

Morbi-mortalité en pneumologie au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : place de la tuberculose

S. M. OUÉDRAOGO¹, S. KOUANDA², G. OUÉDRAOGO³, G. BADOUM³,
H. V. ACHI⁴, K. BONCOUNGOU¹, M. BAMBARA¹, P. J. OUÉDRAOGO¹,
S. M. DEMBÉLÉ⁵, M. OUÉDRAOGO¹

Résumé

Le service de pneumologie a vu accroître sa morbidité ces dernières années, et sa mortalité reste l'une des plus élevées parmi les services du CHU Yalgado Ouédraogo. Cette étude vise à mieux appréhender le profil épidémiologique, clinique, diagnostic et évolutif des patients admis dans le service afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients.

Il s'est agi d'une revue documentaire à partir de dossiers de patients hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina Faso entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2007.

Au total, 911 malades ont été recrutés. Nous avons noté une forte prévalence du VIH chez les patients testés (54,9 % ; 180/328). Les pathologies respiratoires (897 cas) étaient dominées par la tuberculose (43,3 % ; 389/897) et les pneumopathies aiguës à germes banals (25,6 % ; 230/897). Chez 17,1 % des patients (156/911) on notait des affections non pulmonaires associées. Elles étaient dominées par les affections cardiovasculaires (34 % ; 53/156) et les affections digestives (28,9 % ; 45/156). La mortalité était élevée (23,1 % ; 210/911). Près de la moitié des décès était attribuable à la tuberculose, soit 11,5 % ; (105/911) suivie du cancer broncho-pulmonaire (2,9 % ; 26/911) et des pneumopathies aiguës à germes banals (2,7 % ; 25/911). Les facteurs favorisant cette mortalité étaient variés : retard à la consultation, références inadaptées, indigence des malades, insuffisance de prise en charge, équipement inadéquat et absence d'éducation pour la santé.

Le renforcement du plateau technique, l'éducation pour la santé et l'adaptation des programmes de formation du personnel de santé (médecins, infirmiers) aux besoins immédiats en santé des populations pourraient permettre de réduire l'incidence et la mortalité liée aux affections respiratoires dont la tuberculose.

Mots clés : Morbi-mortalité, pneumologie, Burkina Faso.

¹ Service de médecine interne CHU Sanou Souro.

² Institut de recherche en sciences de la santé.

³ Service de pneumologie CHU Yalgado Ouédraogo.

⁴ Service de pneumologie CHU de Bouaké.

⁵ Programme national tuberculose.

Morbi-mortality within the Pneumology unit of CHU Yalgado Ouedraogo of Ouagadougou: place of tuberculosis

Abstract

The Pneumology Unit has increased its morbidity the last few years and its morbidity still is the highest among the health units of CHU Yalgado Ouédraogo. This study aims at arresting better the epidemiological, clinical, diagnosis and evolutionary profile of the patients admitted in the pneumology unit to assure a better coverage.

It's related to a documentary based on the file of the hospitalized patients in the Pneumology Unit of CHU Yalgado Ouedraogo of Ouagadougou, Burkina Faso from January 1, 2005 to December 31, 2007.

During the study period, 911 patients were selected. We noticed a high HIV prevalence with tested patients (54.9 % ; 180/328). Pathologies mostly happen to be tuberculosis (43.3 % ; 389/897) and acute Pneumopathies with unremarkable germs (25.6 % ; 230/897). 17.1 % (156/911) of the patients had a non respiratory affection, dominated by cardiovascular affection (34 % ; 53/156) and digestive affection (28.9 % ; 45/156). Mortality was high (23.1 % ; 210/911). Tuberculosis was the cause of nearly half of deaths (11.5 % ; 105/911), coupled with bronchopneumonia cancer (2.9 % ; 26/911) and acute Pneumopathies with unremarkable germs (2.7 % ; 25/211). The factors involved in death situations were various such as delayed visits, inadequate references, low income of patient, poor case management, lack of relevant equipment and lack of education on health.

