



Article Original

Itinéraire Thérapeutique et Évolution des Empyèmes Thoraciques à Bouaké

*Therapeutic Path and Outcome of Thoracic Empyema in Bouaké*Dje Bi IH¹, Diabate TP², Yeo L¹, Toh Bi Y¹, Anon JC¹, Dembele R¹, Kpi HY¹, Soumahoro N.J¹, Keita O², Achi HV¹**Affiliations**

1. Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, service de Pneumologie
2. Centre Hospitalier universitaire de Bouaké, service des urgences médicales

Auteur correspondant

Dje BI Irié Hospice
Tel : +225 0758927347
Email: ihospice@yahoo.fr

Mots clés : Empyème thoracique, Traitement; Évolution, Bouaké

Key words: Chest empyema;; Treatment; Evolution, Bouaké

Article history

Submitted: 4 July 2024
Revisions requested: 6 August 2024
Accepted: 15 August 2024
Published: 30 August 2024

RÉSUMÉ

Introduction. Le retard et la mauvaise prise en charge des empyèmes thoraciques peuvent compromettre le pronostic fonctionnel du poumon et de la plèvre. L'objectif de cette étude était de décrire le parcours thérapeutique des patients ayant un empyème thoracique jusqu'à leur admission au service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (CHU) de Bouaké. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique allant de janvier 2020 à décembre 2023 portant sur l'analyse des dossiers de tous les patients ayant été hospitalisés pour empyème thoracique au service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké. **Résultats.** La prévalence des empyèmes thoraciques était de 12,2%. L'âge moyen des patients était 24,53 ans (extrêmes 1 et 83 ans) pour un sexe ratio de 1,59. Le délai moyen de consultation était de 39,90 jours et 42,2% avaient consulté entre 2 et 3 semaines. Les patients avaient consulté plus de deux centres de santé avant leur hospitalisation au service de Pneumologie dans 54% des cas. Les centres de santé de niveau primaire étaient les plus consultés (61,73%). Parmi les patients admis en Pneumologie, 64,6% des pleurésies étaient au stade d'enkystement. Les principaux traitements reçus avant leurs admissions étaient les antipaludiques (98,6%), les antibiotiques (88,8%), les corticoïdes (11,8%) et la ponction pleurale (19,5%). L'automédication était faite par 57,14% des patients. La bactériologie de l'empyème était négative dans 60,2% des cas. Le taux de guérison était de 64,6%, l'échec de drainage était survenu chez 14,90% des patients et le taux de décès était de 5,0%. **Conclusion.** Les patients atteints d'empyème thoracique étaient référés tardivement après des consultations dans plusieurs centres de santé, favorisant l'échec thérapeutique et l'échec d'identification des bactéries causales.

ABSTRACT

Introduction. Delay and poor management of thoracic empyema can compromise the functional prognosis of the lung and pleura. The aim of this study was to describe the therapeutic path of patients with thoracic empyema until their admission to the Pneumology Department of the Bouaké University Hospital Centre (CHU) in Bouaké. **Methodology.** This was a cross-sectional, descriptive and analytical study conducted from January 2020 to December 2023, analysing the records of all patients hospitalised for thoracic empyema in the Pneumology Department of the University Hospital Centre (CHU) of Bouaké. **Results.** The prevalence of thoracic empyema was 12.2%. The mean age of the patients was 24.53 years (range 1 to 83 years) with a sex ratio of 1.59. The average consultation time was 39.90 days, and 42.2% had consulted between 2 and 3 weeks. In 54% of cases, patients had consulted more than two health centres before being admitted to the Respiratory Department. Primary level health centres were the most frequently consulted (61.73%). Among patients admitted to the Pneumology Department, 64.6% of pleurisies were at the stage of encystment. The main treatments received prior to admission were antimalarial drugs (98.6%), antibiotics (88.8%), corticosteroids (11.8%) and pleural puncture (19.5%). Self-medication was used by 57.14% of patients. Empyema bacteriology was negative in 60.2% of cases. The cure rate was 64.6%, drainage failure occurred in 14.90% of patients, and the death rate was 5.0%. **Conclusion.** Patients with thoracic empyema were referred late after consultations in several health centres, leading to therapeutic failure and failure to identify the causative bacteria.

POUR LES LECTEURS PRESSÉS**Ce qui est connu du sujet**

Le retard et la mauvaise prise en charge des empyèmes thoraciques peuvent compromettre le pronostic fonctionnel du poumon et de la plèvre.

