

Article original

Place de la tuberculose dans les étiologies de la détresse respiratoire aigue au service de Pneumo-physiologie de l'hôpital national Ignace Deen : prise en charge et évolution

Place of tuberculosis in the etiologies of acute respiratory distress in the Pneumo-physiology department of the Ignace Deen National Hospital: cost and evolution

MH Camara*^{1,2}, TH Diallo², ML Camara², MH Bah², TM Bah², M Tall², AO Barry², TO Tounkara², A Bangoura², A Camara², LM Camara^{1,2}

Résumé

Introduction : Les insuffisances respiratoires aiguës, comme toutes les urgences vitales, reflètent simultanément le problème de leur diagnostic étiologique et de leur prise en charge thérapeutique. L'objectif était de documenter la prise en charge et l'évolution des patients tuberculeux en détresse respiratoire au service de pneumo-physiologie Ignace Deen.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de neuf mois (1er Juillet 2019 au 31 Mars 2020) portant sur les patients hospitalisés pour détresse respiratoire au service de pneumo-physiologie de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry.

Résultats : Nous avons enregistré 187 patients en détresses respiratoires avec une fréquence de 37,10 %. La tranche d'âge la plus touchée était 56 - 65 ans soit (25,67 %). L'âge moyen était de 46,14 ± 17,96 ans. Une prédominance masculine (65,24 %) avec un sex-ratio (H/F) de 1,88 et provenait de Conakry (57,22%). La dyspnée (100%) avec polypnée superficielle (98,93%), tirage des parties molles (77%), agitation (11,76%) et l'incapacité à parler (10,70%) étaient

les principaux signes rencontrés. La tuberculose était l'étiologie la plus retrouvée (47,59%). Tous les patients ont bénéficié de l'oxygénothérapie en urgence (100%). La durée d'hospitalisation moyenne était de 27, 23 jours ± 22,49 et on avait enregistré (45,99%) de décès et (43,32%) améliorés.

Conclusion : La détresse respiratoire d'étiologie tuberculeuse est la plus fréquente en pneumo-physiologie et suivie par des pneumopathies bactériennes. C'est une urgence thérapeutique basée sur l'oxygénothérapie et d'antituberculeux ou antibiotiques non spécifiques. Cependant on notait un taux de mortalité élevé (46%) parmi nos patients malgré une durée de séjour prolongée.

Mots-clés : Détresse respiratoire, Tuberculose, Prise en charge, Conakry.

Abstract

Introduction: Acute respiratory failure, like all vital emergencies, simultaneously the problem of their etiological diagnosis and their therapeutic management. The objective was to document the management and evolution of tuberculosis patients

in respiratory distress in the pneumo-physiology department of the Ignace Deen National Hospital.

Methodology: This was a nine-month descriptive cross-sectional study (July 1, 2019 to March 31, 2020) of patients hospitalized for respiratory distress in the pneumophysiology department of Ignace Deen National Hospital.

Results: We recorded 187 patients in respiratory distress with a frequency of 37.10%. The most affected age group was that of 56 - 65 years (25.67%). The mean age was 46.14 ± 17.96 years. A male predominance (65.24%) with a sex ratio (M/F) of 1.88 and originating from Conakry (57.22%). Dyspnea (100%) with superficial polypnea (98.93%), tightness of the soft parts (77%), agitation (11.76%) and inability to speak (10.70%) were the main signs encountered. Tuberculosis was the most found etiology (47.59%). All patients received emergency oxygen therapy (100%). The average length of hospitalization was $27.23 \text{ days} \pm 22.49$ and we recorded (45.99%) death and (43.32%) improvement.

Conclusion: Respiratory distress of tuberculous etiology is the most frequent in pneumo-physiology and followed by bacterial pneumopathies. This is a therapeutic emergency based on oxygen therapy and non-specific antituberculosis or antibiotics. However, there was a high mortality rate (46%) in our patients despite prolonged length of stay.

