Le geneXpert pourrait être d'un grand apport dans le diagnostic des tuberculoses vertébrales.

AD2-14

Atteintes cutanées chez les patients sous traitement antituberculeux de deuxième ligne.

G. Ouédraogo¹, A. R. Ouédraogo¹, K. Boncungou¹, G. Badoum¹, S. M. Ouédraogo², B. Koumbem¹, M. Ouédraogo¹

¹Service de Pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

²Service de Médecine Interne, CHU Sanou Sourou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Auteur principal : Georges Ouedraogo, georges.ouedraogo@yahoo.fr

Introduction : Les antituberculeux de seconde intention ont d'avantage d'effets indésirables. Des effets secondaires à type d'atteintes cutanées, même s'ils ne sont pas toujours majeurs, peuvent survenir chez les patients. Leur prise en charge doit être précoce et adaptée. L'objectif de ce travail est d'évaluer la fréquence et la gravité des manifestations cutanées chez des patients sous antituberculeux de deuxième ligne traités pour tuberculose multirésistante.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude prospective portant sur les patients mis sous traitement antituberculeux pour tuberculose multirésistante enregistrés dans le service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Août 2013.

Résultats : Soixante-onze patients ont été mis en première intention sous un traitement standardisé de 21 mois selon le protocole suivant : 6 Z Km Lfx Eto Cs/15 Lfx Eto Cs. L'âge moyen était de 39,4 ans avec un sex ratio de 3,4. Tous les patients ont bénéficié du test de dépistage du VIH. Les atteintes cutanées (9,9%) étaient des lésions à type de prurit (8,5%) et d'éruption cutanée (5,6%). Tous les antituberculeux administrés sont susceptibles de provoquer des lésions cutanées, la recherche des antécédents médicaux a été systématique. La prise en charge a constitué en un traitement symptomatique, aucun arrêt de traitement n'a été nécessaire.

Conclusion : La survenue des effets secondaires des antituberculeux à type d'atteinte cutanée ne

constitue pas un obstacle au traitement. De la précocité de la prise en charge des patients, dépend l'efficacité du traitement.

AD2-15

Apport de l'amplification génique par Xpert MTB/RIF sur la biopsie pleurale dans diagnostic de la tuberculose pleurale à Yaoundé, Cameroun

V. Poka-Mayap¹, A. Ntyo'o-Nkounou¹, A. D.

Balkissou^{1,2}, Ngah Komo Elisabeth¹, A. Kuete-Kuete², E. W. Pefura-Yone^{1,2}.

¹Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

²Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant: V. Poka-Mayap, pokavirginie@yahoo.fr

Introduction: Les performances des tests moléculaires pour le diagnostic de la tuberculose pleurale (TBP) dans le liquide pleural sont médiocres, avec une sensibilité ne dépassant pas 20%. L'application des tests moléculaires sur les fragments de biopsie pleurale pourrait être plus rentable. Le but de notre étude était d'évaluer les performances de l'amplification génique pour la détection du bacille tuberculeux sur les fragments de biopsie pleurale pour le diagnostic de la tuberculose pleurale à Yaoundé.

Matériels et Méthode: Cette étude transversale réalisée d'octobre 2013 à juillet 2015 (1 an et 10 mois) à l'Hôpital Jamot de Yaoundé incluait les patients ayant une pleurésie séro-fibrineuse. L'amplification génique par la technique Xpert MTB/RIF était effectuée sur un fragment de biopsie pleurale des patients inclus. La méthode de référence utilisée pour le diagnostic de la TBP était la présence d'un granulome tuberculeux à l'analyse histo-pathologique des fragments de biopsie pleurale.

Résultats: Des 101 patients inclus, 64(63,4%) étaient des hommes et l'âge médian (intervalle interquartile) était de 37(27-53) ans. La TBP était histologiquement prouvée chez 75(74,3%) patients et 33(32,7%) patients avaient une amplification génique positive. La sensibilité de l'amplification génique dans le fragment de biopsie pleurale pour le diagnostic de la TBP était de 40% et la spécificité de 88,4%. Les valeurs prédictives positive et négative étaient respectivement de 90,9% et 33,8%.

Conclusion: L'application de l'amplification génique sur le fragment de biopsie pleurale est plus performante dans le diagnostic de la TBP en comparaison à l'analyse du liquide pleural.

AD2-16

Tuberculose à Microscopie Positive (TPM+) au centre hospitalier régional saint louis (Sénégal)

S. Niang¹, Y. D. Kane², K. Thiam², A. Dieng¹, E. M. Ndiaye², D. Gueye¹, M. Cisse², A. Niang², A. Diatta², N. Touré².

¹Service de médecine Interne du Centre Hospitalier Régional(CHR)/ Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé (UFR 2S) Université Gaston Berger(UGB) de Saint Louis (Sénégal)

²Service Pneumologie du Centre Hospitalier National Universitaire(CHNU) de Fann /UCAD(Sénégal)
Auteur correspondant : S. Niang,doctniang@yahoo.fr

Introduction : La tuberculose pulmonaire demeure un problème de santé publique au Sénégal. L'objectif de ce travail était d'analyser les différents aspects sociodémographiques, cliniques et radiologiques de la TPM(+) au CHRU Saint Louis du Sénégal.

Matériels et Méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur 191 dossiers médicaux de patients atteints TPM(+) hospitalisés au service de médecine interne du CHRU de Saint Louis du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2014.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 36,3 ans avec des extrêmes allant de 14 et 81 ans. La tranche d'âge de 14 à 45 était la plus représentée (75%). On notait une nette prédominance masculine (69,1%), soit un sex-ratio de 2,2. Les pêcheurs (50%), les ménagères (17%) et les élèves-étudiants (16%) étaient les plus représentés. Les nouveaux cas de TPM(+) représentaient 75% des cas. On notait 3 cas de résistances majeures. Une notion de contagion tuberculeuse récente était retrouvée chez 32,5% des cas. La sérologie HIV était positive chez 12 patients. Le diabète était retrouvé chez 12,6% des cas. Le délai moyen de diagnostic était de 36,7 jours avec des extrêmes allant de 21 à 120 jours. La symptomatologie était dominée par la toux et la fièvre chez tous nos patients. L'hémoptysie était notée chez 29 patients. Les infiltrats réticulonodulaires et les opacités excavées étaient les lésions radiologiques les plus fréquentes.

Conclusion : Nous constatons que la tuberculose pulmonaire touche les sujets jeunes et que les formes contagieuses sont les plus fréquentes.

AD2-17

Epidémiologie et issue de traitement de la tuberculose de l'enfant à Yaoundé, Cameroun.

L. Simo^{1,2}, E. W. Pefura-Yone¹, A. D. Balkissou¹, F. H. K. Abaicho³, P. T. E. Enono³.

¹ Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

²Direction de la lutte contre la Maladie, les épidémies et les Pandémies, ministère de la santé Publique

³Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé, Cameroun

Auteurs correspondant : L. Simo,
leonie_simo@yahoo.com

Introduction : L'ampleur de la tuberculose (TB) de l'enfant reste sous estimée, et pose souvent le problème de diagnostic. Nous étudions l'épidémiologie et l'issue de traitement de la tuberculose de l'enfant.

Matériels et Méthode: Etude de cohorte rétrospective incluant tous les patients âgés de moins de 15 ans enregistrés de janvier 2012 à décembre 2013 dans tous les CDT de Yaoundé. Les modèles de régression logistique ont été utilisés pour investiguer les déterminants du devenir défavorable.

Résultats : Parmi les 6827 cas de TB enregistrés au cours de la période d'étude, 277 (4,1%) représentaient les enfants de moins de 15 ans. Cent cinquante-trois (55,2%) étaient des filles avec une médiane d'âge (25^{ème}-75^{ème}) de 9 (4-13 ans). De ces 277 enfants, 185 (66,8%) avaient la TB pulmonaire dont 89 (48,1%) TB à microscopie positive, et 92 (33,2%) TB extra pulmonaire. La sérologie VIH était réalisée chez 236 enfants (85,2%), et 75 (31,1%) étaient positifs. Issue du traitement : succès thérapeutique 74,7%, décès 10,8%, échec 0,7%, perdu de vue 7,9% et transfert 5,8%. Les facteurs prédictifs d'avoir une issue de traitement défavorable étaient les formes de TB à microscopie négative et extra-pulmonaire avec respectivement des odds ratio ajustés de (intervalle de confiance à 95%) : 3,32 (1,35 – 8,37) et 2,53(1,02 -6,44).

Conclusion : La tuberculose de l'enfant représente moins de 10% des cas de TB notifiés dans notre contexte. Des efforts sont nécessaires pour une recherche intensive de la TB chez les enfants contacts et l'amélioration de l'issue du traitement.

AD2-18

Motif d'hospitalisation des TPM+ dans le service de PPH au CHU Point-G.

S. Dianguina, T. Kanouté, B. Baya, K. Ouattara, G.

Berthé, O. Baye, Y. Toloba, S. Diallo.

Service de Pneumo-phthisiologie du CHU du Point G.

Auteur correspondant : S. Dianguina,
dianguinasoumare@yahoo.fr

Introduction : La tuberculose est un motif fréquent d'hospitalisation dans les PVD malgré la mise en route du traitement en ambulatoire. Le but de ce travail était d'étudier le motif d'hospitalisation des patients bacillifères sous chimiothérapie anti tuberculeuse.

Matériels et Méthode: Etude retro prospective de type descriptive sur 5ans de Janvier 2010 à Décembre 2014, concernant les patients TPM+ sous traitement admis dans le service de pneumophthisiologie du CHU Point-G pour mauvais état général.

Résultats : Sur 517cas de tuberculose pulmonaire admis ,73 cas ont été répertoriés soit 14 %.

Le sex-ratio était 2,17en faveur des hommes. La moyenne d'âge était de 42 ans. La tranche d'âge 15-44 ans était la plus représentée (64,2%). La co-infection TB/VIH était retrouvée dans 21% des cas. Le régime de 1^{ère} catégorie était le plus représenté (90,4%). L'ictère et les neuropathies ont été les effets secondaires les plus rencontrés avec 13,20%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 30 jours. Une bonne évolution clinique a été observée

chez 52,4% des cas avec un taux de décès de 38,4%.

Conclusion : L'hospitalisation des malades tuberculeux reste dominée par les effets secondaires de la chimiothérapie et la Co infection par le VIH.

AD2-19

La tuberculose pulmonaire : Aspects épidémiocliniques, paracliniques et évolutifs au CHNU de Fann de Dakar.

F.B. Mbaye, K. Thiam, E.M. Ndiaye, M.F. Cissé, N.O. Touré, A. Diatta, Y.D. Kane, M. Wayzani, J. M. A. Sagne, M. Ndao, S. Dia, S. Niang.
CHNU de Fann, Service de Pneumologie, Dakar (Sénégal)

*Auteur correspondant : Thiam khady,
thiamkhady@yahoo.fr*

Introduction : la tuberculose reste un problème de santé publique en Afrique particulièrement au Sénégal où le PNT a enregistré en 2012, 8448 cas de tuberculose pulmonaires à frottis positif. Nous avons mené cette étude dans le but d'évaluer la prévalence, les aspects épidémiocliniques, paracliniques et évolutifs de la tuberculose afin de formuler des recommandations.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients hospitalisés dans le service de Pneumologie de Fann de Dakar de Juin à Décembre 2013.

Résultats : Nous avons colligé 1732 cas de tuberculose toutes formes confondues dont 350 localisations pulmonaires. Le sex-ratio était de 2,7. L'âge moyen était de 36,3 ans. La majorité des patients provenait de la banlieue de Dakar (56,6%, n=198).

Il s'agissait de 82,3 % (n=288) de nouveaux cas et 17,7 % (n=62) de rechutes. Le dépistage systématique du VIH trouvait une séroprévalence de 4,6%. La majorité des patients présentait une toux (96,9%) productive (84,1%) fébrile (82%). La radiographie du thorax montrait un syndrome alvéolaire dans 69,7% des cas, excavé dans près de la moitié des cas (48,9%). Les BAAR étaient positifs dans 71,1% (n=249) des cas dont 8 diagnostiqués par Genexpert. L'évolution sous traitement était favorable dans 92%. Cependant 8% de décès étaient constatés, dus aux complications de la maladie.

Conclusion : la tuberculose pulmonaire reste une réalité dans nos régions. Malgré une prise en charge optimale, des complications mortelles peuvent apparaître. Par conséquent la meilleure prise en charge reste la prévention.

AD2-20

Traitement de la rechute de tuberculose pulmonaire à Douala : facteurs de mauvais pronostic

I.A. Goupeyou Wandji¹, B.H. Mbatchou Ngahane², C. Tchiche¹, A.M. Nana Metchejin¹, C. Ngnie¹, E.

Nyankiye¹, C. Kuaban³.

¹Centre de Pneumo-phtisiologie, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun

²Service de médecine interne, Hôpital général de Douala, Cameroun.