Strengthening of the technical tray, providing health education and upgrading skills of health personnel (doctors, nurses) taking into account needs for health of populations could contribute to reduce the mortality and the mortality due to respiratory diseases managed in the pneumology unit of CHU Yalgado Ouedraogo.

Keywords: Morbi-morbidity, Pneumology, Burkina Faso.

Introduction

Le service de pneumologie a vu sa fréquentation augmenter ces dernières années et sa mortalité reste l'une des plus élevées parmi les services du CHU Yalgado Ouédraogo CHU-YO [1]. Ceci serait imputable entre autres à la recrudescence de la tuberculose due à la pandémie du VIH/SIDA. Ainsi il nous a paru important de déterminer le profil épidémiologique, clinique, diagnostic et évolutif des patients admis dans le service de pneumologie afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge adéquate des malades dans ce service.

Patients et méthode

Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive, qui s'est déroulée sur deux ans du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2007. Elle a été menée dans le service de Pneumo-phi-tiologie du CHU Yalgado Ouédraogo. Tous les dossiers de patients admis durant la période d'étude ont été retenus. Un questionnaire élaboré à cet effet a permis le recueil des variables. Ces questionnaires étaient complétés par des étudiants de 7ème année de Médecine. Les dossiers non retenus étaient ceux où le diagnostic de sortie n'était pas précisé et/ou l'évolution (décès, guérison), et ceux où certaines variables qualitatives et/ou quantitatives de croisement n'y figuraient pas (données manquantes). Ces dossiers étaient donc inexploitable. Les variables quanti-

tatives et qualitatives répertoriées étaient de type : épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, évolutifs et thérapeutiques.

Les données ont été saisies à partir du logiciel EPIDA et analysées à partir d'EPI INFO version 3.5.3. Le test de Student et modifié de Yates ont été utilisés pour l'analyse des variables quantitatives continues (moyennes, écart type) et ANOVA pour les analyses multi variées. Le test de KHI2 de Person pour l'analyse des variables qualitatives et certains croisements. Nous avons obtenus l'assentiment du comité scientifique du CHU Yalgado Ouédraogo avant le démarrage de l'étude. Le seuil de significativité retenu pour notre étude était de 0.05 avec un intervalle de confiance de 95 %.

Résultats

Caractéristiques des cas concernés par l'étude. Durant la période concernée par l'étude, 1187 patients ont été admis dans le service parmi lesquels 911 (76,7 %) ont été inclus. Les patients de sexe masculin ont représenté 64,1 % des admissions soit une sex-ratio de 1,8 :1. L'âge moyen était de $44,4 \pm 16,6$ ans avec des extrêmes de 14 et 100 ans. Aussi, 59,9 % des patients avaient un âge compris entre 20 et 49 ans. Les femmes au foyer représentaient 29,5 % de notre échantillon d'étude et les cultivateurs 20,3 %. Parmi nos patients, 532 (76,9 %) provenaient des zones urbaines, la profession dominante était les agents commerciaux du secteur informel soit 48,3 %.

Les types de pathologie et les proportions de décès retrouvés. La mortalité a été forte (23,1 % ; 210/911).

Des antécédents médicaux, le tabagisme a été retrouvé chez 232 (25,5 %) patients dont 32 femmes. La consommation régulière d'alcool a été observée chez 177 (19,4 %) patients.

La sérologie VIH. Au total 328 (36 %) patients avaient réalisé la sérologie VIH. Elle était positive chez 180 (54,9 %) d'entre eux. Les patients jeunes (20 à 49 ans) étaient les plus infectés (86,1 %). Aussi, 51 % des patients infectés par le VIH de notre série étaient des tuberculeux.

Les données du diagnostic retenu en fin d'hospitalisation révèlent la prédominance de la tuberculose (43,3% ; 389/897) dans les affections respiratoires, dont 78,7 % (306/389) de localisation pulmonaire ; les pneumopathies aiguës à germes banals (25,6% ; 230/897) ; les pleurésies à germes banals (8,5 % ; 76/897). Parmi les affections respiratoires le cancer broncho-pulmonaire occupait un taux de 4,6 % (41/897).