Keywords: Respiratory distress, Tuberculosis, Management, Conakry.

Introduction

Les insuffisances respiratoires aiguës, comme toutes les urgences vitales, reflètent simultanément le problème de leur diagnostic étiologique et de leur prise en charge thérapeutique [1]. Le diagnostic de la détresse respiratoire est avant tout clinique : peu d'examen complémentaires sont nécessaires, et ceux-ci sont dominés par la mesure de la saturation périphérique en oxygène par un saturomètre, l'étude des gaz du sang par un prélèvement artériel

(gazométrie) et la radiographie pulmonaire [2]. Le traitement est basé en premier lieu sur l'apport supplémentaire en oxygène inhalé. Ceci peut être réalisé en premier temps par des lunettes à oxygène, un masque à haute concentration ou un système d'oxygénothérapie nasale à haut débit ; en cas d'échec on fait recours à une assistance ventilatoire (intubation orotrachéale ou trachéotomie) [2]. Dans le monde, la morbi-mortalité des malades présentant une détresse respiratoire reste élevée, atteignant 34 à 58 % [3]. Plus récemment Penner et coll. ont noté dans la littérature 71 cas d'insuffisance respiratoire aiguë d'origine tuberculeuse [4]. Au Taïwan, en 2018, Ya-Hsiang C.H.A.N. et coll. ont rapporté dans leur étude que 82,4% des 108 patients en détresse respiratoire admis en unité de soins intensif ont été traités par ventilation à pression contrôlée parmi lesquels on note 18,5% de décès [5]. Au Rwanda, Elisabeth D. et Coll. ont rapporté 42 cas de détresse respiratoire dont 21 (50%) ont été mis sous ventilation mécanique. Parmi les patients mis sous ventilation mécanique, il y a eu 7 (23,3%) décès et 14 (36,8%) survivants [6]. Ainsi la mortalité élevée, les complications engendrées par la détresse respiratoire, les difficultés liées à sa prise en charge et l'absence d'étude en Guinée ont motivé la présente étude.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif de neuf (09) mois allant du 1er Juillet 2019 au 31 Mars 2020 au service de pneumo-physiologie de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry. Elle portait sur tous les patients hospitalisés pour détresse respiratoire présentant des signes de dyspnée avec des signes de luttés (polypnée, tirage intercostal, battement des ailes du nez, respiration abdominale paradoxale...) associée à une Saturation périphérique en oxygène (SPO2) inférieure à 90 % à l'air ambiant et qui avaient accepté volontairement de participer à l'étude. La technique a été observationnelle qui débutait par les données recueillies sur la base de l'interrogatoire, l'examen clinique et les résultats de l'examen paraclinique. Nos

variables ont été sociodémographiques (âge, statut matrimonial, couche socioprofessionnelle), cliniques, para cliniques et thérapeutiques. Les données ont été analysées par le logiciel Epi info dans sa version 7.2.0.1.

Résultats

Nous avons enregistré 187 patients en détresse respiratoire (DR) sur 504 hospitalisés avec une fréquence de 37,10 %. La tranche d'âge la plus touchée était de 56 - 65 ans soit (25,67 %). L'âge moyen était de 46,14 ans \pm 17,96 avec des extrêmes allant de 15 à 98 ans. Le sexe masculin était le plus fréquent (65,24 %) avec un sex-ratio (H/F) de 1,88. Au plan socioprofessionnel les marchandes et les ménagères étaient les plus représentées respectivement (58,29 %) et (20,86%). Les (80,21 %) de nos patients étaient mariés et provenaient majoritairement de Conakry (57,22%). La tuberculose pulmonaire était l'antécédent le plus retrouvé chez nos patients avec une fréquence de (20,32%). Dans notre série tous les patients étaient dyspnéiques (100%), suivie de la toux (88,77%) et des douleurs thoraciques (38,50%). La polypnée superficielle (98,93%), le tirage intercostal et sus-claviculaire (77%), agitation (11,76%) et l'incapacité à parler (10,70%) étaient les principaux signes physiques rencontrés (Tableau I). La radiographie pulmonaire avait montré des lésions cavitaires (27,27%) des cas, l'opacité de type pleural (18,72%) et des lésions de fibrose (2,67%). La tuberculose était l'étiologie la plus retrouvée (47,59%) (Tableaux II), pneumopathie bactérienne (33,16%), exacerbation de BPCO (12,30%) et la pleurésie carcinomateuse (6,42%). L'oxygénothérapie était administrée à tous les patients (100%) (Tableau III), antituberculeux (57,59%) et antibiotique non spécifique (74,33%). La durée d'hospitalisation moyenne était de 27, 23 jours \pm 22,49 avec (45,99%) de décès et (43,32%) des cas d'amélioration.