³Faculty of Health Sciences, University of Bamenda, Cameroun

*Auteur correspondant : I.A. Goupeyou Wandji,
adywandji@gmail.com*

Introduction: La rechute de tuberculose pulmonaire est une forme clinique fréquente de tuberculose. Le but de cette étude était de déterminer l'issue du traitement de la rechute de tuberculose ainsi que les facteurs associés à une issue défavorable.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude transversale à partir des données du registre de la tuberculose et concernant les patients traités pour rechute de tuberculose entre janvier 2007 et octobre 2013 au Centre de Pneumo-phtisiologie de l'Hôpital Laquintinie de Douala. Était considéré comme mauvais pronostic la survenue soit du décès, soit d'un échec thérapeutique, soit de perdus de vue. Un modèle de régression logistique avait permis de rechercher les facteurs de mauvais pronostic.

Résultats: Au total, 395 patients étaient inclus dans cette étude ; l'âge moyen était de 38,5 ans, la tranche d'âge la plus représentée étant celle de 25-34 ans (32,7%). Le sexe masculin était le plus représenté (67,1%). Le test du VIH était fait chez 78,4% des patients parmi lesquels 35,8% s'étaient révélés positifs. Le traitement antirétroviral était effectif chez 22,2% des patients VIH positifs. L'évolution thérapeutique était marquée par 60,8% de succès thérapeutique, 23% de perdus de vue, 12,4% de décès et 3,8% d'échec thérapeutique.

Les facteurs associés à un mauvais pronostic étaient : la non réalisation de l'examen de crachats au 2^e mois (P=0,02) et au 3^e mois (P=0,000), ainsi que l'examen de crachats positif au 3^e mois de traitement (P=0,002).

Conclusion: Une proportion considérable de patients traités pour rechute de tuberculose présente un pronostic défavorable.

AD3- Oncologie, Tabagisme, Pathologie pleurale, Autres

AD3-1

Profil étiologique et évolutif des atteintes pulmonaires interstitielles dans le service de pneumologie du CHU de Bouaké : A propos de 98 cas recensés de 2013-2014

V. Achi, H. Dje Bi, L. Yeo, J. C. Anon, M. S. Ndzhatz
Service pneumologie CHU de Bouaké

Auteur correspondant : V. Achi, ihospice@yahoo.fr

Introduction: Les atteintes pulmonaires interstitielles sont fréquentes en milieu tropical et posent un problème de diagnostic dans notre

pratique. L'objectif de notre étude était d'identifier les principales étiologies et le profil évolutif des atteintes pulmonaires interstitielles dans le service de pneumologie de Bouaké.

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive par l'analyse des dossiers des patients hospitalisés dans le service de pneumologie de Bouaké durant les années 2013 et 2014.

Résultats : Au total 921 Admissions dont 98 cas d'atteintes pulmonaires interstitielles soit 10,6% des admissions. Elle concernait 57 hommes et 41 femmes. L'âge moyen des patients était de 36,7 ans (extrêmes de 15 ans et 79 ans). La sérologie VIH était positive chez 68% des patients avec 65,9% de taux de CD4 inférieur à 100 (extrême: 3-790 CD4). Les principaux signes fonctionnels étaient la fièvre (89,7%), la dyspnée (83,1%) et la toux chronique (78,8%). L'aspect radiographique était caractérisée par l'image de miliaire dans 65% des cas, l'aspect alvéolo-interstitiel dans 29% des cas. Les principales étiologies étaient la tuberculose (77,3%), la fibrose pulmonaire de cause non identifiées (8,25%) et la pneumocystose (6,2%). L'évolution était favorable dans 61,1%. La mortalité globale était de 28,9%. Elle était pour la pneumocystose et la tuberculose respectivement de 33,3% et 25,3%.

Conclusion : L'étiologie principale des atteintes pulmonaires interstitielles restent dominée par la co-infection tuberculose-VIH.

Mots clés : Poumon, Atteintes interstitielles-Tuberculose-VIH, Mortalité, Côte d'Ivoire

AD3-2

Lymphome pleural primitif développé sur des séquelles de pneumothorax thérapeutique : A propos d'un cas.

A. S. Adambounou¹, B. D. Diallo², S. K. Adjoh¹, F. Salifou¹, A. Fiogbe¹, K. Foutopou¹, S. Maïga¹, J. N. Metchendje¹, A. Assarid¹, M. Kuiré¹, F. Bonnaud².

¹Service de pneumologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé (Togo)

²Service de pneumologie, Hôpital le Cluzeau, Limoges (France)

Auteur correspondant : A. S. Adambounou, amentos@yahoo.fr

Introduction : Avant l'ère des antibiotiques, le traitement de la tuberculose par une collapsothérapie était proposé. Le principe consistait à créer un pneumothorax dans le but d'affaiblir le poumon privant ainsi le germe d'oxygène. Nous rapportons ici un cas de lymphome pleural développé sur des séquelles de pneumothorax thérapeutique.

Observation : Monsieur B.P., 78 ans, a été hospitalisé en Mai 2012 pour bilan d'une masse pulmonaire avec amaigrissement et anorexie évoluant depuis un an. Ses antécédents étaient une tuberculose pulmonaire traitée par collapsothérapie

en 1949 et une arythmie cardiaque sous pace maker. Il présentait des douleurs au niveau de l'omoplate droite liée mais n'avait aucun symptôme respiratoire.

Son état général était conservé (PS= 1). L'examen de l'appareil respiratoire retrouvait une abolition du murmure vésiculaire au niveau de l'hémi champ supérieur droit avec une matité à la percussion.

Le scanner thoraco-abdominal visualisait une masse tumorale pariétale thoracique droite avec un envahissement parenchymateux pulmonaire, osseux et des parties molles ainsi que des adénopathies médiastinales supérieures. La Tomographie à émission de positons retrouvait une lésion hyper métabolique de la paroi avec envahissement osseux. Une relecture nationale de la pièce anatomo-pathologique a confirmé et précisé le diagnostic. Il s'agissait d'un Lymphome B, à grandes cellules Epstein Barr Virus+, développé sur séquelles pleurales de pneumothorax thérapeutique CD20⁺, CD79A⁺, CD2⁺, CD3⁺. L'évolution a été fatale malgré deux lignes de chimiothérapie.

Conclusion : L'abandon de la collapsothérapie au profit des protocoles thérapeutiques à base d'association d'antibiotiques antituberculeux donne à cette affection qu'un intérêt historique.

AD3-3

Prévalence tabagique et facteurs associés en milieu scolaire au Togo

S. K. Adjoh¹, A. Fiogbe¹, A. S. Adambounou¹, V. K. Kumako², A. Aziagbe¹, P. Efalou¹, A. G. Gbadamassi¹, M. Boukari¹, O. Tidjani¹.

¹Service de Pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

²Programme National Anti-tabac (Togo)

Auteur correspondance : S. K. Adjoh, komiadjoh@yahoo.fr

Introduction : Le tabagisme est une des principales causes de décès et de maladies évitables dans le monde. Il s'installe de plus en plus chez les jeunes. Les objectifs de cette étude étaient d'actualiser sa prévalence chez les élèves au Togo et d'analyser les facteurs associés.

Matériels et Méthode: Nous avons mené une étude transversale par questionnaire auto-administrée en décembre 2013 chez les élèves des collèges d'enseignement général du Togo, sélectionnés par échantillonnage aléatoire à deux niveaux.

Résultats : Un total de 5298 élèves, 58,7% de filles et 41,3% de garçons avaient participé à l'enquête. L'âge des élèves variait de 11 à 17 ans et plus, 59,2% avaient moins de 15 ans.

Une proportion des 15,3% enquêtés avaient déjà fumé une cigarette, 5,9 était fumeurs (8,4% chez les garçons 2,1% chez filles, $p = 10^{-7}$) et 5,4% utilisaient le tabac sous d'autres formes que la cigarette. En analyse multivariée, le tabagisme régulier des élèves est associé au tabagisme familial actif (OR = 3,4 [$p = 10^{-4}$]), et au niveau d'étude des élèves avec un risque plus accru de

1,33 ; 1,34 ; 1,35 respectivement chez les élèves des classes de 6^{ème}, 5^{ème}, et 4^{ème} comparés à leurs homologues de la classe de troisième (P=0,04).

Conclusion : La prévalence tabagique reste non négligeable en milieu scolaire au Togo et est associé au tabagisme des parents et au niveau d'étude des élèves. Les stratégies de riposte doivent intégrer le tabagisme des parents pour être efficace.

AD3-4

Aspects épidémiologiques et étiologiques des pleurésies exsudatives de la femme à Lomé

S. K. Adjoh¹, A. S. Adambounou¹, K. Foutopouo¹, A. Fiogbe¹, M. Bako¹, M. Kuiré¹, A. A. Kabirou¹, K. A. Aziagbé¹, D. J. Awalou², O. Tidjani¹

¹Service de pneumologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé – TOGO

²Service de Médecine interne, CHU Sylvanus Olympio, Lomé – TOGO

Auteur correspondant : S. K. Adjoh, komiadjoh@yahoo.fr

Introduction : La pleurésie est une affection fréquente d'étiologies variées et multiples. L'objectif de cette étude était d'identifier les particularités épidémiologiques et étiologiques des pleurésies chez la femme à Lomé.

Matériels et Méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive allant du 1^{er} Juillet 2011 au 30 Juin 2013. Une revue documentaire des dossiers des femmes âgées d'au moins 18 ans hospitalisées dans le service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé pour pleurésie exsudative a été faite.

Résultats : La taille de notre échantillon était de 216 soit 34,16% des cas de pleurésies. L'âge moyen de nos patientes était de 46,5 ans avec des extrêmes de 22 et 84 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle des 25-50 ans (50,37%). La séroprévalence était de 24,81%. Le tableau clinique était dominé par la toux (27,40%), suivie de la douleur thoracique (23,72%). Les épanchements pleuraux étaient localisés à droite (55,64%) ou à gauche (36,84%) et étaient de moyenne (47,36%) ou de grande abondance (48,12%). Le liquide pleural était jaune citrin (65,74%), séro-hématique (27,31%) ou trouble (6,95%). Les étiologies des pleurésies exsudatives étaient la tuberculose (51,12%), les cancers (24,6%) ou les infections bactériennes (5,96%). Les cancers gynécomammaires étaient pourvoyeurs de pleurésie dans 14,81% des cas. La cause de 18,32% des pleurésies n'était pas identifiée. Le taux de mortalité était de 15,74%.

Conclusion : Les causes infectieuses dominent le tableau des pleurésies chez la femme, talonnées par les causes néoplasiques.

AD3-5

Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la maladie thromboembolique veineuse à l'Hôpital Général de Douala

M. Agborbesong¹, B. H. N. Mbatchesou^{1,2}, F. Kamdem^{1,2}, A. Dzudié², M. S. Doualla², H. Luma².

¹Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun

²Service de Médecine Interne, Hôpital Général de Douala, Cameroun

Introduction : La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est composée de deux entités ; la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP). Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, et évolutives de la MTEV.

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive portant sur les dossiers des patients hospitalisé pour une MTEV à l'Hôpital Général de Douala du 1^{er} Janvier 2008 au 30 Avril 2014. Tous les dossiers des patients hospitalisés dans cette période pour une MTEV et remplissent les critères de sélection étaient retenus et des fiches de collecte de donnée été remplies sur la base de ces dossiers.

Résultats : Parmi les 78 dossiers retenus, 42 (53,8%) concernaient les hommes. L'âge médian des patients était de 53 ans (intervalle interquartile 40-61 ans). L'embolie pulmonaire était retrouvé chez 31 patients (39,7%), la thrombose veineuse profonde chez 37 (47,4%) tandis que 10 patients (12,8%) présentaient les 2 pathologies. Les principaux facteurs de risque étaient l'obésité (44,9%), l'immobilisation (20,5%), le long voyage (17,9%), l'infection à VIH (14,1%) puis le cancer et l'antécédent de MTEV dans 11,5%. Les principaux symptômes observés étaient la dyspnée (80,48%) et la douleur thoracique (65,85%) dans l'EP et la grosse jambe inflammatoire dans la TVP. L'évolution était marquée par le décès chez 8 patients (10%).

Conclusion : L'obésité et l'immobilisation sont les facteurs de risque de MTEV les plus fréquents à Douala. La dyspnée, la douleur thoracique et la grosse jambe en sont les principaux symptômes.

AD3-6

Aspects épidémiologique, clinique, étiologique et thérapeutique des pleurésies à Niamey

M. M. N. Assao¹, M. A. I. Gagara¹, A. R. Ouédraogo³, Y. M. Hassane¹, D. Maizoumbou^{1,2}

¹Service de pneumo-phtisiologie de l'Hôpital National Lamordé (HNL)

²Clinique médicale Lacouroussou (CML)

³Service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso)

Auteur correspondant: M. M. N. Assao, mourt2000@yahoo.fr

Introduction: Les pleurésies constituent un problème de santé publique. Au Niger aucune étude du genre n'a été faite dans le service de pneumo-phtisiologie (SPP) de l'hôpital National Lamordé

(HNL) de Niamey. L'objectif de notre étude était d'étudier les aspects épidémiologique, clinique, étiologique et thérapeutique des pleurésies dans le SPP de HNL.