La question abordée dans cette étude

Parcours thérapeutique des patients ayant un empyème thoracique jusqu'à leur admission au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (CHU) de Bouaké.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. La prévalence des empyèmes thoraciques était de 12,2%.
2. Le délai moyen de consultation était de 39,90 jours et 42,2% avaient consulté dans un délai compris entre 2 et 3 semaines.
3. Les patients avaient consulté plus de deux centres de santé avant leur hospitalisation dans 54% des cas et il s'agissait de centres de santé de niveau primaire dans 61,73% des cas.
4. Parmi les patients admis, 64,6% des pleurésies étaient au stade d'enkystement.
5. Les principaux traitements reçus avant leurs admissions étaient les antipaludiques (98,6%), les antibiotiques (88,8%), les corticoïdes (11,8%) et la ponction pleurale (19,5%).
6. Le taux de guérison était de 64,6% et l'échec de drainage a été constaté dans 14,90% des cas.
7. Le taux de décès était de 5,0%.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Les personnels des centres de Santé primaires doivent être sensibilisés sur la nécessité de référer rapidement les patients souffrant d'empyèmes afin d'éviter les complications.

INTRODUCTION

L'empyème thoracique (ET) est défini par la présence de liquide purulent dans la cavité pleurale est une pathologie thoracique fréquente en Pneumologie. En Afrique, selon des auteurs, la prévalence des ET varie entre 2,6% et 4,5% [1, 2]. Dans notre pratique au service de Pneumologie de Bouaké, les pathologies pleurales constituaient 22,5% des hospitalisations avec 11,4% des pleurésies purulentes [3, 4]. En général, les empyèmes thoraciques sont consécutifs à une pneumonie bactérienne dont ils sont souvent la complication. Ils évoluent en trois stades successifs. Au stade d'enkystement, la plèvre est épaissie, dure, calcifiée, séquestrant le poumon sous-jacent et empêchant sa réexpansion. Ainsi les empyèmes thoraciques constituent des véritables urgences diagnostiques et thérapeutiques car un retard de diagnostic peut mettre en jeu le pronostic vital puis le pronostic fonctionnel de la plèvre et des poumons [5]. Si la mortalité implique à l'évidence le terrain sous-jacent, le délai de prise en charge reste l'élément pronostique clé pour la plupart des auteurs [2, 5]. La stratégie thérapeutique est fonction de l'étiologie, du stade évolutif et des comorbidités. Elle repose sur trois principes fondamentaux : les anti infectieux, l'évacuation de l'empyème et la kinésithérapie [5, 6]. L'évolution est en général favorable

quand un traitement adapté est entrepris précocement, permettant d'éviter la constitution d'un enkystement pleural, la destruction du poumon sous-jacent et l'insuffisance respiratoire chronique. Cependant dans notre contexte, les pathologies infectieuses sont fréquentes et les patients auraient souvent recours à plusieurs types de traitements notamment les automédications, les traitements traditionnels, les consultations dans les camps de prière... Ils consultent également les centres de santé qui ne disposent ni de plateau technique ni du personnel pour une prise en charge adéquate. Ainsi les patients ne sont référés au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (CHU) de Bouaké que devant l'aggravation de la maladie. Selon les travaux antérieurs menés au service de Pneumologie du CHU de Bouaké, plus de la moitié des empyèmes était découverte au stade d'enkystement où le traitement chirurgical serait le seul recours pour sauver le poumon sous-jacent [3, 4]. Pour rechercher les causes de ce retard de prise en charge, nous avons mené cette étude dont l'objectif était de décrire l'itinéraire thérapeutique des empyèmes thoraciques et d'apprécier leur évolution dans notre service.

PATIENTS ET METHODES**Type et cadre de l'étude**

Il s'est agi d'une étude prospective descriptive et analytique qui a duré quatre ans. Elle a porté sur des patients admis au service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké pour un empyème thoracique. Le service de Pneumologie de Bouaké est le troisième service spécialisé dans la prise en charge des pathologies respiratoires en Côte d'Ivoire. Les deux autres services de Pneumologie du pays sont à Abidjan, dont un au CHU de Treichville et l'autre au CHU de Cocody. Ainsi le service de Pneumologie de Bouaké étant situé à environ 370 km des autres services de pneumologie du pays, reçoit des patients venant des régions du Centre, du Nord et de l'Ouest du pays.