Au total 170 patients (18,6 % ; 170/911) avaient une pathologie non respiratoire respectivement associée 156 et isolée 14). Parmi les pathologies non respiratoires isolées (14 cas) le mal de Pott et la tuberculose ganglionnaire avaient des taux identiques de 28,7 % (4/14). Un certain nombre de patients 17,1 % (156/911) présentaient une association d'une pathologie respiratoire avec une pathologie non respiratoire dont les affections cardiovasculaires (34 % ; 53/156) et les affections digestives (28,9 % ; 45/156).

Parmi les pathologies respiratoires le cancer broncho-pulmonaire était retrouvé chez 41 patients soit un taux de 4,6 % (41/897).

L'évolution. La durée moyenne d'évolution avant l'hospitalisation était de 65,1 jours. La tuberculose a été responsable de près de la moitié des décès avec 105 cas (11,5 %) suivies des cancers broncho-pulmonaires avec 26 cas (2,9 %) et des pneumopathies aiguës à germes banals avec 25 cas (2,7 %) comme diagnostic principal à la sortie.

Discussion

Le caractère rétrospectif, de cette étude, nous a confronté à un certain nombre de difficultés dont essentiellement les dossiers non retrouvés ou incomplets. En effet, 128 dossiers retrouvés étaient inexploitablement tandis que 148 dossiers restaient introuvables. Ceci a pu introduire des biais dans l'interprétation de nos résultats.

Les malades de notre échantillon étaient majoritairement des sujets jeunes : 59,9 % des patients avec un âge compris entre 20 et 49 ans. Des résultats semblables ont été rapportés par OUEDRAOGO *et al.* [2] dans le même service chez des patients tuberculeux en 1999 (61,5 % des patients) et ZOUBGA *et al.* [3] dans le service de pneumologie du CHU Sanou Souro de Bobo-Dioulasso (67 % des patients admis). Cette prédominance des sujets jeunes s'expliquerait d'une part, par la jeunesse de la population générale du Burkina Faso et d'autre part, par le fait que cette tranche d'âge est la plus exposée aux facteurs de risques d'affections respiratoires (VIH, tabagisme et alcoolisme) [3, 4].

Les ménagères et les cultivateurs ont représenté respectivement 29,5 % et 20,3 % des patients hospitalisés ; faisant de cette catégorie socioprofessionnelle, la plus exposée aux maladies respiratoires dans notre série. ZOUBGA *et al.* [3] ont fait la même observation en rapportant 61,3 % de ménagères et de cultivateurs à Bobo-Dioulasso. Ce constat laisse penser que le bas niveau socio-économique, l'analphabétisme, la promiscuité et le retard à la consultation qui caractérisent cette couche sociale la rendraient plus vulnérable

L'infection à VIH, le tabagisme et l'alcoolisme constituent des principaux facteurs de risque de maladies respiratoires [3,4]. Le tabagisme était présent chez 34,3 % des hommes et 9,8 % des femmes hospitalisés. Nos résultats sont proches de ceux de STEEN *et al.* [5] qui ont rapporté des prévalences du tabagisme allant de 18 % à 45 % chez les hommes et de 0,4 % à 5 % chez les femmes au Botswana. L'influence du tabagisme a été établie et rapporté dans la survenue et la gravité des affections respiratoires par différents auteurs [2, 3, 6, 7].

Il est établi que l'infection à VIH a contribué à la recrudescence de nombreuses maladies respiratoires [8]. En effet des auteurs [9, 10] ont montré que les infections respiratoires dont la tuberculose, constituaient les principales infections opportunistes au cours de l'infection à VIH/SIDA.

La tuberculose a constitué le premier motif d'hospitalisation avec 43,3 %. La prédominance de la tuberculose parmi les affections respiratoires en milieu hospitalier a été également rapportée par KAYANTAO *et al.* [11] au Mali (80,17 %) et STEEN [5] au Botswana (41 %). Ceci serait dû à la forte endémicité de la tuberculose dans les pays africains mais aussi à la forte prévalence du VIH. En effet, la tuberculose constitue la principale affection opportuniste au cours de l'infection à VIH dans les pays à forte prévalence tuberculose/VIH avec 20,3 % rapporté par OUEDRAOGO *et al.* [10] à Abidjan. L'infection par le VIH est de nos jours le facteur de risque le plus important que l'on connaisse dans l'apparition d'une tuberculose [9]. En effet 51 % des patients de notre série infectés par le VIH étaient des tuberculeux.