Matériels et Méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 4ans (1^{er} Avril 2009 au 31 mars 2013) portant sur les dossiers des patients suivis pour pleurésies.

Résultats: Nous avons colligé 51 cas de pleurésies en 4 ans soit 5,2% des hospitalisations. Le sexe masculin prédominait 72,5% et l'âge moyen des patients était de 44,9 ans avec des extrêmes de 15 et 85 ans. Le syndrome interstitiel (49%) et le pneumothorax (23,5%) étaient les lésions radiologiques associées les plus fréquentes. Le liquide pleural était exsudatif dans 92,2% des cas et l'examen direct des 35 cas d'expectorations à la recherche de BAAR était positif dans 13,7%. Sur le plan diagnostique la pleurésie tuberculeuse était l'étiologie la plus fréquente 52,9%. Le drainage thoracique a été réalisé dans 27,4% des cas et l'évolution était favorable chez 76,5% des patients avec 11,8% de décès. Le pneumothorax (23,5%) et la pachypleurite (17,6%) étaient les complications les plus fréquentes.

Conclusion : La pleurésie demeure une pathologie fréquente en pneumologie, un diagnostic précoce et un traitement adéquat permettent d'éviter les complications.

AD3-7

Profil bactériologique des pleurésies purulentes au PPH de Bouaké de 2014 à 2015

M. Ndhaz-Sanogo¹, J. C. Anon¹, P. Monemo², H. Dje-Bi¹, L. Yéo¹, C. Akoua-Koffi², V. Achi¹

¹ Service de pneumologie, CHU de Bouaké

² Service de bactériologie-virologie, CHU de Bouaké

Auteur correspondant : J-C. Anon, jchanalok@yahoo.fr

Introduction : Notre étude avait pour objectif d'identifier les principaux germes responsables des pleurésies purulentes

Matériels et Méthode : Etude prospective descriptive analysant les résultats bactériologiques de 42 liquides pleuraux purulents prélevés des patients hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU de Bouaké de janvier 2014 à mai 2015.

Résultats : Sur les 42 patients, nous avons dénombré 17 femmes (40%) et 25 hommes (60%), avec un âge moyen à 34 ans. Les différents aspects cliniques étaient les pleurésies purulentes spécifiques (88%) et les surinfections des pleurésies à liquide clair (12%). La preuve bactérienne a été apportée dans 22 prélèvements (52%). Les principaux germes isolés sont : Streptococcus pneumoniae (32%), Pseudomonas aeruginosa (18%) et Staphylococcus aureus (10%). Les tests de sensibilité aux antibiotiques ont été effectués sur la moitié des germes isolés (50%). L'antibiogramme a concerné toutes les familles d'antibiotiques. Environ 3/4 des germes testés sont des bactéries

multi-résistantes (BMR). Parmi les 8 BMR, nous retrouvons 4 Pseudomonas aeruginosa (50%), 2 Staphylococcus aureus (25%), 1 Klebsiella oxytoca (12,5%) et 1 Escherichia coli (12,5%).

Conclusion : Les pleurésies purulentes sont fréquemment causées par Streptococcus pneumoniae. Mais, il existe un risque élevé de surinfection par Pseudomonas aeruginosa.

AD3-8

Aspects épidémiologique, clinique, étiologique et thérapeutique des pleurésies à Niamey

M. M. N. Assao¹, M. A. I. Gagara¹, A. R. Ouédraogo³, Y. M. Hassane¹, D. Maizoumbou^{1,2}

¹Service de pneumo-phtisiologie de l'Hôpital National Lamordé (HNL)

²Clinique médicale Lacouroussou (CML)

³Service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso)

Auteur correspondant: M. M. N. Assao, mourt2000@yahoo.fr

Introduction : Les pleurésies constituent un problème de santé publique. Au Niger aucune étude du genre n'a été faite dans le service de pneumo-phtisiologie (SPP) de l'hôpital National Lamordé (HNL) de Niamey. Cette étude avait pour but d'étudier les aspects épidémiologique, clinique, étiologique et thérapeutique des pleurésies dans le SPP de HNL.

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 4ans (1^{er} Avril 2009 au 31 mars 2013) portant sur les dossiers des patients suivis pour pleurésies.

Résultats: Nous avons colligé 51 cas de pleurésies en 4 ans soit 5,2% des hospitalisations. Le sexe masculin prédominait 72,5% et l'âge moyen des patients était de 44,9 ans avec des extrêmes de 15 et 85 ans. Le syndrome interstitiel (49%) et le pneumothorax (23,5%) étaient les lésions radiologiques associées les plus fréquentes. Le liquide pleural était exsudatif dans 92,2% des cas et l'examen direct des 35 cas d'expectorations à la recherche de BAAR était positif dans 13,7%. Sur le plan diagnostique la pleurésie tuberculeuse était l'étiologie la plus fréquente 52,9%. Le drainage thoracique a été réalisé dans 27,4% des cas et l'évolution était favorable chez 76,5% des patients avec 11,8% de décès. Le pneumothorax (23,5%) et la pachypleurite (17,6%) étaient les complications les plus fréquentes.

Conclusion : La pleurésie demeure une pathologie fréquente en pneumologie, un diagnostic précoce et un traitement adéquat permettent d'éviter les complications.

Mots clés : Pleurésies, épidémiologie, étiologies, HNL-Niamey

AD3-9

Comorbidité et maladie thromboembolique : à propos de deux cas

G. Badoum, K. Boncounou, G. Ouédraogo, A. R. Ouédraogo, R. Bayala, G. A. Ouédraogo, M. Ouédraogo.
Service de Pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo,
Burkina Faso
Auteur correspondant : G. Badoum, gisebad@yahoo.fr

Introduction : La maladie thromboembolique est une pathologie fréquente qui vient souvent compliquer l'évolution d'une autre maladie, sa prise en charge relève de l'urgence. Nous rapportons 2 cas de maladie thromboembolique pris en charge dans le service de Pneumologie du C H U Yalgado Ouédraogo.

Observation : Madame D.Z. 41 ans est hospitalisée le 25/05/15 pour douleur thoracique, toux sèche et dyspnée d'effort stade 3 évoluant depuis un mois. L'examen clinique a retrouvé un syndrome d'épanchement liquidien pleural droit. L'étude cytopathologique du liquide pleural a mis en évidence des cellules atypiques faisant évoquer une métastase d'un adénocarcinome.

L'angioscanner thoracique et la TDM abdominale ont révélé une embolie pulmonaire lobaire moyenne droite une masse rénale gauche. La ponction biopsie rénale a objectivé un adénocarcinome rénal. L'échographie doppler des veines des membres pelviens était normale.

La patiente est actuellement suivie en Cancérologie. Madame R. M. 44 ans co infectée TPM+/VIH, sous contraceptif oral est hospitalisée le 4/06/15 pour une tuméfaction douloureuse des deux membres pelviens et une dyspnée stade 3 évoluant depuis un mois. L'examen clinique a noté un syndrome de condensation pulmonaire bilatéral, un syndrome infectieux et des grosses jambes douloureuses. L'échographie doppler des veines des membres pelviens a révélé une thrombose veineuse bilatérale. L'évolution a été favorable sous traitement.

Conclusion : Nos deux patientes présentent une dyspnée et des facteurs de comorbidité ayant conduit à la découverte d'une maladie thromboembolique. Le diagnostic n'est pas toujours aisé, sa prise en charge souvent multidisciplinaire doit tenir compte des interactions médicamenteuses.

AD3-10

Embolie pulmonaire : données épidémiocliniques et paracliniques en milieu hospitalier de Kinshasa

A. Bakebe, I. Kashongwe, C. Mulenga, M. Tshiasuma, B. Kabengele, S. Bisuta, Z. Kashongwe, J. M. Kayembe
Service de pneumologie, département de médecine interne, cliniques universitaires de Kinshasa, Kinshasa XI, République Démocratique du Congo.
Auteur correspondant : A. Bakebe, alainbakebe@yahoo.fr

Introduction : L'embolie pulmonaire (EP) est une affection grave. Le non spécificité de sa clinique et l'accès limité au gold standard rend laborieux son diagnostic. L'objectif de notre étude était de décrire

les aspects épidémioclinique et paracliniques de l'EP.

Matériels et Méthode: étude descriptive sur une série de 58 cas d'EP diagnostiquée par l'angioscanner thoracique ou un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques.

Résultats : le sexe masculin était prédominant (55,2%). L'âge moyen était de $54,8 \pm 14,8$ ans. Les principaux facteurs de risque étaient : obésité (53,4%), immobilisation (43,1%), chirurgies à risque (13,79%), fractures (10,34%). Les principales plaintes étaient : dyspnée (98%), toux (58,6%), thoracalgie (43,1%), douleurs unilatérales des membres (36,2%). Tachypnée (87,9%), tachycardie (53,4%) et signes de thrombose veineuse profonde (36,2%) avaient dominé l'examen physique. L'examen des poumons était normal chez 55,2% de patients. La prédiction clinique était conforme au diagnostic chez 53,4% selon le score de Wells. Le D-dimère était élevé chez tous. Tachycardie (72%), aspect S1Q3T3 (30%), T négatives de V1-V4 (34%) étaient les aspects électrocardiographiques prédominants. La radiographie du thorax était normale chez 30,2% des patients. L'échocardiographie doppler avait révélé des signes de cœur pulmonaire aigue chez 58,5% des malades qui avaient pu accéder à l'exploration. L'angioscanner thoracique était réalisé chez 65,5% des patients. Tous avaient bénéficié des anticoagulants et aucun de la thrombolyse. Les 6,9 % décès avaient tous une EP à risque élevé.

Conclusion : l'EP est une affection fréquente à Kinshasa ; ses aspects cliniques et paracliniques sont les mêmes que ceux décrits dans la littérature.

AD3-11

Comparaison de la rentabilité biopsie pleurale unique versus double biopsie pleurale à l'aveugle dans le diagnostic étiologique des pleurésies exsudatives non purulentes

S. K. Adjoh¹, M. Bako¹, A. S. Adamounou¹, A. Soumana¹, K. A. Aziagbé¹, K. Amégbor², K. Foutopou¹, O. Tidjani¹

¹Service de pneumologie, CHU Sylvanus Olympio (Lomé-Togo)

²Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Sylvanus Olympio, Lomé, TOGO

Auteur correspondant : M. Bako, bakomaazou@yahoo.fr

Introduction : Au Togo, la biopsie pleurale à l'aveugle malgré sa rentabilité limitée, constitue le seul moyen d'exploration des pleurésies exsudatives non purulentes. L'objectif de cette étude était d'évaluer la rentabilité diagnostique d'une biopsie unique versus une double biopsie.

Matériels et Méthode: Nous avons mené une étude prospective portant sur 67 patients âgés d'au moins 55 ans hospitalisés pour pleurésie exsudative non purulente de mai 2014 à avril 2015 dans le service de pneumo-phthisiologie du CHU de Lomé (Togo).

Chaque patient avait fait l'objet d'une biopsie pleurale à l'aiguille d'Abrams soit en un seul site (biopsie unique), soit en deux sites (double biopsie) selon le résultat d'un tirage au sort.

Résultats : L'âge de nos patients variait entre 55 et 84 ans. La sex-ratio était de 1,57. La biopsie pleurale a été faite en un site chez 36 patients, en deux sites chez 31 patients. La biopsie unique et la double biopsie ont permis de confirmer la tuberculose, la sarcoïdose, un cancer respectivement dans 13,88% vs 38,71%, 5,55% vs 0% et 33,33% vs 45,16%. La double biopsie a été contributive dans 77,41% contre 47,22% pour la biopsie unique. Des incidents dominés par un malaise vagal étaient survenus en cas de biopsie unique dans 8,33% et de double biopsie dans 32,26%.

Conclusion : La rentabilité diagnostique d'une double biopsie pleurale à l'aveugle est nettement supérieure à celle d'une biopsie unique. Cette technique pourrait contribuer à réduire la part des pleurésies idiopathiques notamment chez les sujets âgés en l'absence d'un thoracoscope.

AD3-12

Profil tabagique des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo du Burkina Faso

K. Boncougou¹, G. Ouedraogo¹, A. R. Ouedraogo¹, G. Badoum¹, A. Samandoulgou², M. Ouédraogo¹.

¹Service de Pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

²Service de Cardiologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

Auteur correspondant : K. Boncougou, boncougou_kadiatou@yahoo.fr

Introduction :

Le tabagisme est incriminé dans la survenue de nombreuses pathologies dont les maladies cardiovasculaires. Au Burkina Faso peu de données existent sur le profil tabagique des patients souffrant d'accident vasculaire cérébral. Objectif général : Déterminer le profil tabagique des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Matériels et Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale prospective à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée sur six mois du 01 Août 2014 au 31 Janvier 2015 dans le service de cardiologie et de Neurologie. Elle a concerné tous les patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral dans les services concernés durant la période d'étude et ayant accepté faire partie de l'étude.

