

Article Original

Caractéristiques Cliniques de la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba - Libreville

Clinical features of obstructive bronchopulmonary disease in the Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba - Libreville

Mouguengui D, Kombila UD, Nguemou Mba NJ, Magne C, Ondounda M, Ibinga LD, Mangouka L, Nzenze JR, Boguikouma JB, Koffi NB.

Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba - Libreville

Correspondance: Mouguengui D. Email:diosdado2002@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les aspects cliniques de la bronchopneumopathie chronique obstructive à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba - Libreville

Méthodologie. Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur cinq ans à l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba. Les données cliniques, spirométriques et radiologiques ont été collectées et analysées.

Résultats. 61 sujets ont été recrutés soit une prévalence hospitalière de 0,78. Il y avait 42 hommes (68,9%), avec un âge moyen de 66 ans. Les principales co-morbidités étaient l'hypertension artérielle (36,34%) et le diabète (6,6%). 29 patients (31,45%) était sans emploi. Les antécédents de tabagisme (principale étiologie) étaient retrouvés dans 85% des cas avec 70% de fumeurs actifs et une consommation moyenne de 24±18 paquets/année. Le motif de consultation le plus fréquent était la dyspnée (50,8%) alors que le facteur favorisant principal était le tabac (83,6%). L'infection (surtout tuberculeuse) venait en seconde position (9,84%). L'anomalie radiologique la plus fréquente était l'emphysème centrolobulaire (30,51%). Les patients étaient au stade II dans (57,4%). Ils ont quasiment tous étaient traités avec des beta 2 mimétiques (95,08%) et de la corticothérapie inhalée (91,80%).

Conclusion. La BPCO est une maladie chronique évolutive dont la principale cause reste le tabac. Mais la pollution et les infections post tuberculeuses ne doivent pas être négligées. Il faut élaborer un cadre législatif anti-tabac et renforcer les moyens préventifs et thérapeutiques de la lutte contre la tuberculose.

Mots clés. caractéristiques, BPCO, tuberculose, HIAOBO.

SUMMARY

Objective. To report the Clinical features chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba - Libreville

Patients and methods. This was a retrospective study over five years to the Teaching Hospital of the Armed Omar Bongo Ondimba. We collected and analyzed clinical, spirometric and radiological findings of the patients from the registries. The diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease was mainly clinical.

Results. 61 patients were recruited (hospital prevalence 0.78). There were 42 men (68.9%), with a mean age of 66 years. Comorbidities in type of diabetes (6.6%) and hypertension (36.34%). 29 patients (31.45%) were unemployed. Positive smoking history (main etiology) was found in 85% of cases with 70% of active smokers and an average consumption of 24 ± 18 packs / year. The first main complaint was dyspnea (50.8%) while the predominant contributing factor was tobacco (83.6%). Infections (especially TB) were found in 9.84%. The most common radiographic abnormality was centrolobular emphysema (30.51%). Patients were stage II in 57.4% of cases. Nearly all of them benefited from beta 2 agonist (95.08%) and inhaled corticosteroids (91.80%).

Conclusion. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic disease which is mainly due to tobacco. Pollution and infections are secondary causes. It is necessary to elaborate regulations and rules against tobacco and reinforce fighting measures against tuberculosis.

Keywords. characteristics, COPD, tuberculosis, HIAOBO.

INTRODUCTION

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. La cause la plus fréquente est le tabac. Cette obstruction est causée par l'association, variable selon les patients, d'une modification du calibre des bronchioles du fait de modifications anatomiques (remodelage) et d'une destruction des alvéoles pulmonaires (emphysème). Il s'y associe une réponse inflammatoire pulmonaire anormale à des toxiques inhalés, dominés par le tabac. D'autres polluants peuvent être en cause. Ce travail avait pour but d'établir un profil épidémiologique des patients porteurs d'une BPCO à l'Hôpital d'Instructions des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO).

PATIENTS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive des cas de BPCO dans une période de 5 ans allant de Janvier 2008 à Décembre 2012 parmi les 7785 patients vus en consultation et/ou hospitalisés. Les critères d'inclusion étaient :

-Tous les patients vus en consultation externe et ayant une dyspnée d'effort, toux chronique ou un diagnostic certifié de BPCO.

-Tous les patients hospitalisés pour BPCO.

-Les dossiers complets (ayant une fiche technique bien remplie).

Les critères d'exclusion étaient les dossiers médicaux incomplets.

Les données concernant tous les patients vus pour BPCO ont été recueillies et consignées sur une fiche technique. L'analyse statistique a été faite grâce aux logiciels EXCEL et Epi-info 2004 version 3.4.5.