Tableau I: Répartition des patients en fonction des signes physiques de gravité au service.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage (%)
Polypnée superficielle	185	98,93
Tirage intercostal et sus-claviculaire	144	77,00
Battement des ailes du nez	14	7,49
Inefficacité de la toux	17	9,09
Incapacité à parler	20	10,70
Cyanose	4	2,13
Agitation	22	11,76

Tableau II : Répartition des patients en fonction des étiologies au service.

Etiologies	Effectif	%
Pneumopathies bactériennes	62	33,16
Oedeme Aigu du Poumon	5	2,67
Embolie pulmonaire	5	2,67
Exacerbation de BPCO	23	12,30
Exacerbation d'Asthme	7	3,74
Pneumocystose	10	5,35
Tuberculose	89	47,59
Pleurésie carcinomateuse	12	6,42
Kaposi pulmonaire	2	1,07
Métastases pulmonaires	4	2,14
Anémie sévère	6	3,21

Tableau III : Répartition des patients en fonction du traitement administré au service.

Traitement	Effectif	Pourcentage(%)
Oxygénothérapie	187	100
Bronchodilatateur	30	16,87
HBPM	5	2,67
Lasilix	5	2,67
Solutés de Réhydratation	90	48,12
Drainage pleural	11	5,88
Ponction pleurale	29	15,51
Exsufflation	8	4,28
Antituberculeux	89	57,59
Corticothérapie	38	20,32
Antibiothérapie	139	74,33
Cotrimoxazole	38	20,32
Transfusion sanguine	6	3,21

Discussion

Durant la période de cette étude, nous avons enregistré 187 patients sur un total de 504 hospitalisés dans le service de pneumo-physiologie soit une fréquence de (37,10 %) de détresse respiratoire. Ce résultat est inférieur à ce trouvé par MI Wateba et coll [7] à Lomé en 2014 qui ont rapporté une fréquence hospitalière de (77%) de détresse respiratoire. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le niveau très important de l'atteinte pulmonaire (lésions cavitaires importantes, séquelles rétractiles, pleurésie,...). La tranche d'âge la plus touchée était de 56 - 65 ans soit (25,67 %). L'âge moyen était de 46,14 ans \pm 17,96 avec des extrêmes allant de 15 à 98 ans. Ces données sont similaires à celles de E. Faucher et coll. [8] qui dans leur étude portant sur l'insuffisance respiratoire aiguë: terrains particuliers, avaient rapporté une moyenne d'âge de 46 \pm 13 ans. Le sexe masculin était le plus représenté avec une fréquence de 65,24 % et un sex-ratio (H/F) de 1,88. Sur le plan socioprofessionnel les marchandes et les ménagères étaient les plus représentées respectivement (58,29 %) et (20,86%). Les (80,21 %) de nos patients étaient mariés et provenaient majoritairement de Conakry (57,22%). Ce grand nombre de patients en provenance de la capitale, s'expliquerait par le fait que c'est à Conakry où se trouve le seul service de référence des maladies respiratoires en Guinée. La tuberculose pulmonaire est l'antécédent le plus retrouvé chez nos patients avec une fréquence de (20,32%). Dans leur étude, N. GUEZA et coll. [9] avaient rapporté une fréquence de (33%) de détresse respiratoire chez des patients ayant des antécédents de tuberculose pulmonaire. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une tuberculose pulmonaire tardivement prise en charge guérirait au prix de séquelles invalidantes pouvant entraîner une détresse respiratoire [10]. Dans notre étude, tous les patients présentaient une dyspnée soit une fréquence de (100%), suivie de toux (88,77%). Ces données étaient comparables à celles de H. Haddaoui et coll. [11] au Maroc en 2018 qui avaient rapporté une prédominance de la dyspnée à (98 %), la toux et des