Résultats : 107 patients ont été inclus dans l'étude dont 61,68% d'hommes. L'âge moyen des patients était de 54,4 ans. 49,53% des patients étaient tabagiques dont 7,48% de tabagisme actif et 92,52% d'anciens tabagiques. 70% des sujets

tabagiques avaient un tabagisme inférieur à 20 paquets années. La durée d'exposition était inférieure à 28 ans pour 61,90% des tabagiques.

Parmi les patients non tabagiques, 24,30% étaient victimes d'un tabagisme passif.

Conclusion :

Le tabagisme est un facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux. Le tabac fumé est le plus en cause et concerne surtout la couche sociale non scolarisée.

AD3-13

Aspects épidémiologiques, radio-cliniques, étiologiques et évolutifs des pneumopathies interstitielles diffuses au Togo.

M. Boukari¹, S. K. Adjoh¹, A. S. Adambounou¹, K. A. Aziagbé¹, P. Efalou¹, A. G. Gbadamassi¹, M. A. Djibril², O. Tidjani¹

¹Service de pneumo-phtisiologie du CHU Sylvanus Olympio.

²Service de Médecine interne du CHU Sylvanus Olympio.

Auteur correspondant : M. Boukari,

Kribaou2001@yahoo.fr

Introduction : Les pneumopathies interstitielles diffuses (PID) constituent des maladies graves qui posent un problème de diagnostic étiologique et thérapeutique. Les objectifs de l'étude étaient de décrire les caractéristiques épidémiologiques, radio-cliniques, étiologiques, et l'évolution des PID.

Matériels et Méthode: Il s'est agi d'une étude prospective menée chez 100 patients présentant une PID de diagnostic radiologique, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013. Chaque patient était suivi pendant un an. Les données épidémiologiques, radio-cliniques, étiologiques et évolutives sont recueillies sur une fiche de questionnaire préétabli.

Résultats : La fréquence hospitalière des PID était de 8,47%. L'âge moyen était de 42,55 ± 11,70 ans avec des extrêmes de 20 et 80 ans. La sex-ratio était de 1,17. Les principaux symptômes étaient la toux (94%), la dyspnée (90%). L'examen physique avait noté une polypnée chez 82% des patients. La désaturation était notée dans 61% des cas. Les opacités micronodulaires prédominaient (87%). La spirométrie a montré des troubles ventilatoires restrictifs (89,66%), obstructifs (1,72%) et mixtes (8,62%). Le VIH était retrouvé chez 55% des patients. L'anémie sévère était associée dans 22% des cas. Les étiologies étaient la tuberculose pulmonaire (40%), la pneumocystose (23%), les pneumopathies bactériennes (11%), l'insuffisance cardiaque gauche (10%), la sarcoïdose 3%, pneumopathies mycosiques 2%, les néoplasies (3%), les PID idiopathiques (8%). L'évolution était fatale dans 36% des cas.

Conclusion : Les étiologies des PID au Togo sont dominées par la tuberculose et la pneumocystose. Les néoplasies ne sont pas rares.

AD3-14

Profil des patients décédés d'affections respiratoires non tuberculeuses dans le service de pneumologie du CHU Sylvanus OLYMPIO de Lomé

P. Efalou¹, S. K. Adjoh¹, M. I. Wateba¹, A. S. Adambounou¹, K. A. Aziagbe¹, M. Boukari¹, G. Gbadamassi¹, M. Djibril², O. Tidjani¹

¹Service de Pneumo-phtisiologie et de maladies infectieuses du CHU Sylvanus Olympio de Lomé (TOGO)

²Service de Médecine interne du CHU Sylvanus Olympio de Lomé (TOGO)

Auteur correspondant : P. Efalou, jacquesefalou2002@yahoo.fr

Introduction : Les affections respiratoires ont une mortalité et une morbidité élevées dans le monde. Les objectifs de l'étude étaient d'identifier les facteurs associés au décès des patients hospitalisés en pneumologie au CHU Sylvanus OLYMPIO (S.O) pour des affections respiratoires non tuberculeuses.

Matériels et Méthode : Il s'était agi d'une étude prospective et analytique sur une période allant du 1^{er} Octobre 2013 au 30 Septembre 2014 portant sur les patients âgés de plus de 15 ans présentant une pathologie respiratoire non tuberculeuse. Les aspects épidémiocliniques, paracliniques et thérapeutiques étaient étudiés.

Résultats : Au total, 402 patients avaient été inclus. Le sexe ratio était de 1,15. Le taux de mortalité était de 22,5 %. La moyenne d'âge était de 45,41 (+/- 16,53) ans. Après régression logistique, les décès étaient associés à la présence de signes de lutte respiratoire [OR=2,52 ; IC 95%=(1,24-5,14) ; p=0,019], à la désaturation [OR=2,58 ; IC 95%=(1,26-5,28) ; p=0,015], au mauvais suivi du traitement nécessaire [OR=5 ; IC 95%=(2,52-9,87) ; p=0,0001], à la voie d'admission avec respectivement un risque plus élevé chez les patients admis par transfert [OR=2,32 ; IC 95%=(1,21-4,54)] ensuite par les urgences [OR=1,81 ; IC 95%=(0,83-4)] comparativement aux patients admis par consultation externe (p=0,02), et à l'anorexie [OR=4,69 ; IC 95%=(2,61-8,45) ; p=0,0001].

Conclusion : La mortalité en pneumologie au CHU S.O est liée à la gravité des pathologies présentées, la limitation des ressources financières entraînant des ruptures thérapeutiques.

AD3-15

Cancers broncho-pulmonaires : attitudes diagnostiques dans un contexte sous-médicalisé à Abidjan

C. Godé, J. M. Ahui-Brou, M. O. Koffi, A. Koné, K. Horo, K. Boko, A. N'gom, N. Koffi, E. Aka-Danguy

Service de Pneumo-Phtisiologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody Abidjan.

Auteur correspondant : nigivie2004@yahoo.fr

Introduction : Fléau social dans les pays développés où il demeure la première cause de mortalité par cancer ; longtemps méconnue du fait de la prépondérance des pathologies endémiques telles que la tuberculose, le VIH, le cancer broncho-pulmonaire (CBP) est de plus en plus découvert chez les patients, conséquence d'un tabagisme croissant dans notre pays. Notre étude a pour but de contribuer à l'étude des cancers broncho-pulmonaires en milieu hospitalier africain.

Matériels et Méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 04 ans, du 1^{er} janvier 2010 au 31 Décembre 2013, portant sur les dossiers médicaux des patients hospitalisés, avec comme critère d'inclusion, tout patient quel que soit le sexe, l'âge ayant un diagnostic de cancer broncho-pulmonaire et dont le dossier médical comportait au moins une radiographie thoracique, des bacilloscopies des crachats négatives, et une fibroscopie bronchique.

Résultats : la prévalence hospitalière du CBP était de 3,8%, prédominant après l'âge de 36 ans (91,57%); avec un sex-ratio à 1,5. Le principal facteur de risque était le tabac (41%). Les signes cliniques étaient dominés par la toux (77,89%), la dyspnée (72,63%), la douleur thoracique (70,50%) et l'amaigrissement (71,60%). La masse pulmonaire (49,20%), L'atélectasie (34,73%), l'opacité ronde (29,47%) étaient les plus fréquents à l'imagerie. Les lésions bourgeonnantes (28,57%) et infiltrantes (26,52%) ont été retrouvées à la fibroscopie bronchique. Les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules (CBPNC), étaient les plus fréquents (32,43%), dominés par le carcinome épidermoïde (50%), tous diagnostiqués au stade IV. Le traitement était exclusivement palliatif.

Conclusion : le cancer broncho-pulmonaire, affection redoutable de diagnostic tardif, devrait bénéficier de stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées à notre contexte sous médicalisé.

AD3-16

Tabagisme et armée en Côte d'Ivoire

C. Godé, J. M. Ahui-Brou, M. O. Koffi, A. Koné, K. Horo, K. Boko, A. N'gom, N. Koffi, E. Aka-Danguy

Service de Pneumologie du CHU de Cocody, Abidjan

Auteur correspondant : nigivie2004@yahoo.fr

Introduction : "Le tabac de troupe" ou "la ration du soldat" dénommé ainsi depuis les deux premières guerres mondiales est encore considérée à tort comme ayant un effet bénéfique sur le moral des soldats. Le but de cette étude était d'évaluer les attitudes et comportement tabagiques chez les militaires.

Matériels et Méthode : il s'agissait d'une étude transversale sur 02 mois, du 03 Février au 30 Mars 2013 portant sur les militaires de l'armée ivoirienne tout grade confondus.

Résultats : sur une population d'étude de 801 militaires, à majorité masculine 99,5% ; 61,50% avaient un âge compris entre 26 et 35 ans, la prévalence du tabagisme était de 47,2%, l'âge moyen de l'initiation au tabagisme était de 19,5 ans, avec une moyenne de 10 cigarettes fumées par jour. Le tabagisme était significativement lié au grade et à l'âge, au niveau d'instruction et à la consommation de drogue. 94% présentaient une forte motivation à l'arrêt du tabagisme avec comme principale raison évoquée, la baisse des performances physiques.

Conclusion : le tabagisme prépondérant au sein de la population militaire est incompatible avec les performances militaires et devrait faire appel à une stratégie de lutte pour son éradication dans ce milieu.

AD3-17

Impact du tabagisme sur la prise en charge de l'infection à VIH

A. Kone¹, M. O. Koffi¹, K. Samake², J. M. B. Ahui¹, C. V. Brou-Gode¹, K. Horo¹, A. N'gom¹, A. B. Kouassi¹, N. Koffi¹, E. Aka-Danguy¹.

¹Service de pneumologie du CHU de Cocody - Côte d'Ivoire

²Service de pneumologie du CHU de Treichville - Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : A. Kone, alima_kone@yahoo.fr

Introduction : Le tabagisme et le VIH sont deux fléaux en nette augmentation dans les pays en voie de développement. Leur association peut compromettre l'évolution de la prise en charge du VIH. Notre étude avait pour objectif de déterminer l'impact du tabagisme sur la prise en charge de l'infection à VIH.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude longitudinale à visée descriptive qui s'est déroulée de juillet à décembre 2012. Elle a concerné les personnes vivant avec le VIH1 (PVVIH) sous antirétroviraux régulièrement suivies pendant au moins 18 mois, avec un bilan clinique et biologique complet. Au total, 140 patients ont été interrogés.

Résultats : Ce sont en majorité des adultes jeunes dont la tranche d'âge se situe entre 36 et 55 ans, célibataire (59,3 %) et en activité (88, 6%). La prévalence du tabac était de 42,9 %. Les PVVIH tabagiques présentaient plus d'infections opportunistes que les non tabagiques (pneumonies (26,67), tuberculose (08,33 %). Au plan biologique, le taux de CD4 croissait plus significativement chez les sujets non tabagiques par rapport aux sujets tabagiques. Nous avons retrouvé plus d'anémie et hyperglycémie chez les fumeurs. Les troubles hépatiques et rénaux ont été peu observés. Au plan thérapeutique, le traitement de deuxième ligne était essentiellement retrouvé chez les PVVIH tabagiques.

Conclusion : Le tabagisme a une mauvaise influence tant clinique que biologique sur la prise

en charge VIH. Il importe de mettre en œuvre des mesures de lutte anti-tabac plus efficaces chez les PVVIH.

AD3-18

Aspects cliniques et histologiques du cancer broncho-pulmonaire à Yaoundé, Cameroun

A. Kuete-Kuete¹, A. D. Balkissou¹, V. Poka-Mayap², A. Ntyo'o-Nkoumou², C. Bitchong^{1,3}, E. W. Pefura-Yone^{1,2}

¹Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

²Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

³Département des Sciences cliniques, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala, Douala, Cameroun

Auteur correspondant: A. Kuete-Kuete, akuete2001@yahoo.com

Introduction: Le cancer broncho-pulmonaire (CBP) est un problème de santé publique dans les pays à forte prévalence tabagique. Cependant, très peu de données sont disponibles sur les CBP en Afrique sub-saharienne. L'objectif de cette étude était de déterminer les aspects cliniques et histologiques des CBP à l'hôpital Jamot de Yaoundé (HJY).

Matériels et Méthode: Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée de Juin 2007 à Mai 2015(8ans), incluant tous les sujets chez qui le diagnostic de CBP a été porté.