Population et période d'étude

Du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2023, nous avons inclus :

- tous les patients chez qui la ponction pleurale, réalisée devant le syndrome clinique d'épanchement liquidien pleural, avait objectivé la présence de pus franc intra pleural,
- tous les patients dont la ponction pleurale mettait en évidence la présence intra pleural de liquide trouble dont l'examen cytologique avait relevé la présence de nombreux polynucléaires altérés,
- et parmi eux, ceux qui pouvaient bien décrire leur itinéraire thérapeutique.

Nous n'avons pas inclus 2 patients dont l'itinéraire thérapeutique n'avait pas été bien précisé.

Nous avons donc inclus 161 patients sur 163. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête anonyme. Les variables analysées étaient : des données sociodémographiques (âge, sexe, profession, lieu d'habitation.), des données cliniques et paracliniques (le délai entre le début de la maladie et la première consultation, le délai entre la première consultation et la

consultation en pneumologie, le type et le nombre de structures fréquentées, les traitements reçus avant admission, le stade évolutif des empyèmes thoraciques, les résultats des examens bactériologiques et l'évolution à l'issue de l'hospitalisation).

Analyse des données

Le traitement informatique des données recueillies a été réalisé à partir du logiciel Epi info version 7. Nous avons utilisé le Khi-deux pour la comparaison des proportions et le T-student ou P-value pour la comparaison des variables quantitatives. Le seuil de significativité alpha (α) était fixé à 5%.

Aspects éthiques

Conformément à la déontologie médicale et à l'éthique scientifique nous avons obtenu le consentement verbal de chaque patient ou du représentant légal. Les informations recueillies ont été exploitées dans le cadre strict de la présente étude en respectant de façon rigoureuse la loi de la confidentialité, de la déontologie et du secret professionnel.

RÉSULTATS

Données sociodémographiques

Les patients de moins de 15 ans représentaient 44,7% de la population d'étude. Chez les adultes la tranche d'âge de 26 à 45 ans représentait 27,3%. L'âge moyen était de 24,5 ans, avec des extrêmes de 1an et 83 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 1,6. Parmi ces patients, 64,6% habitaient hors de Bouaké. Ces derniers provenaient principalement des régions du centre, de l'ouest et du nord de la Côte d'Ivoire.

Données cliniques

- *Délais de consultations, types et nombre de structure consultés*

Le délai entre le début de la maladie et la première consultation dans un centre de santé était d'une semaine pour 24,2% des patients. Ce délai était d'au moins 30 jours pour 53,2% des patients. Le délai moyen entre le début de la maladie et la première consultation était de 39,90 jours (soit 7 semaines) avec des extrêmes de 2 et 220 jours (**Tableau I**).

Tableau I. Répartition des patients selon le délai la première consultation

| Délai de première consultation (en semaine) | N | % |
|---|-----|------|
| ≤ 1 | 39 | 24,2 |
| 2-3 | 36 | 22,3 |
| 4-5 | 26 | 16,1 |
| 6-7 | 41 | 25,4 |
| >7 | 19 | 11,7 |
| Total | 161 | 100 |

Le délai entre la première consultation dans un centre de santé et la date de référence vers le service de Pneumologie de Bouaké était de 14 à 21 jours (2 à 3 semaines) pour 42,24% des patients (**Tableau II**). Le délai moyen entre la première consultation et la date d'admission en Pneumologie était 26,64 jours, avec des extrêmes de 3 jours et 184 jours.

Concernant le type de structure consulté, 88,8% des patients avaient consulté en première intention dans une

structure sanitaire dont 61,7% dans un centre de santé Urbain (centre de niveau primaire).

Tableau II. Répartition selon le délai entre la première consultation et la consultation en pneumologie

| Délai de consultation au service de Pneumologie de Bouaké (en semaine) | N | % |
|--|-----|------|
| ≤ 1 | 36 | 22,3 |
| 2-3 | 68 | 42,2 |
| 4-5 | 37 | 22,9 |
| 6-7 | 10 | 6,2 |
| >7 | 10 | 6,1 |
| Total | 161 | 100 |

Quant au nombre de structures fréquentées avant d'être référés au service de Pneumologie du CHU de Bouaké, 54,0% avaient consulté dans au moins deux centres de santé avant d'être référés au CHU de Bouaké (**Tableau III**).