La localisation pulmonaire de la tuberculose a été la plus fréquente avec 78,7 % des cas. KAYANTAO *et al.* ont fait le même constat en rapportant 75,7 % de localisation pulmonaire [11]. Cette prédominance de la localisation pulmonaire expliquerait en partie la forte prévalence de la tuberculose car elle représente la forme susceptible d'être contagieuse et donc la plus importante au plan épidémiologique.

Les pneumopathies aiguës à germes banals ont représenté 25,6 % des admissions. Nos résultats sont proches de ceux retrouvés par ZOUBGA *et al.* à Bobo-Dioulasso qui ont rapporté un taux de 20,8 % [3]. Cette prévalence importante pourrait être due au fait que les infections des voies respiratoires basses sont le plus souvent consécutives aux infections des voies respiratoires hautes (rhinites, angines, rhinopharyngites...). Ces infections sont souvent banalisées par la population par ignorance ou par manque de moyens.

Les pleurésies à germes banals ont constitué 8,5 % des admissions. Nos résultats sont identiques à ceux rapportés par Lankoandé en 1999 dans le même service (8,2 % des admissions) [4]. L'atteinte pleurale pourrait être le reflet d'un long délai de consultation ou d'une prise en charge inadaptée, responsable d'une diffusion des pneumopathies infectieuses. Cette affection pourrait voir son incidence baisser par l'utilisation d'une antibiothérapie précoce et adaptée.

Les cancers broncho-pulmonaires ont représenté 4,6 % des pathologies respiratoires. Nos résultats sont proches de ceux de GRANT *et al.* [12] qui ont rapporté une incidence de 3 % au CHU de Treichville à Abidjan. Cette faible prévalence n'est probablement pas liée à la rareté de la maladie mais serait due à une insuffisance diagnostique dans les pays en voie de développement où l'importance du tabagisme est en passe d'égaliser celle des pays occidentaux. En effet la relation tabagisme et cancer bronchique a été rapporté par de nombreux auteurs [11, 13, 14, 15, 16].

Les patients admis ont présenté dans 18,6 % des cas une affection non respiratoire associée. Les affections cardiovasculaires ont été les plus associées aux affections respiratoires (34 %) suivies des affections digestives (28,9 %). Cette situation serait due d'une part au retentissement des affections respiratoires sur le système cardiovasculaire et d'autre part aux complications pulmonaires évolutives de certaines affections cardiovasculaires. Aussi la forte prévalence dans notre étude de l'infection à VIH, grande pourvoyeuse d'affections opportunistes digestives [10] pourrait également expliquer la fréquence de ces affections.

Les pathologies non respiratoires isolées ont représenté 1,5 % des hospitalisations et étaient dominées par les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose (Mal de Pott, tuberculose ganglionnaire). Force est de noter que ces références inadaptées des malades sont sources de retard de prise en charge à l'origine de nombreux décès. Aussi le transfert à tort de forme clinique de tuberculose qui ne relève pas du service de PPH est responsable d'une prise en charge insuffisante. En effet Ouédraogo M.L. à travers une étude sur la mortalité précoce dans le service de PPH a montré que les décès liés aux maladies non respiratoires représenteraient 17,1 % de tous les décès enregistrés pendant la période de son étude.

Le taux de mortalité globale était de 23,1 % soit près du quart des patients hospitalisés dans le service de pneumologie. Cette mortalité a été dominée par la tuberculose (11,5 % des décès) avec un taux de létalité de 24 %. KANG'OMBE *et al.* [17] au Malawi et GRANT *et al.* [12] à Abidjan ont rapporté des résultats similaires avec des taux de létalité respectifs de 23,7 % et 21 % en milieu hospitalier. Cette situation serait le fruit d'un diagnostic tardif chez des patients le plus souvent co-infectés d'une part et d'autre part d'une résistance de plus en plus importante résul-

tant d'une mauvaise observance du traitement et l'incapacité de réaliser systématiquement des tests de sensibilité aux différents antituberculeux chez les patients.