Résultats: Au total, 59 patients (69,5% d'hommes) d'âge médian (intervalle interquartile) de 60 ans (52-68) ont été inclus. La majorité des patients était des fumeurs (42,34%) ou des ex-fumeurs (44,1%). Aucune exposition professionnelle avérée n'a été retrouvée. Les principaux symptômes initiaux étaient la toux (96,5%), la dyspnée (77,2%), la douleur thoracique (77,2%), l'hémoptysie (35,1%) et la dysphagie (6,9%). Les aspects macroscopiques endoscopiques bronchiques les plus retrouvés étaient l'infiltration de la muqueuse (69%) et les bourgeonnements de la muqueuse (48,3%). Les types histologiques retrouvés étaient: le carcinome épidermoïde (21cas, 36%), l'adénocarcinome (20 cas, 33,9 %), le carcinome à grandes cellules (9cas, 15%) et le cancer bronchique à petites cellules (7 cas, 11,9 %). Des 35 patients ayant eu un bilan d'extension, 97,1% étaient au stade 4.

Conclusion: Le cancer bronchique ne doit pas être méconnu vu son polymorphisme clinique. La plupart des patients sont diagnostiqués au stade 4. Le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome sont les types histologiques les plus représentés.

AD3-19

Caractéristiques du tabagisme chez les personnes vivant avec le VIH et suivies au CHU Yalgado de Ouagadougou

G. Ouedraogo¹, K. Boncoungou¹, F. Fouh¹, A. R.

Ouedraogo¹, G. Badoum¹, M. Ouedraogo¹, Y. J. Drabo²

¹ Service de Pneumologie CHUYO,

² Service de Médecine Interne CHUYO

Auteur correspondant : G. Ouedraogo,
georges.ouedraogo@yahoo.fr

Introduction: Le tabagisme est un problème de santé important pour tous les individus. Le tabagisme du fumeur VIH+, l'expose à la survenue d'événements graves. Quels sont les caractéristiques du tabagisme des personnes vivant avec le VIH suivies au CHU Yalgado ?

Matériels et Méthode: Notre étude transversale à visée descriptive, couvrant une période de 6 mois, a eu lieu dans le service de Médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. Lors de la visite médicale, les patients tabagiques étaient conviés à réaliser un entretien.

Résultats : Sont inclus 2069 patients La prévalence du tabagisme était de 5,4%. Parmi les hommes 19,1% sont tabagiques contre 0,5% des femmes. L'âge moyen était de 44,5±8,6 ans. La fréquence du tabagisme est plus élevée chez les patients originaires du milieu urbain (90,2%). L'âge moyen d'initiation du tabagisme était de 18,9 ± 6,4 ans. La durée de consommation moyenne du tabac est 23,1 ± 9,7. Le nombre moyen de cigarettes était de 18,4 ± 12,5 cigarettes par jour avant la découverte de leur sérologie VIH, 10,0 ± 11,2 cigarettes par jour après la découverte de leur sérologie et 9,6 ± 11,3 cigarettes par jour après la mise sous traitement ARV. La dépendance nicotinique était faible (3,7). Parmi les fumeurs actuels, 47,5% avaient une très forte motivation d'arrêter.

Conclusion : La prévalence du tabagisme semble faible chez les personnes vivant avec le VIH mais révèle l'intérêt d'une aide au sevrage dans leur prise en charge.

AD3-20

La pleurésie purulente à Yaoundé, Cameroun : Etude rétrospective sur 113 cas

V. Poka-Mayap¹, A. D. Balkissou^{1,2}, A. Ntyo'o-Nkoumou¹, E. Ngah Komo¹, O. Ekole², E. W. Pefura-Yone^{1,2}.

¹ Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

² Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant: V. Poka-Mayap,
pokavirginie@yahoo.fr

Introduction: La pleurésie purulente est une affection grave mettant en jeu le pronostic vital. Le but de notre étude était de décrire les caractéristiques étiologiques et évolutives des pleurésies purulentes à l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY).

Matériels et Méthode: Les dossiers de 113 patients hospitalisés dans le service de pneumologie de l'HJY pour pleurésie purulente d'août 2010 à

juillet 2015 (5 ans) ont été rétrospectivement analysés.

Résultats : Des 113 patients inclus, 70 (61,9%) étaient des hommes et l'âge médian (intervalle interquartile) était de 34 (24 – 50) ans. Au moins un facteur favorisant était retrouvé chez 70 (69%) patients. L'éthylisme chronique (33,3%) et l'infection à VIH (27,4%) étaient les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés. L'étiologie bactérienne a été identifiée chez 45 (39,8%) patients. La pleurésie était d'origine bactérienne banale chez 44 (39,3%) patients et tuberculeuse chez 2 (4,4%) patients. Le principal germe retrouvé était le pneumocoque (40,9%) suivi du staphylocoque (18,1%). Les germes anaérobies ont été retrouvés dans 11,6% des patients. La durée moyenne (écart-type) d'hospitalisation était de 25,7 (16,2) jours. L'évolution était favorable dans 82,7% des cas et le taux de mortalité intrahospitalière était de 6,4%.

Conclusion : Les pleurésies purulentes touchent surtout l'adulte jeune éthylique chronique ou ayant une infection à VIH. La tuberculose en est rarement la cause malgré la fréquence élevée de la pleurésie tuberculeuse dans ce contexte. La mortalité intra hospitalière reste relativement élevée.

AD3-21

Particularités d'une garde de Pneumologie d'un Pays africain : cas du Sénégal.

K. Thiam, N. O. Touré, E. M. Ndiaye, M. Wayzani, F. B. Mbaye, M. F. Cissé, J. M. A. Sagne, M. Ndao, S. Dia, A. Diallo, S. Niang, A. Diatta, Y. D. Kane.

CHNU de Fann, Service de Pneumologie, Dakar (Sénégal)

Auteur correspondant : K. Thiam, thiamkhadie@yahoo.fr

Introduction : le Service de Pneumologie de Fann a mis en place une garde depuis Mars 2013. Nous avons mené cette étude dans le but de déterminer les particularités de cette garde.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à visé analytique, incluant tous les patients reçus à la garde de Pneumologie de Mars 2013 à Février 2015.

Résultats : Sur cette période de 24 mois, nous avons reçus 958 patients à la garde sur un total de 15074 consultations effectuées, soit 6,4%. Le sex-ratio était de 1,8. La moyenne d'âge était de 40,5 ans. La plupart (81,5%) nous était envoyée par une structure sanitaire. La dyspnée était le symptôme le plus fréquent suivie de l'hémoptysie (respectivement 46,7% et 21%). Les diagnostics les plus fréquemment retenus ou évoqués étaient la crise d'asthme (42,2%) suivie de la tuberculose (23,9%). Près de 20% (19,7%) des patients qui présentaient une crise d'asthme venaient directement du domicile. Pendant ces deux années, le pic de crise d'asthme était noté au deuxième trimestre (36,6%). Le tiers (38,6%) des patients était hospitalisé. Nous avons déploré 14 décès

survenus sur place, liés à la tuberculose dans la moitié des cas (50%). Ils étaient surtout notés chez les patients âgés de 35 -54 ans (53,9%).

Conclusion : Il est important de déterminer les particularités des gardes de pneumologie dans nos régions ; ce qui permettra d'établir des protocoles de prise en charge.

AD3-22

Apport de la fibroscopie bronchique dans le diagnostic étiologique des pneumopathies trainantes de l'adulte immunocompétent.

K. Thiam, E. M. Ndiaye, M. Wayzani, F. B. Mbaye, M. F. Cissé, J. M. A. Sagne, M. Ndao, S. Dia, A. Diallo, S. Niang, A. Diatta, Y. D. Kane, N.O. Touré.

CHNU de Fann, Service de Pneumologie, Dakar (Sénégal)

Auteur correspondant : K. Thiam, thiamkhadie@yahoo.fr

Introduction : La fibroscopie bronchique est recommandée dans l'exploration des pneumopathies trainantes. C'est un examen couteux et invasif. Nous avons mené ce travail dans le but d'évaluer son apport dans la recherche étiologique de ces pneumopathies.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à visé analytique menée à partir du registre d'endoscopie et des dossiers de patients reçus à la clinique de Pneumologie du CHNU de Fann de Dakar, de Janvier 2010 à Décembre 2014.

Résultats : Nous avons colligé 159 dossiers de patients. Le sex-ratio était de 2,2. L'âge moyen était de 44ans. La fièvre était rapportée par un malade sur trois (32,7%). La radiographie du thorax montrait un syndrome alvéolaire dans 35% des cas. La numération formule sanguine montrait un taux de globules blancs normal dans la majeure partie des cas (80, 6% ; n=31). La fibroscopie bronchique était contributive dans 72,3% des cas. Les explorations des prélèvements per fibroscopiques avaient isolé un germe banal chez plus de la moitié des malades, soit 69,3% ; principalement des bactéries (51,7%), surtout des bacilles gram négatif. La parasitologie du LBA était positive dans 12,3% des cas.

Conclusion : la fibroscopie bronchique reste utile dans le diagnostic des pneumopathies trainantes de l'adulte immunocompétent. Par conséquent, elle devrait être systématique chez tout patient qui présente une pneumopathie chronique fébrile ou non avec un examen direct à la recherche de BAAR et un geneXpert des crachats négatifs.

AD4- Allergologie, SAS, VIH

AD4-1

Prévalence des symptômes du syndrome d'apnées du sommeil au Togo

A. S. Adambounou¹, K. S. Adjoh¹, P. Efalou¹, K. A. Aziagbe¹, A. R. Ouédraogo², M. Boukari¹, M. Belo³, M. A. Djibril⁴, O. Tidjani¹.

¹Service de pneumologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

²Service de pneumologie, CHU Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou – Burkina Faso

³Service de neurologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

⁴Service de médecine interne, CHU Sylvanus Olympio, Lomé – Togo

Auteur correspondant : A. S. Adambounou, amentos@yahoo.fr

Introduction : Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est une affection méconnue au TOGO. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence des symptômes du SAS et d'identifier la proportion des sujets suspects.

Matériels et Méthode : Il s'est agi d'une enquête transversale, descriptive et analytique auprès de 153 hommes et 128 femmes de la commune de Lomé. Les paramètres anthropométriques ont été mesurés par un enquêteur. La collecte des autres données a été faite par un auto-questionnaire.

Résultats : L'âge moyen des enquêtés était de 38,11±11,89 ans. La circonférence du cou était excessive chez 11,76% des hommes (> 44 cm) et chez 05,47% des femmes (> 41 cm). Une proportion de 20,26% des hommes et 25% des femmes étaient obèses. Les ronflements, les pauses respiratoires, le sommeil non réparateur et la somnolence diurne étaient présents chez les hommes respectivement dans 56,90%, 26,80%, 44,40% et 33,60% des cas; et chez les femmes dans 42,90%, 15,60%, 48,40% et 33,60 des cas. La triade cardinale du SAS (ronflements, pauses respiratoires et somnolence diurne) était retrouvée chez 16,33% des hommes et 5,46% des femmes.

Conclusion : Les symptômes, isolés ou associés, évocateurs d'un SAS sont fréquents chez les enquêtés. Une étude de prévalence du SAS au Togo devrait être menée avec des enregistrements polysomnographiques.

AD4-2

Coûts directs de la prise en charge du syndrome d'apnées du sommeil à Lomé

A. S. Adambounou¹, K. S. Adjoh¹, M. Boukari¹, J. N. Metchendje¹, K. Akpo¹, S. Maïga¹, M. Belo², M. A. Djibril³, O. Tidjani¹

¹Service de pneumologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

²Service de neurologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

³Service de médecine interne, CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

Auteur Correspondant : A. S. Adambounou, amentos@yahoo.fr

Introduction : Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est une affection diagnostiquée et traitée à Lomé depuis trois années. L'objectif de cette étude

était de déterminer les coûts directs liés à sa prise en charge (PEC).

Matériels et Méthode : Il s'est agi d'une enquête transversale, descriptive et analytique auprès de 12 sujets appareillés par pression positive continue (PPC) pour SAS.

Résultats : La consultation en médecine du sommeil était fixée à 10.000 F.CFA (15,24 euros). La polygraphie ventilatoire coûtait 65.000 F.CFA (99,09 euros) et la spirométrie 15.000 F.CFA (22,87 euros). Les investigations cardiovasculaires (électrocardiogramme et échographie) s'élevaient à 42.000 F.CFA (64,03 euros). Le prix d'un appareil de PPC (incluant les frais de virement bancaire) était de 921.555±313.000 F.CFA (1.404,90±477,17 euros). Les frais de transport et de dédouanement de l'appareil étaient respectivement de 163.990±62.320 F.CFA (250±95 euros) et de 100.000 FCFA (152,44 euros). Les frais de titration de l'appareil revenaient à 50.000 F.CFA (76,22 euros).