Tableau III. Répartition selon le lieu de première prise en charge

| Lieu de première prise en charge | N | % |
|----------------------------------|-----|------|
| Structures sanitaires | 143 | 88,8 |
| Soigneur chinois | 09 | 5,5 |
| Guérisseur traditionnel | 06 | 3,7 |
| Camp de prière | 03 | 1,8 |
| Automédication | 92 | 57,1 |

Tableau IV. Caractéristiques cliniques, radiologiques et biologiques des patients hospitalisés en pneumologie pour empyème thoracique

| Caractéristiques | N | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| Cliniques | | |
| Insuffisance respiratoire aigue | 101 | 83,4 |
| Déformation thoracique | 23 | 19,1 |
| Dénutrition | 11 | 9,1 |
| Sepsis | 8 | 6,6 |
| Radiologiques | | |
| Stade d'enkystement | 104 | 64,6 |
| Stade de collection | 44 | 27,3 |
| Pleuropneumopathies | 42 | 51,2 |
| Nécrose et destruction pulmonaire | 29 | 35,4 |
| Bactériologie | | |
| Recherche positive | 45 | 27,9 |

La moitié des patients (50,3%) avait été reçue par des infirmiers et 33,5% avaient consulté un médecin.

- *Traitement antérieurs à la prise en charge au service de Pneumologie*

Les types des traitements antérieurs à la prise en charge en Pneumologie comprenaient l'automédication (57,1%), les médicaments traditionnels (21,1%) et la prière dans des camps religieux (3,7%). Les antibiotiques, les antalgiques/antipyrétiques, les antipaludiques et les corticoïdes constituaient les principaux médicaments reçus, dans respectivement 81,52%, 73,91%, 51,08% et 29,35% des cas.

- *État clinique et paraclinique des patients au service de Pneumologie*

La dyspnée représentait 81,37% des motifs de consultation. L'épanchement pleural était de grande abondance chez 57,1% des patients. Parmi les patients, 87,43% avaient une insuffisance respiratoire aiguë et 64,6% des patients avaient un empyème au stade d'enkystement. La bactériologie du pus pleural était revenue négative dans 72,0% des cas (**tableau IV**). Sur les 28% de cas positif, *Staphylococcus aureus* était le germe le plus isolé dans 44,0%.

Tableau V. Évolution en hospitalisation au service de Pneumologie

| Évolution | N | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Favorable | 111 | 68,9 |
| Complications | 42 | 26,1 |
| Pachypleurite | 19 | 11,8 |
| Fistules broncho-pulmonaire | 12 | 7,5 |
| Destruction pulmonaire | 7 | 4,3 |
| Infection pariétale | 4 | 2,5 |
| Décès | 8 | 5,0 |

Tableau VI. Évolution en fonction du délai de consultation en pneumologie

| Délai de consultation en pneumologie (en semaine) | Évolution | | P- value | Intervalle de confiance (IC) |
|---|------------|-------------|----------|------------------------------|
| | Favorable | Défavorable | | |
| ≤ 3 | 27 (84,3) | 5 (15,6) | 0,016 | [1,0821-8,9181] |
| 3 à 6 semaines | 46 (83,6) | 9 (16,4) | 0,001 | [1,4471-7,5957] |
| > 6 semaines | 38 (51,3) | 36 (48,6) | 0,000 | [0,0960-0,4211] |
| Total | 111 (68,9) | 50 (31,1) | | |

- *Évolution en hospitalisation au service de Pneumologie*

La durée moyenne de séjour en Pneumologie était 14, 4 jours (2 semaines) avec des extrêmes de 1 et 26 jours. L'évolution était favorable chez 68,9% des patients et 26,1% avaient des complications. Le taux de décès était de 5,0% (**tableau V**). Plus le délai de consultation en Pneumologie était long, plus le taux d'échec thérapeutique était élevé (**tableau VI**).