RESULTATS

Nous avons colligé pendant cette période 61 patients dont 19 femmes et 42 hommes avec un sex ratio H/F de 2,21. L'âge moyen était de 66 ans avec des extrémités allant de 33 à 90 ans. Par rapport à notre échantillon, la prévalence de la BPCO s'établit à 0,78%. On avait 17 fonctionnaires, 12 professions libérales et 29 sans emploi. 51 patients avaient un passé tabagique contre 16 non tabagiques. Parmi les fumeurs, on notait 8 femmes et 27 hommes ; et 70% d'entre eux étaient actifs au moment de l'étude. La consommation tabagique moyenne était de 19,5 paquets/année avec 31,5 paquets/année chez les hommes et 7,5 chez les femmes.

Les autres facteurs étiologiques étaient représentés par 6 cas post infectieux (tuberculose), 2 cas attribués à la pollution (menuisiers) et 2 cas de cause indéterminée. En dehors du tabac, on a noté 82% d'addiction éolique avec une consommation supérieur à 90 grammes par jour.

Il y avait 4 cas d'obésité dont trois hommes avec un index de masse corporel supérieur à 34. Parmi les comorbidités, on notait 24 cas d'hypertension artérielle et quatre diabétiques de types II.

Le motif de consultation le plus fréquent était la dyspnée (50,8%) suivie de la toux avec ou sans expectoration

(41%) et des douleurs thoraciques (8,2%). L'examen clinique retrouvait une altération de l'état général chez 4 patients avec un index de masse corporel inférieur à 18 kg/m², des ronchi diffus dans 10 cas et une abolition du murmure vésiculaire dans 25 cas. Des râles sibilants étaient notés dans 15 cas. Chez les autres patients, l'examen clinique était sans particularité.

Tous nos patients avaient bénéficié d'une boucle débit-volume qui a permis de classer la maladie. La majorité d'entre eux étaient au stade II (5,4%), 23% au stade III, 49% au stade I et 14,8% au stade IV. Sur le plan radiologique, 80% de nos patients avaient des signes de distension thoracique et 10% des séquelles rétractiles post-tuberculeuses.

Le scanner à haute résolution avait confirmé ces anomalies en mettant en évidence près de 75% d'emphysème centro lobulaire et 7% d'emphysème pan lobulaire. L'échographie réalisée chez 23 de nos patients dont 9 femmes, avait objectivé une hypertension artérielle pulmonaire allant de 40 à 140 mmHg dans 7 cas. Une dilatation des cavités droites a été retrouvée dans 10 cas. Les autres signes étaient l'hypertrophie du ventricule gauche avec troubles de relaxation (15 cas), hypertrophie septale (3 cas) et hypokinésie globale dans 2 cas. Aucun gaz de sang n'a été réalisé pour des raisons techniques.

Tous nos patients hospitalisés ont bénéficié en urgence d'une oxygénothérapie, des bêta2 mimétiques en aérosols et des corticoïdes injectables. Tous les patients au stade II et plus (58 cas) étaient mis sous corticoïdes inhalés et beta2 mimétiques de longue durée d'action après arrêt tabagique pour certains. Un seul patient avec dyspnée importante et une saturation en air ambiant persistante à 80% malgré les broncho-dilatateurs, a bénéficié d'une oxygénothérapie de longue à domicile à l'aide d'un extracteur d'oxygène à débit maximal à 5l/minute.

DISCUSSION

Il s'agit travail préliminaire qui doit être complété par une étude avec un recrutement multicentrique. Il est dnc malaisé de comparer la prévalence ainsi que l'âge moyen de nos patients avec ceux obtenus dans des cohortes plus étoffées (1, 2). La prédominance masculine retrouvée est cependant conforme aux données de la littérature (3, 4, 5). Les sujets sans emploi (pas de revenu) et les ouvriers (travail dur et revenu modeste) payent un lourd tribut de cette maladie car confrontés aux difficultés de la vie, ils n'ont parfois pas d'autre choix que de se livrer à des conduites addictives (4, 6). Outre le tabac, les infections post tuberculeuses représentaient la deuxième étiologie dans cette étude. Ces données non retrouvées en occident (tuberculose en net recul) doivent être affinées dans d'autres travaux avec des effectifs plus importants. Tout en sachant que l'explosion de la tuberculose dans notre pays depuis le début de la pandémie du VIH y est pour quelque chose (7). Sur le plan clinique, les résultats de notre étude sont conformes aux données de la littérature. La dyspnée, la toux et les douleurs thoraciques ont été les maitres symptômes (3, 5, 8).

Les anomalies radiologiques telle que la distension, l'emphysème centro ou pan lobulaire et les bulles d'emphysème isolées rapportées par la littérature étaient similaires à celles retrouvées dans notre travail (9, 7, 10, 11, 12). Seules les images séquellaires post tuberculeuses étaient spécifiques à notre étude. Tous nos patients ont bénéficié de la boucle débit-volume, examen indispensable au diagnostic, à la classification et au suivi de la BPCO (13, 14, 15). L'hypertension artérielle pulmonaire objectivée, est une complication attendue au cours de l'évolution de la BPCO (16). Tous nos patients au stade II et plus de la maladie ont été mis sous B2 mimétiques et corticoïdes inhalés comme le recommande la littérature (17, 18, 4, 6). Les molécules sont disponibles au Gabon et sont prises en charge à 50% par l'assurance maladie.