Conclusion : Les coûts directs liés au diagnostic (132.000 F.CFA = 201,23 euros ; soit environ 4 fois le SMIC du Togo) et au traitement (1.235.545±239.455 F.CFA = 1.883,58±365 euros ; soit environ 35 fois le SMIC) du SAS sont exorbitants et pourraient constituer un frein à sa PEC.

AD4-3

Agenda et troubles somnologiques des patients souffrant du syndrome d'apnées du sommeil

Adambounou Amento Stéphane¹, Adjoh Komi Séraphin¹, Boukari Mohamadou¹, Belo Mofou³, Djibril Mohaman Awalou⁴, Tidjani Osséni¹.

A. S. Adambounou¹, K. S. Adjoh¹, S. Alphazazi², M. Boukari¹, P. Efalou¹, K. A. Aziagbe¹, A. G. Gbadamassi¹, A. Gagara², M. Belo², M. A. Djibril³, O. Tidjani¹

¹Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio, Lomé –Togo

²Service de pneumologie de l'hôpital national Lamordé, Niamey – Niger

³Service de neurologie du CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

⁴Service de médecine interne du CHU Sylvanus Olympio, Lomé – Togo

Auteur correspondant : A. S. Adambounou, amentos@yahoo.fr

Introduction : Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est une affection qui se caractérise par une désorganisation de l'architecture du sommeil. L'objectif de cette étude était de décrire le calendrier et les principaux troubles du sommeil de ces patients.

Matériels et Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale, déclarative et analytique allant du 1^{er} Juillet 2013 au 30 Juin 2015 et portant sur 51 patients, confirmés apnéiques sur des arguments polygraphiques, non traités.

Résultats : L'âge moyen des hommes était de 49,05±12,14 ans et celui des femmes de

42,64±11,37 ans. Toutes les femmes et 89,2% des hommes étaient professionnellement actifs. En semaine de travail, les heures de coucher et de lever étaient de 22,10±1,20 h pour les hommes et de 22,5±1,01 h pour les femmes. Le temps de latence d'endormissement était inférieur à 30 minutes pour 22(59,46%) hommes et 9(64,29%) femmes. Les hommes dormaient en moyenne 7,36±1,15 h et les femmes 7,67±1,61 h. Le sommeil était perturbé par plus de deux épisodes de nycturie (68,62%), des sensations d'étouffement (90,20%) ou des attaques de cataplexie (56,86%). Le sommeil n'était pas réparateur pour 31(83,8) hommes et 12(85,7) femmes. Le score d'Epworth était supérieur à 10 chez 27(73%) hommes et 13(92,9%) femmes. La sieste était faite par 25(67,6%) hommes et 9(64,3%) femmes d'une durée moyenne de 39,72±31,06 min et de 41,78±39,54 min.

Conclusion : Les sujets apnéiques doivent être traités pour avoir un meilleur sommeil quantitatif et qualitatif.

AD4-4

Répercussions socio-professionnelles du syndrome d'apnées du sommeil

A. S. Adambounou¹, K. S. Adjoh¹, S. Maïga¹, A. A. Kabirou¹, M. Kuire¹, A. Assari¹, M. Belo², M. A. Djibril³, O. Tidjani¹

¹Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio, Lomé –Togo

²Service de neurologie du CHU Sylvanus Olympio, Lomé - Togo

³Service de médecine interne du CHU Sylvanus Olympio, Lomé – Togo

Auteur correspondant : A. S. Adambounou, amentos@yahoo.fr

Introduction : Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est une affection grave de par ses complications. L'objectif de cette étude était d'identifier les principales répercussions socio-professionnelles du SAS.

Matériels et Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale, déclarative et analytique allant du 1^{er} Juillet 2013 au 30 Juin 2015 et portant sur 51 patients, confirmés apnéiques sur des arguments polygraphiques, non traités.

Résultats : L'âge moyen des 37 hommes était de 49,05±12,14 ans et celui des 14 femmes de 42,64±11,37 ans. Vivaient en couple 75,7% des hommes et 71,4% des femmes. Les répercussions socio-professionnelles rapportées par les patients étaient un accident de la circulation dû à une somnolence diurne au volant (5 hommes), un retard fréquent (plus de 3 fois par semaine) au travail (23 hommes et 8 femmes), une gêne au décours d'un sommeil avec ronflements en des endroits divers : en pleine réunion (7 hommes et 2 femmes), voyage en transport commun (30 hommes et 11 femmes), des conflits avec les collègues (15 hommes et 4 femmes), avec la hiérarchie (9 hommes et 03

femmes), un accident de travail (1 homme), un désintérêt pour les distractions (23 hommes et 6 femmes), chambre séparée avec le conjoint (9 hommes et 2 femmes), une baisse de la libido et des performances sexuelles (30 hommes et 11 femmes). Quatre hommes étaient en arrêt maladie suite à un accident vasculo-cérébral.

Conclusion : Les sujets apnéiques doivent être traités pour éviter les répercussions sociétales.

AD4-5

Indications et résultats du Prick test chez les enfants suivis aux Cliniques universitaires de Kinshasa : expérience de 3 mois

L. Mbelo, L. Aketi, P. Lumbala, J. Senga, J. Shiku

¹Service cardio-pulmonaire et maladies infectieuses, Département de pédiatrie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

Auteur correspondant : L. Aketi, akelou@yahoo.fr

Introduction : l'allergologie reste un domaine très peu exploré en République Démocratique du Congo. Elle s'y développe depuis peu et aide à la prise en charge des patients. Nous visons la description des indications et des résultats obtenus avec le Prick test chez les enfants aux cliniques universitaires de Kinshasa (CUK).

Matériels et Méthodes: étude rétrospective sur 3 mois (période d'activité d'allergologie aux CUK). Le prick test réalisé concernait des pneumallergènes et des trophallergènes.

Résultats : Au total 18 patients ont effectué ce test, parmi eux 16 étaient suivis en Pneumologie pédiatrique et deux référés d'autres services. Onze patients étaient asthmatiques parmi lesquels 7 étaient venus en follow up, 4 avaient une crise d'asthme, 4 avaient consulté pour toux allergique, 2 pour urticaire et 1 pour dyspnée sifflante sur terrain de primo infection tuberculeuse en cours de traitement. S'agissant des résultats, 16 patients étaient fortement sensibles au *Blomia tropicalis*, 6 avaient réagi à l'*Alternaria* et 5 étaient sensibles aux arachides. Nous avons également noté une sensibilité aux phanères de chien et de chat respectivement chez 3 et 2 patients. Tous les patients ont bénéficié des conseils en vue de l'éviction de l'allergène. Les asthmatiques ont été pris en charge sur base des schémas usuels. Les patients ayant présenté une toux allergique et des urticaires ont reçu des anti histaminiques.

Conclusion : l'allergologie est peu pratiquée, mais est essentielle dans la prise en charge de certains patients susceptibles.

AD4-6

Impact de l'infection à VIH sur l'évolution de pathologie respiratoire dans le service de Pneumo-phtisiologie du CHU de Brazzaville de 2006 à 2013

E. L. P. Bemba^{1,3}, B. R. Ossibi-Ibara^{2,3}, A. G. Aloumba^{2,3}, F. H. Okemba-Okombi¹, R. G. Bopaka¹, K. B. Ossale-Abacka¹, J. Mboussa^{1,3}

¹ Service de Pneumologie, CHU de Brazzaville,

² Service des Maladies infectieuses et Tropicales, CHU de Brazzaville

³ Faculté des sciences de la santé, Université Marien Ngouabi

Auteur correspondant : E. L. P. Bemba, bemba1@gmx.fr

Introduction : En Afrique noire au sud du Sahara, la pneumologie se pratique dans un contexte particulier : une forte proportion des sujets jeunes, la pollution et la pandémie de l'infection à VIH. Le but de cette étude est de présenter l'impact de l'infection VIH sur l'évolution des pathologies respiratoires.

Matériels et Méthode: Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive. Nous avons consulté le registre de fichage de l'activité d'hospitalisation du service de pneumologie du CHU de Brazzaville, de Janvier 2006 à Décembre 2013.

Résultats : L'âge moyen est de 42,9 ans, un sexe ratio e 1,13. La tuberculose (TB) de 2006 à 2013 varie entre 37,8% à 43,7%. On note une baisse des fréquences des pneumopathies aiguës bactériennes (PAB) passant de 27,9% en 2006 à 17,7% en 2012. Par contre celle de la Pneumopathie alvéolo-interstielle Fébrile (PAIF) connaît une augmentation de 2,3% en 2006 à 23,8% en 2012. La séroprévalence du VIH pour la TB (92,23%), PAIF (69,07%), Pleurésie purulente (88,9%). Sur 993 décès, 29,8% sont attribués à la TB, 17,92% aux PAB, 17,92% aux PAIF, 5,1% aux Cancers Broncho-Pulmonaires (CBP). La létalité globale de la TB, PAB sont respectivement de 17,25%, 27,35% et celle du PAIF de 34,7%.

Conclusion : La pneumologie dans notre contexte est dominée par la TB, PAB et PAIF et une association fréquente de ces pathologies au VIH qui explique la forte mortalité.

AD4-7

Déclin de la fonction respiratoire chez les personnes vivant avec le VIH à Yaoundé, Cameroun

G. J. Bineli-Messi¹, A. D. Balkissou^{2,3}, V. F. Mandou-Yone⁴, E. W. Pefura-Yone^{2,3}, C. Kuaban^{2,5}

¹Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé, Cameroun

²Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

³Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

⁴Centre de Diagnostic, d'Imagerie Médicale et de Conseils en Radioprotection, Yaoundé, Cameroun

⁵Faculty of Health Sciences, University of Bamenda, Bamenda, Cameroon

Auteur correspondant : G. J. Bineli-Messi, bghislainejunie@yahoo.fr

Introduction: Le déclin de la fonction respiratoire (FR) est plus important chez les personnes vivant

avec le VIH (PVVIH). Les objectifs de cette étude étaient de déterminer l'incidence du déclin rapide de la FR et d'identifier les facteurs de risque associés au déclin rapide de la FR chez les PVVIH à Yaoundé.

Matériels et Méthode: Cette étude de cohorte prospective a été réalisée de Novembre 2012 à Mars 2015(2 ans 4 mois) au Centre de Traitement Agréé de l'infection à VIH(CTA) de l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Le déclin rapide de la FR a été défini par un déclin annuel du volume expiratoire maximal à la 1^{ère} seconde(VEMS) > 60 ml par an. La régression logistique a été utilisée pour rechercher les facteurs de risque associés au déclin rapide de la FR.

Résultats: Des 218 participants inclus, 155(71,1%) étaient des femmes et leur âge médian (25^e-75^e percentiles) était de 43 (36-50) ans. L'incidence cumulée du déclin rapide de la FR au cours de la période d'étude était de 62,8% (IC à 95% : 56,4-69,2%). Le déclin médian du VEMS (25^e -75^e percentiles) au cours de la période d'étude était de 116 ml/an (257,16 - 16,11). La capacité vitale forcée (CVF) initiale ≥ 80% était le seul facteur de risque indépendant associé au déclin rapide de la FR.

Conclusion: Le déclin rapide de la fonction respiratoire est fréquent chez les PVVIH à Yaoundé et les sujets ayant une CVF conservée à l'examen initial sont ceux qui perdent plus rapidement leur fonction respiratoire.

AD4-8

Profil de sensibilisation aux pneumallergènes chez les asthmatiques à Niamey

M. A. I. Gagara¹, M. M. N. Assao¹, A. R. Ouédraogo³, I. Attahirou¹, M. M. Bouzou¹, Maizoumbou D^{1,2}

¹Service de pneumo-phtisiologie de l'Hôpital National Lamorde (HNL)

²Clinique médicale Lacouroussou (CML)

³Service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso)

Auteur correspondant: M. A. I. Gagara, assiatougagara@gmail.com

Introduction : Dans la littérature, la sensibilisation aux pneumallergènes chez les asthmatiques est décrite mais au Niger aucune donnée. L'objectif de notre étude était de déterminer le profil de sensibilisation aux pneumallergènes chez les asthmatiques à Niamey.

Matériels et Méthode: C'était une étude prospective transversale descriptive sur une période d'un an allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2014 chez les asthmatiques vus en consultation pneumoallergologique ayant honorés un prick test. Les extraits allergéniques standardisés utilisés étaient: témoin positif et négatif, les acariens (Dermatophagoides Pteronyssinus DP, Dermatophagoides Farinae DF et Blomia Tropicalis), les moisissures (alternaria et

aspergillus), le pollen (5 graminés), les poils (chat et chien) et les blattes.

Résultats : Cent cinquante-huit patients (158) avaient été recensés et 107 (67,7%) étaient positifs aux pneumallergènes. Le sexe féminin représentait 51,3% avec un sex-ratio de 0,95. L'âge moyen était de 28,1 ans avec des extrêmes de 3 à 74 ans. L'antécédent personnel d'atopie était retrouvé dans 36,7%. Les acariens représentaient 49,4%, les blattes 48,6%, les 5 graminées 14,9%, les poils de chat 14%, les poils de chien 6,5%, les alternaria 3,7% et les aspergillus 1,8%.