DISCUSSION

Notre étude présente des limites au plan méthodologique. Malgré qu'elle soit une étude transversale prospective, certains patients ne pouvaient fournir le nombre exact de structures consultés et la nature de soins reçus avant d'être référés. De plus les examens bactériologiques de l'empyème et d'autres examens comme l'échographie du thorax, le scanner du thorax n'étaient pas toujours réalisables dans notre contexte d'exercice, souvent en rapport avec l'indigence du plateau technique mais aussi le coût onéreux des examens paracliniques à la charge du patient. Mais les critères d'inclusion permettaient de minimiser ces limites et d'avoir des résultats pertinents. Dans notre série, les empyèmes thoraciques ou pleurésies purulentes constituaient 13,7% de l'ensemble des pathologies en hospitalisation au service de pneumologie. Des prévalences similaires avaient été observées par certains auteurs Africains. En effet, selon les travaux de Pefura et col au Cameroun et Coulibaly et col au Mali, les empyèmes représentaient respectivement 11,7% et 10, 34% des affections respiratoires [2, 7]. Cependant, des prévalences très faibles, variant entre 0,1et 2,2% ont été observées dans des séries Françaises [8,9]. Les prévalences plus élevées observées en Afrique seraient dues aux nombreuses contraintes techniques, écologiques, économiques et politiques en Afrique intertropicale qui majorent le risque de pathologies infectieuses. Par exemple, les populations africaines, du fait de la pauvreté, ont recours tardivement aux soins

médicaux favorisant l'évolution des infections Oto-Rhino-Laryngologiques (ORL), stomatologiques, cutanées, pulmonaires ou bronchiques ; principales portes d'entrées des infections respiratoires infections vers les complications comme les empyèmes thoraciques. L'empyème thoracique est une urgence thérapeutique mettant non seulement en jeu le pronostic fonctionnel du poumon mais également le pronostic vital du patient. L'urgence de la prise en charge des empyèmes thoraciques est liée à leur évolution rapide vers le stade d'enkystement, en 2 à 3 semaines selon la littérature [2]. Ainsi, le délai de prise en charge constitue un élément important pour obtenir un succès thérapeutique. Dans notre série le délai de consultation en Pneumologie était de 39,9 jours soit 6 semaines avec des extrêmes de 2 et 220 jours. Ce délai était similaire à ceux trouvés par Subay et col au Congo [10] et Naciri au Maroc [11] qui trouvaient respectivement 38,5 et 31 jours. En revanche, il était plus court dans les pays développés tel que la France ou GUYON et al [12] trouvaient des délais de 2 à 23 jours. La variabilité de ce délai est fonction de l'organisation et la disponibilité des services de santé, de la qualité du système de santé dans ces pays et du niveau socio-économique de la population. En effet dans notre contexte, la majorité des patients provenaient soit des villages ou des campements, soit des autres villes du pays. Dans ces localités, les services de soins étant de niveau primaire et/ou secondaire, sont fournis par des médecins généralistes (souvent un seul par centre), par des infirmiers ou par des aides-soignants ou des bénévoles. Ainsi les cas de pathologies pulmonaires graves sont référés par ces centres périphériques parfois éloignés du service de Pneumologie de Bouaké, seul centre spécialisé hors d'Abidjan. Les frais de transfert étant à la charge des patients et/ou des parents, ne sont pas toujours exécutés rapidement dû au manque de moyens financiers. Ainsi du fait de la paupérisation, les patients préfèrent essayer d'abord d'autres traitements comme l'automédication (observée chez 57,14% dans patients dans notre série),