En effet OUÉDRAOGO *et al.* [18] ont montré que 31 % des patients tuberculeux, pour des raisons financières ou contextuelles (croyance et/ou ignorance), avaient recours en première intention à l'automédication, aux tradipraticiens et aux charlatans avant la consultation dans les structures sanitaires, ce qui contribuait à un retard de diagnostic. Aussi SANOU *et al.* [19] ont montré que les patients ayant des symptômes suggestifs de la tuberculose utilisent les centres de santé en dernier recours et quand ils sont sous traitement, les patients tuberculeux rencontrent de nombreuses difficultés pour prendre régulièrement leurs médicaments.

Les cancers broncho pulmonaires ont été responsables d'un taux de mortalité de 2,9 % et un taux de létalité de 83,9 %. Cependant cette létalité serait plus élevée quand on sait que le reste des malades est sorti contre avis médical et a probablement succombé en dehors des services de santé.

Les pneumopathies aiguës à germes banals ont représenté la 3^e cause de mortalité avec un taux de 2,7 % et un taux de létalité de 10,9 %. Des résultats identiques ont été rapportés par KAYANTAO *et al.* [11] et ZOUBGA *et al.* [3] qui ont enregistré des taux de létalité de 9,1 % et de 9,43 %. Cette mortalité importante serait due au fait que les pneumopathies aiguës infectieuses surviennent fréquemment dans les états d'immunodépression notamment au cours de l'infection à VIH et chez les personnes âgées qui sont assez vulnérables [2, 10, 12].

Les pleurésies à germes banals ont occasionné 2,5 % des décès avec un taux de létalité de 19,7 %. Dabilgou [20] en 2002 a rapporté une létalité inférieure (6,34 %). Cette létalité s'expliquerait par l'importance des tares associées (anémie sévère, cardiopathie, et infection à VIH), la consultation tardive mais aussi par l'inaccessibilité au drainage chirurgical qui présente un coût élevé dans notre contexte.

Conclusion

La morbidité dans le service de pneumologie du CHU-YO a été largement dominée par la tuberculose et les pneumopathies aiguës à germes banals. Les pathologies cardiovasculaires étaient les plus associées aux affections respiratoires suivies des affections digestives. La mortalité était forte, imputable d'une part au VIH, d'autre part à l'incapacité de réaliser systématiquement des tests de sensibilité aux différents antituberculeux chez les patients et enfin à une prise charge tardive de patients généralement indigents. Aussi, le renforcement du plateau technique, l'éducation pour la santé et l'adaptation des programmes de formation du personnel de santé (médecins, infirmiers) aux besoins immédiats en santé des populations pourraient permettre de réduire l'incidence et la mortalité liée aux affections respiratoires dont la tuberculose.

Références bibliographiques

- 1- Direction des Etudes et de la Planification. Annuaire statistique de la santé 2007. Ministère de la santé Burkina Faso 2008 ; 247 p
- 2- OUÉDRAOGO M., OUÉDRAOGO S.M., TOLOBA Y., KOUANDA S., LOUGUÉ C., BONCOUNGOU K., BADOUM G., KOSHINGA B.A. Pneumonie tuberculeuse en zone de forte prévalence tuberculose / VIH. Mali Médical 2006 ; 21 : 32-5.
- 3- ZOUBGA A.Z., OUÉDRAOGO M., BONCOUNGOU K., KY C., OUÉDRAOGO S.M., OUÉDRAOGO G., BAMBARA M., BIRBA E., MILLOGO G.R.C., SOMÉ L., DRABO Y.J. Aspects épidémiologiques, cliniques et

thérapeutiques des pneumopathies aiguës bactériennes dans le service de pneumologie du C.H.N. Sanou Souro de Bobo-Dioulasso. Méd Afr Noire 2000 ; 47 : 470-72.