Conclusion: La majorité des asthmatiques ont une polysensibilisation d'où l'intérêt de faire le prick-test chez tous les asthmatiques et surtout insister sur l'éducation thérapeutique.

AD4-9

L'évaluation de la prise en charge de l'asthme dans les centres de santé de Bouaké en 2015 : état des lieux à propos de 144 asthmatiques enquêtés

H. Dje-Bi, L. Yeo, V. Achi, J. C. Anon, M. S. Ndhatz
Service de pneumologie, CHU de Bouaké

Introduction : Le contrôle de l'asthme est une nécessité pour l'amélioration de la qualité de vie des patients. Il impose une prise en charge correcte des patients. L'objectif de cette étude est d'identifier les difficultés et les insuffisances dans la prise en charge de l'asthme dans les structures sanitaires de Bouaké

Matériels et Méthode : Etude prospective en avril 2015 basée sur un questionnaire anonyme adressé aux patients asthmatiques suivis dans les centres de santé de Bouaké.

Résultats : 144 patients étaient enregistrés dont 103 femmes (71,4 %) et 41 hommes (28,6%) soit un sex-ratio de 0,4. L'âge moyen était de 29,7 ans (extrêmes de 13 ans et 55 ans). 78 (54,2 %) patients avaient déjà été hospitalisés aux urgences médicales pour une crise d'asthme il y a moins d'un an. La spirométrie n'avait jamais été prescrite chez 68,8 % et 95 % ne connaissaient pas le peak flow. 45,8 % des patients ayant un asthme persistant n'avaient pas de traitement en dehors des crises. Parmi les patients qui répondaient avoir un traitement inter-critique, il s'agissait de bronchodilatateurs de courte durée d'action dans 56,5% sous les formes spray et comprimé LP. L'association bronchodilatateur et corticoïde inhalée n'était utilisée que par 21,7% des patients. Seulement 52,1% des asthmatiques savaient bien utiliser le dispositif d'aérosol doseur. Le sport n'avait été conseillé que chez 21,3%.

Conclusion : La prise en charge des asthmatiques présente des insuffisances qui appellent à la mise en place de formation continue.

AD4-10

Caractéristiques cliniques et évolutives des patients hospitalisés pour exacerbation d'asthme à l'Hôpital Jamot de Yaoundé

N. F. N. Kanko¹, V. Poka-Mayap¹, A. Ntyo'o-Nkoumou¹, A. D. Balkissou^{1,2}, A. Kuete-Kuete², E. W. Pefura-Yone^{1,2}.

¹ Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

² Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant: N. F. N. Kanko, fleurecity@yahoo.fr

Introduction: L'inobservance du traitement de fond de l'asthme est courante chez les sujets asthmatiques en Afrique sub-saharienne. Elle est en partie responsable du non contrôle de l'asthme et des exacerbations parfois sévères. Le but de ce travail était d'étudier les caractéristiques cliniques et évolutives des patients hospitalisés pour exacerbation d'asthme à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

Matériels et Méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive s'étalant de novembre 2009 à juin 2015 et incluant les patients hospitalisés pour exacerbation d'asthme dans le service de pneumologie A de l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

Résultats: Des 44 patients inclus, 32(72,7%) étaient des femmes et leur âge médian (intervalle interquartile) était de 53,5(26,5-68,5) ans. L'asthme était inaugural chez 15(34,1%) patients et 17(38,6%) patients étaient sous corticoïde inhalé avant leur admission. La durée médiane (intervalle interquartile) d'évolution de l'asthme était de 5,5(3,3-16,5) ans. La fréquence respiratoire médiane (intervalle interquartile) était de 28(24-37) cycle par minute et une pneumonie infectieuse était présente chez 36,4% des patients. Les β mimétiques de courte durée d'action ont été administrés par nébulisation à 33(75%) patients et tous les patients avaient reçu une corticothérapie orale et l'oxygène a été administré à 5(11,4%) patients. Les patients ayant reçu un antibiotique étaient au nombre de 40(90,9%). La durée médiane (intervalle interquartile) d'hospitalisation était de 6,5(5-11) jours et aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion: Les sujets asthmatiques hospitalisés dans ce contexte ont en majorité plus de 50 ans. L'infection reste une cause d'exacerbation fréquente d'asthme et l'évolution sous traitement est habituellement favorable.

AD4-11

Profil épidémiologique de l'asthme bronchique aux Cliniques Universitaires de Kinshasa et les comorbidités associées

D. C. Luamba, O. B. Tete, M. I. Kashongwe, M. A. Bakebe, P. Tshiasuma, B. O. Kabengele, J. M. Kayembe
Université de Kinshasa, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Département de Médecine Interne, Service de pneumologie, RD Congo

Auteur correspondant: I. Kashongwe
ikashongwe@hotmail.fr

Introduction : l'asthme et ses comorbidités entraînent un poids économique non négligeable en termes de traitement et des mesures de contrôle. Notre étude avait pour objectifs de déterminer le profil épidémiologique des patients asthmatiques suivi en consultation externe ou en hospitalisation au service de pneumologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK).

Matériels et Méthode : une enquête rétrospective réalisée aux CUK pendant la période du 1 janvier 2011 au 30 septembre 2013. Tous les dossiers des patients asthmatiques venus en consultation durant la période étaient analysés.

Résultats : Au total, 110 dossiers des patients contenant des informations suffisantes ont été retenus. L'âge moyen des patients était de 41 ans avec une prédominance féminine (59,1%). Les étudiants et les ménagères étaient les plus représentés avec respectivement 14,6% et 12,7%. Les comorbidités les plus fréquentes étaient la rhinite allergique (17,3%), la sinusite (13,6%) et l'hypertension artérielle (10,9%).

Conclusion : l'asthme bronchique est une pathologie fréquente qui nécessite une prise en charge globale et une éducation du patient.

AD4-12.

Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés en pneumologie à Abidjan

A. Kone¹, K. Horo¹, M. O. Koffi¹, K. Samake², J. M. Brou-Ahui¹, C. V. Brou-Gode¹, A. N'gom¹, A. B. Kouassi¹, N. Koffi¹, E. Aka-Danguy¹.

¹ Service de pneumologie du CHU de Cocody - Côte d'Ivoire

² Service de pneumologie du CHU de Treichville - Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : A. Kone, alima_kone@yahoo.fr

Introduction : L'infection à VIH est le premier facteur de risque de pathologie respiratoire en Côte d'Ivoire. L'objectif de l'étude est d'actualiser le profil d'un patient infecté par le VIH en milieu pneumologique hospitalier.

Matériels et Méthode: Nous avons réalisé une étude rétrospective et analytique comparant les données des 1233 patients selon le statut VIH.

Résultats : la proportion des sujets infectés par le VIH a été de 41,20%. En cas d'infection par le VIH, le taux de lymphocytes T CD4 a été inférieur à 200/mm³ dans 63,1% des cas. En analyse multivariée, le sujet infecté par le VIH a été le sujet de moins de 45 ans [OR= 0,368 (0,187 – 0,726)]. Comme signes fonctionnels en cas d'infection, la toux a été plus fréquente [2OR= 2,893 (1,450 – 5,773)] contrairement à l'hémoptysie [OR= 0,300 (0,095 – 0,946)] et à la douleur thoracique [OR= 0,204 (0,097 – 0,427)]. La pathologie infectieuse en cas d'infection VIH a représenté 90,2%

(231/256) des diagnostics contre 84% (321/382) en absence d'infection VIH [$P < 0,001$; OR = 1,756 (1,070-2,881). La pneumopathie aigue venait en seconde position avec 10,3% (27/261) chez les patients VIH positif contre 21,3% (68/319) chez les sujets non infectés ($P < 0,001$). L'anémie sévère a été associée positivement à l'infection VIH [OR = 2,661 (1,148 – 6,170)] tout comme la mortalité hospitalière [OR = 1,346 (1,130 – 2,811)].

Conclusion : le sujet infecté par le VIH en milieu pneumologique d'Afrique au sud du Sahara présente des particularités en rapport certainement avec le diagnostic tardif.

AD4-13

Connaissances et attitudes thérapeutiques des médecins généralistes vis-à-vis de l'asthme à Douala et Yaoundé

W. G. M. Mbanjo¹, B. H. N. Mbatchou^{2,3}, E. Afane-Ze⁴

¹Université des Montagnes, Bangangté, Cameroun

²Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

³Service de Médecine Interne, Hôpital Général de Douala

⁴Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1

Introduction : Malgré l'existence des recommandations internationales sur la prise en charge de l'asthme, sa prise en charge reste sous optimale. Le but de ce travail était d'évaluer les connaissances et attitudes thérapeutiques des médecins Généralistes vis-à-vis de l'asthme au Cameroun.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une enquête descriptive réalisée à Douala et Yaoundé du 5^{er} avril au 31 Juin 2014 auprès de 147 médecins généralistes. Les données recueillies concernaient l'évaluation initiale de l'asthme, les traitements, le contrôle de l'asthme à partir d'un cas clinique proposé ainsi que les données relatives aux connaissances et à l'utilisation des dispositifs d'inhalation

Résultats : L'âge moyen des participants était de $29,46 \pm 4,5$ ans. Les femmes représentaient 55,1% de l'effectif. La médiane de la durée dans la profession était de 2 ans. Le débimètre de pointe était utilisé par 4,1% des médecins tandis que 13,6% demandaient toujours une spirométrie dans l'évaluation initiale de l'asthmatique. L'évaluation adéquate du contrôle de l'asthme était retrouvée chez 49% des médecins. Sur 78,2% des médecins déclarant avoir une parfaite maîtrise de l'aérosol doseur, 30% avaient réalisé une parfaite démonstration de son utilisation.

Conclusion : La prise en charge de l'asthme par les médecins généralistes au Cameroun reste sous-optimale. Des enseignements post-universitaires s'avèrent nécessaires pour améliorer la prise en charge de l'asthme.

AD4-14

Evaluation des facteurs influençant l'observance au traitement de fond chez les patients asthmatiques au Cameroun

B. H. N. Mbatchou^{1,3}, E. W. Pefura Yone², M. Mama³, U. Olinga², B. Tengang⁴, E. Nyankiyé I⁵, E. Afane-Ze², C. Kuaban⁶

¹Service de Médecine Interne, Hôpital Général de Douala, Cameroun

²Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

³Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun

⁴Centre des Maladies Respiratoires, Douala, Cameroun

⁵Cabinet de Pneumologie d'Akwa, Douala, Cameroun

⁶Faculty of Health Sciences, University of Bamenda, Cameroun

Auteur correspondant: B. H. N. Mbatchou, mbatchou.ngahane@yahoo.com

Introduction: Plusieurs travaux ont montré que l'observance au traitement de fond antiasthmatique est un facteur de risque de contrôle de l'asthme. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés à une faible observance au traitement de fond de l'asthme.

Matériels et Méthode: Une étude transversale a été réalisée du 1er Novembre 2012 au 31 Mai 2013 dans 4 unités de consultations externes de Pneumologie au Cameroun. Les patients asthmatiques âgés de 12 ans et plus et sous traitement de fond antiasthmatique étaient inclus. Les données étaient collectées au cours d'une interview. L'observance au traitement était évaluée grâce au score de Morisky à 8 items. Une analyse logistique multivariée avaient permis d'identifier les facteurs associés à une faible observance thérapeutique.

Résultats: Parmi les 201 patients inclus dans ce travail, 133 (66,2%) étaient de sexe féminin. L'âge moyen des participants était de 41,2 ans et 56 (28,4%) étaient couverts par une assurance maladie. Soixante un (30,3%) des patients n'avaient pas consulté leur pneumologue au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la faible observance était de 44,8% (IC 95% 37,3 – 51,2). L'absence de consultation chez le pneumologue au cours des 12 mois précédant l'étude était le seul facteur indépendamment associé à la faible observance au traitement de fond de l'asthme.

Conclusion: L'observance au traitement de fond de l'asthme au Cameroun est faible et pourrait être améliorée par l'éducation des patients sur l'importance du traitement de fond et si ces derniers respectent les consultations planifiées.

AD4-15

Les allergies respiratoires chez les travailleurs de trois boulangeries industrielles à Dakar

M. Ndiaye, M. Souma, M. L. Sow

Service de Médecine Légale et du Travail, FMPO, UCAD, Sénégal

Auteur correspondant : M. Ndiaye,
drmorndiaye@yahoo.fr

Introduction : Le but de cette étude était de déterminer la prévalence des allergies respiratoires chez ces travailleurs et préconiser des mesures préventives adaptées.

Matériels et Méthode: Etude transversale descriptive menée durant le mois de mai 2015 auprès des travailleurs de trois boulangeries industrielles de Dakar et basée sur un questionnaire anonyme, les investigations cliniques et paracliniques liées aux manifestations allergiques respiratoires et les observations des situations réelles de travail.