les thérapeutiques traditionnelles et les prières dans des camps. L'OMS estimait que plus de 70% de la population africaine ont recours à la médecine traditionnelle et aux plantes médicinales pour ses soins de santé primaire [13]. Ailleurs, dans ces centres, il y avait peu de médecins donc les patients étaient pour la plupart vus par des agents paramédicaux. Aussi ressortait-il de notre étude que la majeure partie des patients consultaient des structures sanitaires en première intention (88,8%) et 24,2% consultaient dans un délai d'une semaine, pourtant ces patients étaient référés tardivement après plusieurs semaines soit devant l'aggravation du tableau clinique soit devant l'échec des traitements qui étaient faits essentiellement d'antipaludiques (98,6%), d'antibiotiques (88,0%), d'antipyrétiques et de corticoïdes (11,8%). L'examen clinique est indispensable pour objectiver la présence de syndrome clinique d'épanchement pleural liquidien ; mais la plupart des prestataires de soins dans les centres périphériques examinait-elle les patients ? Les traitements anti paludiques et des antibiotiques étant souvent prescrits en première intention devant les syndromes fébriles en zone d'endémie palustre, retardant la décision de référer les patients vers des centres spécialisés. Ainsi référés tardivement après un délai moyen de 6 semaines, les patients étaient pour la plupart en détresse respiratoire hypoxémique (83,5%) du fait de l'abondance de l'empyème et plus de la moitié des patients arrivaient au stade d'enkystement. Dans les travaux d'autres auteurs dont Elidrissi [14] et Berny et al [15], respectivement 43% et 41% des patients arrivaient au stade d'enkystement ; moindre que le taux observé dans notre travail. A ce stade, plusieurs lésions peuvent être associées : les pneumopathies alvéolaires étaient retrouvées chez la moitié des patients dans notre série avec parfois la nécrose et/ou destruction du poumon sous-jacent. Des résultats superposables avaient été observés dans les travaux d'autres auteurs [10, 11,16]. En effet, les empyèmes thoraciques sont généralement des complications d'infections pulmonaires mal traitées ou tardivement traitées. Les épanchements pleuraux étaient de grande abondance dans la majorité des cas dans notre étude (57,1%). Des résultats similaires étaient retrouvés dans les travaux des auteurs comme Garba, Koueta et al [17,18]. Le recours tardif aux soins appropriés peut rendre la recherche des germes en cause difficile. Dans notre travail, les examens bactériologiques du liquide pleural n'étaient positifs que chez 31,7% des patients. Dans la série de Koueta et al où le délai de consultation était aussi long comme dans la nôtre, la recherche bactériologique du pus pleural n'était contributive que chez le quart des patients [18]. En effet, l'antibiothérapie reçue soit par automédication soit sur la prescription des agents de santé au cours des différentes consultations antérieures aurait abâtardi les symptômes en détruisant les germes ; rendant ainsi difficile leur mise en isolement. La prise en charge des empyèmes thoraciques est fonction du stade évolutif de découverte. Globalement cette prise en charge s'organise autour de 3 volets indissociables : les anti-infectieux, l'évacuation de la cavité pleurale (soit par ponction pleurale, soit par

drainage thoracique si l'empyème est libre dans la cavité pleurale soit par décortication pleurale chirurgicale si stade d'enkystement) et la kinésithérapie respiratoire [5,6]. Le traitement chirurgical semblait le plus approprié au vu du stade de découverte des empyèmes thoraciques dans notre série (64,6% au stade enkysté) mais la chirurgie a été peu réalisée. En effet, le coût financier de la chirurgie thoracique est le plus souvent non accessible à la plupart des patients qui consultent déjà épuisés avec des problèmes financiers aggravés par les coûts des traitements antérieurs. Dans ce contexte de travail, le drainage pleural associé aux lavages pleuraux avec du sérum physiologique étaient systématiquement effectués malgré que la plupart des patients soit admis au stade d'enkystement. L'évolution était favorable dans 68,9% des cas. Cependant les complications étaient observées chez 28,6% des patients. Dans notre série, les principales complications étaient la pachypleurite, les fistules broncho-pleurales et les destructions pulmonaires. Des complications similaires ont été observées dans les travaux de Assao et al [19]. Le taux de mortalité était de 5,0% dans notre étude. Le taux de décès observé dans notre travail pourrait être plus bas si l'itinéraire thérapeutique des malades n'était pas long. En effet, la plupart arrivait au stade de complication avec des tableaux d'insuffisance respiratoire, de choc hémodynamique, de pleurésie de grande abondance avec un pronostic vital engagé. Aussi, ces longs parcours thérapeutiques dans les divers centres de soins auraient-ils des répercussions financières ? Les parents arrivent dans le service déjà épuisés financièrement avec des difficultés à assurer la régularité du traitement qui est un garant du succès thérapeutique.

CONCLUSION

Les patients atteints d'empyème thoracique étaient référés tardivement malgré des consultations parfois précoces dans des centres de santé périphériques. Du fait du long parcours thérapeutique, les patients étaient admis en Pneumologie, pour la plupart, au stade compliqué d'enkystement, de fistule broncho-pleurale ou de destruction pulmonaire. Ce retard de prise en charge favorisait l'échec du traitement médical et d'identification des bactéries causales.