RÉFÉRENCES

- Nadia Ait-Khaled, Donald Enarson, Jean Bousquet. Les maladies respiratoires chroniques dans les pays en développement : charge de morbidité et stratégies de prévention et prise en charge. Bulletin of the world Health Organization, 2001 ; 79 ; 971-9.
- C Fuhrman, M C Delmas. Epidémiologie descriptive de la BPCO en France. Rev mal respir 2010 ; 37 :52-5.
- N Q Châu, V.V Giap et al. Epidémiologie de la BPCO dans la banlieue de Hanoi et la province de Bac Giang. Rev mal respir 2005 ; 25 :42-56.
- J Piquet, J-M.Chavaillon, P David, et al. Characteristics and management of acute exacerbations of COPD in hospital. EABPCOPHG study by college of general hospital respirator physicians. Rev Mal Respir 2010; 21:19-29.
- G Thabut, J-F.Mornex, A Cuvelier, B.Padrazzi I et al. Caractéristiques des patients inclus dans la cohorte française de patients emphysemateux déficitaires en alpha-1 antitrypsine.Rev Mal Respir 2008;25:115-22.
- P Leophonte, P Zuck, C Perronne. Profil et prise en charge de patients venant consulter pour une exacerbation de BPCO non sévère (enquête pragma) : étude observationnelle sur 4763 patients. Médecine et maladie infectieuse 2008 ; 38 :200-207.
- Ko F W, Tam W, Wong T W, et al. Temporal relationship between air pollutants and hospital admissions for chronic obstructive pulmonary disease in Hong Kong. Thorax 2007; 62:780-5.
- J-J Innocenti, F Champel, J Garcia-Mace, et al. Enquête descriptive sur la BPCO en pneumologie libérale : définition des caractéristiques des patients et appréciation du retentissement fonctionnel, Rev Mal Respir 2004 ; 21 :1S30-1S56.
- Anthonisen N R, Skeans M A, Wise R A, et al. The effects of smoking cessation intervention on 14, 5-year mortality: a randomized clinical trial. Ann Intern Med 2005; 142:233-9.
- Raherison C, Biron E, Nocent-Ejnaini C, et al. Existe-t-il des capacités chez les femmes atteintes de BPCO? Rev Mal Respir 2010 ; 27 :611-24.
- PAARC : groupe coopératif pollution atmosphérique et affections respiratoires chroniques ou à répétition, résultats et discussion. Bull Europ Physiopath Resp 1982 ; 18 :87-89
- B Sztrymf, A Chaout, D Rideau, et al. Caractéristiques cliniques, fonctionnelles, hémodynamiques, pulmonaires et biologiques de patients atteints de BPCO, au repos et à l'exercice : données préliminaires. Rev Mal Respir 2005 ; 22 :899.
- Price D B, Tinkelman D G, Nordylike R J, et al. Scoring system and Clinical application of COPD diagnostic questionnaires. Chest 2006; 129:153-9.
- Anthonisen N R, Skeans M A, Wise R A, Mafreda J, Kanner R E, Connet J E. The effects of smoking cessation intervention on 14, 5-year mortality: a randomized clinical trial. Ann Intern Med 2005; 142:233-9.
- P. Bogui, M. Yessoh, N Tuo, S. Outtara, C. Dah, N Kouamé. Tabagisme des élèves et étudiants âgés de 8 à 22 ans à Abidjan. REV MAL RESPIR 2004 ; 21 ; 693-703.
- Celli B R, Cote C G, Marin J M, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2004, 350:1005-12.
- Detournay B, Pribil C, Fournier M, et al. The SCOPE study: health-care consumption related to patients with chronic obstructive pulmonary disease in France. Value Health 2004, 7:168-74.
- Lawlor D A, Ebrahim S, Davey Smith G. Association between self-reported childhood Socio economic position and adult lung function: finding from the British Women's Heart and Health Study. Thorax 2004; 59:199-203.

CONCLUSION

La BPCO est une maladie chronique évolutive dont la principale cause reste le tabac (surtout en Occident). Mais la pollution et les infections post tuberculeuses ne doivent pas être négligées dans les pays en voie de développement. Ceci nécessite de la part des pouvoirs publics une mobilisation des ressources humaines et financières avec intégration de la BPCO dans le programme de santé publique. Le dépistage (peak Flow dans les salles de consultation) et la prise en charge des patients doivent être assurés. Il faut élaborer un cadre législatif anti-tabac et renforcer les moyens préventifs et thérapeutiques de la lutte contre la tuberculose.