Résultats : La population d'étude comprenait 72 travailleurs (45 boulangers, 17 vendeurs, 10 administratifs) avec un âge moyen de 34,5 ans (extrêmes de 21 et 53 ans). Le sex ratio était de 3,2 en faveur des hommes. L'ancienneté moyenne dans la profession était de 7,4 ans (extrêmes de 3 et 25 ans). Les questionnaires avaient permis de noter 13 cas de rhinite, 11 cas d'asthme et de rhinite, 5 cas de toux spasmodique alors que la clinique et spirométrie le diagnostic de 13 cas d'asthme. Les prick tests aux pneumallergènes et l'interrogatoire avaient permis le diagnostic de 7 cas de rhinite, 9 cas d'asthme et le dosage des Ig E spécifiques 2 cas d'asthme. Au total, 18 cas d'allergie respiratoire (7 cas de rhinite et 11 cas d'asthme) soit une prévalence de 25% et 5 cas d'atopie étaient diagnostiqués.

Conclusion : Cette prévalence d'allergies respiratoires montre l'importance des visites médicales d'embauche, des visites médicales périodiques, de la réorientation professionnelle des atopiques et de la déclaration en maladies professionnelles.

AD4-16

Prévalence de *Pneumocystis jirovecii* chez les patients VIH positifs présentant des symptômes respiratoires sous prophylaxie au cotrimoxazole.

J. I. Nyandja¹, G. P. Ngaba^{1,2}, B. H. N. Mbatchou^{1,3}, N. R. T. Touoquem¹, D. Adiogo¹

¹Université de Douala, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Cameroun.

²Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Douala, Cameroun.

³Hôpital Général de Douala, Cameroun.

Introduction: Le cotrimoxazole constitue le traitement de première intention, utilisé aussi bien à visée curative que préventive de la pneumocystose. Le but de ce travail était de déterminer la prévalence du *Pneumocystis jirovecii* chez les patients VIH positifs, sous prophylaxie au cotrimoxazole et présentant des symptômes respiratoires.

Matériels et Méthode: Nous avons effectué une étude transversale de Novembre 2014 à Mai 2015

au Centre de Pneumo-Phthisiologie de Douala et à l'hôpital de district de Bonassama. Ont été inclus dans l'étude, les patients immunodéprimés au VIH âgés de 18 ans et plus, sous prophylaxie au cotrimoxazole et présentant des symptômes respiratoires. Une expectoration induite était réalisée chez tous les patients et la recherche de *Pneumocystis jirovecii* dans les crachats était faite après à une coloration au May-Grunwald-Giemsa.

Résultats: L'âge moyen des 108 participants était de 41 ans, le sexe féminin était le plus représenté (72%). La plupart des patients (59,3%) étaient infectés par le VIH depuis au moins 3 ans. Un taux de CD4 < 200/mm³ était observé chez 28,7% des patients. Tous les patients présentaient une toux. La prévalence de *Pneumocystis jirovecii* était de 18,5% (IC 95%). Le tiers des patients ayant un nombre de CD4 < 200/mm³ était infecté par *Pneumocystis jirovecii* contre 11,4% chez ceux ayant plus de 200/mm³. Le seul facteur associé à la présence de *Pneumocystis jirovecii* (P=0,031) était un nombre de CD4 inférieur à 200/mm³.

Conclusion: une proportion significative de patients VIH positifs est porteuse de *Pneumocystis jirovecii* malgré la prophylaxie au cotrimoxazole.

AD4-17

Etude de la prévalence du syndrome d'Apnée obstructif du Sommeil au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO).

G. Ouedraogo, A. R. Ouedraogo, K. Boncounou, G.

Badoum, S. Diallo, M. Ouédraogo

Service de pneumologie - Centre Hospitalier

Universitaire Yalgado Ouédraogo

Auteur correspondant : G. Ouedraogo,

georges.ouedraogo@yahoo.fr

Introduction : Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est une pathologie grave, en tant que facteur de risque cardiovasculaire majeur mais aussi par ses répercussions diurnes. Il apparaît donc important de connaître la prévalence de ce syndrome au Burkina Faso, où peu d'études épidémiologiques ont été réalisées à ce sujet. Le but de notre étude était de déterminer la prévalence des symptômes du SAOS dans la population générale au Burkina Faso.

Matériels et Méthode: Etude transversale à visée descriptive et analytique réalisée du 01 septembre au 31 octobre 2014 et a inclus les accompagnants adultes de patient en consultation externe au Centre Hospitalier Universitaire-Yalgado Ouedraogo.

Résultats : 311 personnes ont été enquêtés avec un sexe ratio de 1,43, l'âge moyen de 31,8± 8,2 ans et un l'indice de masse corporelle moyen était de 23,1 ± 3,7 kg/m². On retrouvait chez les enquêtés une hypertension artérielle chez 3,8%, une somnolence diurne excessive chez 4,5%, des ronflements chez 24,8%, des étouffements nocturnes chez 9,6%. La prévalence d'une forte suspicion du SAOS était de 9,6%.

Conclusion : La prévalence des symptômes des SAOS est importante dans notre étude. L'accès à la polysomnographie ou à défaut à la polygraphie ventilatoire, qui sont les moyens de diagnostic de référence du SAOS, permettrait une confirmation en vue de proposer un traitement adéquat.

AD4-18

Sensibilisation aux allergènes respiratoires perannuels et risque d'asthme chez l'adulte à Yaoundé, Cameroun : Etude cas-témoin

E. W. Pefura-Yone^{1,2}, A. D. Balkissou^{1,2}, D. V. Metchoum³

¹Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

²Hôpital Jamot de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

³Institut Supérieur de Technologie Médicale, Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant: E. W. Pefura-Yone, pefura2002@yahoo.fr

Introduction: Peu d'études se sont intéressées aux facteurs de risque atopiques d'asthme en Afrique. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs de risque atopiques perannuels associés à l'asthme à Yaoundé.

Matériels et Méthode: Dans cette étude cas-témoins, le profil de sensibilisation aux pneumallergènes de 164 sujets adultes asthmatiques âgés d'au moins 19 ans a été comparé à celui de 103 sujets adultes témoins sans antécédents ni histoire de maladie allergique. Le diagnostic d'asthme a été posé par un spécialiste en maladie respiratoire et les patients asthmatiques consécutivement inclus de janvier 2012 à juillet 2013 (18 mois) à l'Hôpital Jamot de Yaoundé(HJY). Les sujets témoins ont été recrutés parmi les malades de l'HJY et leurs accompagnateurs.

Résultats: La proportion des sujets de sexe féminin était de 67,7% dans le groupe asthme et de 37,9% dans le groupe témoin ($p < 0,001$). L'âge moyen (écart-type) des sujets asthmatiques était de 43,5(17,2) ans et celui des sujets témoins de 36,8(11,4) ans ($p = 0,004$). La sensibilisation à au moins un allergène perannuel a été retrouvée chez 115(70,1%) asthmatiques et chez 41(39,8%) sujets témoins ($p < 0,001$). En analyse multivariée, la sensibilisation aux phanères de chat et de chien, à l'alternaria, à la blatte germanique et aux graminées n'était pas associée à l'asthme. Par contre, la sensibilisation aux acariens *Dermatophagoïdes pteronyssinus* [OR (IC à 95%): 5,33(2,02-14,05)] et *Blomia tropicalis* [6,16(2,35-16,06)] était associée de façon significative à l'asthme.

Conclusion: La sensibilisation aux acariens est le principal facteur de risque atopique de l'asthme à Yaoundé.

AD4-19

Portage d'*Aspergillus spp* chez les VIH positifs aux antécédents de tuberculose pulmonaire à Douala

N. R. T. Tououguem¹, G. P. Ngaba^{1,2}, B. H. N. Mbatchou^{2,3}, J. Nyandja¹, F. X. Mboppi-Keou⁴

¹Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

²Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Douala, Cameroun.

³Service de Médecine Interne, Hôpital Général de Douala, Cameroun.

⁴Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant : N. R. T. Tououguem, nikiroxtt@gmail.com

Introduction : L'infection à VIH et les séquelles de tuberculose constituent des terrains favorables à la colonisation par *Aspergillus spp*. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence d'*Aspergillus spp* chez les patients VIH positifs aux antécédents de tuberculose pulmonaire.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée de Novembre 2014 à Mai 2015 et qui portait sur les dossiers des patients VIH positifs ayant été traités pour tuberculose pulmonaire au centre de pneumo-phtisiologie de l'hôpital Laquintinie de Douala et à l'hôpital de district de Bonassama. La mise en évidence d'*Aspergillus spp* a été faite par culture sur milieu de Sabouraud chloramphénicol sur des prélèvements de crachats induits. La recherche des facteurs associés à la colonisation aspergillaire était faite grâce à une modèle de régression logistique.

Résultats : La population d'étude était constituée de 95 patients âgés de 41,85 ans en moyenne et dont les femmes représentaient 63,2%. Les fermiers représentaient 28,4% des participants. L'examen mycologique après culture sur milieu de Sabouraud chloramphénicol a été positif chez 22 patients sur 95 soit une prévalence de 23,2%. Les espèces les plus retrouvées étaient *Aspergillus terreus* et *Aspergillus flavus* avec une fréquence de 6,3% respectivement. La douleur thoracique était le seul facteur associé à la colonisation par *Aspergillus spp*.

Conclusion : *Aspergillus spp* survient de manière fréquente chez les patients VIH positifs aux antécédents de tuberculose pulmonaire. *Aspergillus terreus* et *Aspergillus flavus* sont les espèces les plus fréquentes chez ces patients dans la ville de Douala.

Organisateurs

- Société Africaine de Pneumologie de Langue Française (SAPLF)
- Société Camerounaise de Pneumologie (SCP)

Partenaires

- Espace Francophone de Pneumologie (EFP)
- Hôpital Jamot de Yaoundé
- Association Franco-Africaine de pathologie respiratoire (AFA-Respir)
- Agence Prodipharm
- Laboratoire GSK
- Laboratoire Astra Zeneca
- Laboratoire Bayer
- Laboratoire SANOFI
- Laboratoire SANOFI-PASTEUR
- Philips Respirationics
- Laboratoire IMEX
- Laboratoire Nyd



1^{er} anti-Xa direct par voie orale

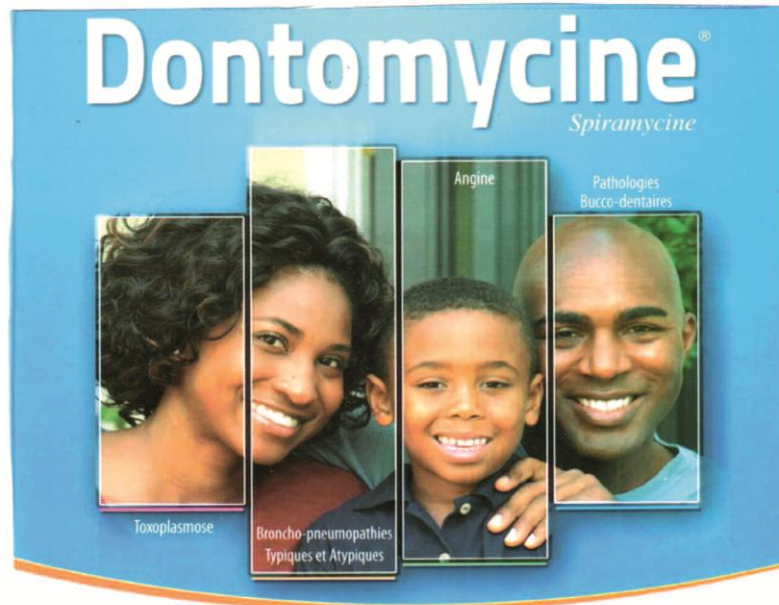
Xarelto[®]
rivaroxaban



Traitement des Embolies Pulmonaires (EP) et prévention des récides sous forme d'Embolies Pulmonaires chez l'adulte
(voir rubrique 4.4 du RCP pour les patients présentant une EP hémodynamiquement instable*)

* Patients présentant une EP hémodynamiquement instable ou patients nécessitant une thrombolyse ou une embolectomie pulmonaire : Xarelto[®] n'est pas recommandé comme alternative à l'héparine non fractionnée chez les patients présentant une embolie pulmonaire hémodynamiquement instable ou susceptibles de bénéficier d'une thrombolyse ou d'une embolectomie pulmonaire dans la mesure où la tolérance et l'efficacité de Xarelto[®] n'ont pas été établies dans ces situations cliniques





L'Antibiotique de Référence



Sécurité assurée
pour la mère et
le nouveau-né

Efficacité clinique
et éradication
bactériologique
démontrée

Fortes concentrations
dans les bronches
et les poumons

94% Guérison clinique
Dans les Pneumonies communautaires

100% Guérison clinique
Dans les EABC