expectorations. Ces résultats illustrent bien le fait que la dyspnée soit la première manifestation des détresses respiratoires. La polypnée superficielle (98,93%), le tirage intercostal et sus-claviculaire (77%), agitation (11,76%) et l'incapacité à parler (10,70%) étaient les principaux signes physiques rencontrés dans notre série. La radiographie pulmonaire avait montré des lésions cavitaires (27,27%) des cas, l'opacité de type pleural (18,72%) et des lésions de fibrose (2,67%). Cette fréquence des anomalies radiologiques serait dû au retard diagnostique des pathologies à l'origine de la détresse notamment la tuberculose pulmonaire [12]. Certaines études avaient rapporté une incidence de (1,5%) de cas de détresse respiratoire aiguë sur pneumonie tuberculeuse chez des patients hospitalisés pour tuberculose pulmonaire [13]. Plus récemment C Perrin et coll. [4] avaient noté dans la littérature 71 cas d'insuffisance respiratoire aiguë d'origine tuberculeuse. Au cours de notre étude la tuberculose était l'étiologie la plus retrouvée avec une fréquence de (47,59%), pneumopathie bactérienne (33,16%), exacerbation de BPCO (12,30%) et la pleurésie carcinomateuse (6,42%). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la Guinée soit une zone endémique de la tuberculose et par conséquent la plus fréquente au service de pneumo-physiologie de l'hôpital national Ignace Deen. L'oxygénothérapie était le traitement administré à tous les patients (100%). La durée d'hospitalisation moyenne était de 27, 23 jours \pm 22,49. Ce résultat était supérieur à celui rapporté par Ranieri V.M. et Coll.[14] qui avaient trouvé une durée moyenne d'hospitalisation de 20 jours. Près de la moitié (45,99%) de nos patients hospitalisés étaient décédés et on notait une amélioration dans (43,32%) des cas. N. Maaroufi et coll. [15] dans leurs études portant sur le profil épidémiologique, clinique et pronostique des patients admis en salle d'accueil des urgences vitales pour insuffisance respiratoire aiguë non traumatique, avaient rapporté une mortalité de (22,36%) des cas. Ce taux de mortalité élevé non prédite dans notre série pourrait être en rapport avec : le niveau important des lésions pulmonaires des patients à l'admission

et donc un retard au diagnostic et au traitement de la tuberculose ; un retard à l'efficacité thérapeutique préjudiciable chez des patients dans un état sévère.

Conclusion

La détresse respiratoire d'étiologie tuberculeuse est la plus fréquente en pneumo-phtisiologie et suivie par des pneumopathies bactériennes. C'est une urgence thérapeutique basée sur l'oxygénothérapie et d'antituberculeux ou antibiotiques non spécifiques. Cependant on notait un taux de mortalité élevé (46%) parmi nos patients malgré une durée de séjour prolongée.