4- **LANKOANDÉ D.** Evolution des affections respiratoires basses dans le service de pneumo-phtisiologie à l'hôpital Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou de 1992 à 1996. Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, UFR/SDS, 1999. N° 7, 86 p.

5- **STEEN T.W., ARUWA J.E., HONE N.M.** The epidemiology of adult lung disease in Botswana". Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5 : 775-82.

6- **AUBERT F., GUITTARD P.** L'essentiel médical. Universités Francophones AUPELF/UREF Paris, 1995 : 1087 p.

7- **OUÉDRAOGO A., OUÉDRAOGO T.L., OUOBA D.E.** Situation actuelle du tabagisme au Burkina Faso: données globales sur l'offre et enquête CAPC auprès des jeunes de la ville de Ouagadougou. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé 2000 ; 10 : 177-81.

8- **MAYAUD C., HOUASSINE S., PARROT A.** Atteintes respiratoires in Le praticien face au SIDA. Médecine-sciences, Flammarion, 1996 : 45-55

9- **AIT-KHALED N., ENARSON D.** Tuberculose Manuel pour les étudiants en médecine. WHO/CDS/TB/99.272

10- **OUÉDRAOGO S.M., OUÉDRAOGO M., DAGNAN N.S., ADOM A.H.** Infections opportunistes au cours du SIDA au CHU de Treichville. Mali Médical. 2007 ; 22 : 26-8

11- **KAYANTAO D, KEÏTA B, SANGARÉ S.** Etude des causes d'hospitalisation de 1987 à 1991 dans le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital du point G à Bamako. Méd Afr Noire 1999 ; 46 : 700-3

12- **GRANT A.D., SIDIBÉ K., DOMOUA K., BONARD D., SYLLA K.** Eventail des maladies chez les adultes infectés par le VIH hospitalisés dans une unité de médecine respiratoire à Abidjan, Côte d'Ivoire. Int J Tuberc Lung Dis 1998 ; 2: 926-34.

13- **DEPIERRE A.** Cancers épidermoïdes et adénocarcinomes bronchiques. Références universitaires. Paris 2006 : fiche 98.

14- **DIALLO S., KAPTUE Y., SISSOKO F., M'BAYE O., GOMEZ P.** Problématique du cancer bronchique dans le service de pneumologie du point G Bamako mali, Mali médical 2006 ; 21 : 4-7.

15- **LEBEAU B.** Pneumologie. Universités Francophones AUPELF/UREF Paris ; 1994 : 86 p.

16- **OUÉDRAOGO M., OUÉDRAOGO S.M., BADOUM G., BONCOUNGOU K., OUÉDRAOGO G., BAMBARA M., DRABO Y.J.** Impact des maladies infectieuses chez les patients infectés par le VIH dans un service de pneumologie à Ouagadougou. Mali Medical 2007 ; 22 : 14-7

17- **KANG'OMBE C.T., HARRIES A.D., ITO K., CLARK T., NYIRENDA.** Long-term outcome in patients registered with tuberculosis in Zomba, Malawi: mortality at 7 years according to initial HIV status and type of TB". Int J Tuberc Lung Dis 2004 ; 8 : 829-36.

18- **OUÉDRAOGO M., KOUANDA S., BONCOUNGOU K., DEMBELE M., ZOUBGA Z.A., OUÉDRAOGO S.M., COULIBALY G.** Itinéraire thérapeutique des tuberculeux bacillifères dépistés dans deux centres de traitement de la tuberculose au Burkina Faso. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10: 184-7.

19- **SANOU A., DEMBÉLÉ M., THEOBALD S., MACQ J.** Accessibilité et adhésion au traitement de la tuberculose: obstacles rencontrés par les patients et les collectivités au Burkina Faso. Int J Tuberc Lung Dis 2004; 8 : 1479-83.

20- **DABILGOU A. A.** Pleurésies purulentes non tuberculeuses : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique à propos de 126 cas colligés au CHNYO. Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, UFR/SDS, 2003. N°001, 97 p.