Conflit d'intérêt

Aucun

RÉFÉRENCES

1. Borrelly J, Grosdidier G, Mougnot A. Notre expérience dans le traitement des pleurésies purulentes. A propos de 155 observations. *Med. Hyg.* 1984 ; 42 : 4127-9.
2. Pefura Y. E.W, Kuaban C, Simo L. La pleurésie purulente non tuberculeuse de l'adulte à Yaoundé (Cameroun). *Médecine et Santé Tropicales.* 2012 ; 22 : 35-9.
3. Anon J.C, Yeo L, Dje Bi H, Monemo P, Toh Bi Y, Dembélé R, Kadiane N.J, Achi H.V. Évolution de l'écosystème bactérien dans les pleurésies purulentes non tuberculeuses à Bouaké (Côte d'Ivoire) entre 2014 et 2023. *J Func Vent Pulm.* 2024 ; 46(15): 48-52
4. Doukoure M. Profil épidémiologique, clinique, bactériologique et thérapeutique des pleurésies purulentes non tuberculeuses au service de pneumo-phtisiologie du

- CHU de Bouake de 2013-2016. Thèse Med. Université Alassane Ouattara. 2017 : n°653.
5. Gehanno P. et Leophonte P. Infections des voies respiratoires hautes et basses, édition Médecine-science Flammarion. 1993 : 257-90.
 6. Gilhodes O, Igual J. Pneumologie, collection Internat, édition Ellipses. 1994 : 17 - 27.
 7. Coulibaly S. , Maïga A.A. , Maïga I. B. , SAYE J. , Traore C. S. , Drame A. et Al. décortications pulmonaires en Afrique subsaharienne : une série de 145 cas à l'hôpital du Mali. *Journal de chirurgie et spécialités du Mali*. 2023 ; 3(1) : 44-52.
 8. Andreu M. Étude épidémiologique, descriptive et rétrospective de la prise en charge des pleurésies purulentes à l'hôpital de Périgueux de janvier 2011 à juin 2014. *Médecine humaine et pathologie*. 2016. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01346343>.
 9. Lethuille J., Kerjouan M., Bénézit F., de Latour B., Tattevin P., Piau C. et Al. Les épanchements pleuraux parapneumoniques : épidémiologie, diagnostic, classification, traitement. *Rev Mal Respir*. 2015, 32 (4) : 344-57.
 10. Subay K, Tshitala B, Kabemba JB. Traitement chirurgical des pleurésies purulentes. Etude de 416 cas, expérience des cliniques universitaire de Kinshasa. *Med Afr Noire* 1991 ; 38 : 499-502
 11. Naciri S., Baina S., Achrane J., Achachi L., Herrak L., El Ftouh M. Profil épidémiologique, étiologique et bactériologique des pleurésies purulentes non tuberculeuses : à propos de 48 cas. *Rev Mal Respir*. 2018 ; 35 (S) : A158-9
 12. Guyon G, Allal H, Lalande M, et al. Les pleurésies purulentes de l'enfant : expérience montpelliéraine. *Arch Pédiatr*. 2005 ;12 : 54-7
 13. Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2012. Bibliothèque de l'OMS (OMS) 2012 : 176. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44857/9789242564440>
 14. Elidrissi S. , Aitbatahar S. , Serhane H. , Amro L. . Profil radioclinique et évolutif des pleurésies purulentes. *Rev Mal Respir*. 2017 ; 32 (S) : A202
 15. Berny M., Zaghba N., Benjelloune H., Yassine N. Profil clinique, radiologique et évolutif des pleurésies purulentes. *Rev Mal Respir*. 2015 ; 33 (S) : A252-3.
 16. Kendja F, Tanauh Y, Demine B, Yapo Y, Horo K, Kangah M. Traitement chirurgical des pachypleurites: à propos de 82 cas. *Rev Pneumol Trop*. 2004;1:23-7.
 17. Garba M, Rabiou S, Kamaye M, Soumaila A, Alido S. Profil épidémiologique et pronostic de la pleurésie purulente de l'enfant. *J Fran Viet Pneu* 2015 ; 19(6) : 1-89.
 18. Kouéta F, Ouédraogo-Yugbaré OS, Ouédraogo G, Ngardjibem D, Dao L, Napon AM et al. . Pleurésie chez l'enfant : Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs au Centre Hospitalier Universitaire Charles de Gaulle de Ouagadougou (Burkina faso). *Clinics in mother and Child Health* 2011 ; 8 : 1-6.
 19. Assao M Neino, A. Gagara Im, AR. Ouédraogo, D. Maizoumbou État des lieux de la pleurésie dans le service de Pneumophysiologie de l'Hôpital National Lamorde de Niamey, Niger. *J Func Vent Pulm*. 2016; 21(7): 1-59.