*Correspondance :

Mamadou Hawa Camara

camakams@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Novembre 2022

1 : Université Gamal Abdel Nasser de Conakry,
Faculté des sciences et techniques de la santé
2 : Hôpital national Ignace Deen, Service de
Pneumologie

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] G Jebrak. Insuffisance respiratoire aiguë. Démarches diagnostiques et thérapeutiques EMC- Médecine 1(6) 534-546
- [2] Chevrollet, J. C., Tassaux, D., Jolliet, P., Pugin, J. Syndrome de détresse respiratoire aiguë. EMC- Pneumologie, 2004; 1(4): 143-186.
- [3] Mancebo J, Fernandez R, Blanch L, Rialp G, Gordo F, Ferrer M. A multicenter trial of prolonged prone ventilation in severe acute respiratory distress syndrome, *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173 (1):1233–9.
- [4] Penner C, Roberts D, Kunimoto D, Manfreda J, Long J. Tuberculosis as a primary cause of respiratory failure requiring mechanical ventilation. *Amer J Respir Crit Care Med* 1995, 151: 867-872.
- [5] Ya-Hsiang C.H.A.N., Hua-Shuan W. U., Chih-Ching Y. E. N. et Campbell M. L. Psychometric evaluation of the Chinese Respiratory Distress Observation Scale on critically ill patients with cardiopulmonary diseases. *Journal of Nursing Research*, 2018; 26 (5): 340-347
- [6] Riviello E. D., Kiviri W., Twagirumugabe T., Mueller A., Banner-Goodspeed V. M. Officer L. et al. Hospital incidence and outcomes of the acute respiratory distress syndrome using the Kigali modification of the Berlin definition. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2016 ;193 (1): 52-59.
- [7] MI Wateba , S. Saka , O. Tidjani. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des varicelles graves de l'adulte et de l'enfant au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, Togo. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie* 2014 ; 2 :11-21.
- [8] Faucher E., Grateau A., Cour M., Hernu R., Argaud L. Insuffisance respiratoire aiguë: terrains particuliers. *Réanimation* ; 2013, 23 : S187-S191.
- [9] Gueza N., Bouhedda M., Lellou S. Vivre avec les séquelles de tuberculose. *Revue des Maladies Respiratoires* ; 2018, 35 : A181
- [10] Zaghba N., Yassine N., Boussehra A., Benjelloun H. Profil clinique et radiologique des séquelles de tuberculose. *Revue des Maladies Respiratoires*; 2017, 34 : A231-A232.
- [11] Haddaoui H., Zahraoui R., Soualhi M. Bourkadi J.E. Profil étiologique et évolutif des patients en insuffisance respiratoire chronique. *Revue des Maladies Respiratoires* ; 2018, 35 : A244-A245
- [12] Ouédraogo, A.R, Adjhoh, K.S, Fiogbé, A.A., Fielding, K., Eyéné-Eyéné, S. A., Adambounou, E.L. Retard diagnostique dans la tuberculose pulmonaire, Facteurs de risque important dans la survenue de séquelles fonctionnelles respiratoires à Conakry ; 2018, *Santé Publique*, 18(1) : 63-70.
- [13] Bakouh, O., Aniked, S., Boukarkadi, J. La pneumonie tuberculeuse : une nouvelle série de 27 cas. *The Pan African Medical*. 2014, 19: 1-4
- [14] Force, A.D.T, Ranieri, V.M, Rubenfeld, G.D., Thompson, B., Ferguson, N., Cadwell, E. Acute respiratory distress syndrome. *Jama* ; 2012, 307(23) :

2526-2533

- [15] Maaroufi.N, Aouadi.S. profil épidémiologique, clinique et pronostique des patients admis en salle d'accueil des urgences vitales pour insuffisance respiratoire aigüe non traumatique ; 2018, 18(2) : 55-70

Pour citer cet article

MH Camara, TH Diallo, ML Camara, MH Bah, TM Bah, M Tall et al. Place de la tuberculose dans les étiologies de la détresse respiratoire aigue au service de Pneumo-phtisiologie de l'hôpital national Ignace Deen : prise en charge et évolution. *Jaccr Infectiology* 2022; 4(4): 11-16