

ASTHME DE L'ADULTE EN MILIEU TROPICAL : SES PARTICULARITES A BRAZZAVILLE (Congo)

J. M'BOUSSA*, E. KAUDI*

RESUME

De Mai 1986 à Septembre 1987, 88 malades asthmatiques ont été hospitalisés dans le service de Pneumo-Phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. 35 dossiers complets ont pu être analysés. Il en ressort que les femmes souffrent 3 fois plus d'asthme que les hommes, l'âge moyen du début de la maladie est de 26 ans, 60 % des cas sont liés à l'allergie, le facteur héréditaire est important (65 % environ). Les allergènes locaux sont encore mal définis et devraient être mieux étudiés.

MOTS-CLES : Asthme, environnement, allergie, Congo.

L'asthme occupe la troisième place parmi les affections respiratoires rencontrées dans le service de Pneumo-Phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville, après la tuberculose et les Pneumopathies infectieuses aiguës (1). C'est une maladie cosmopolite, mais elle est plus fréquente dans les pays industrialisés que dans les pays du tiers Monde (2) ; l'environnement et le mode de vie socio-professionnel expliquent peut-être cette différence quand on sait que l'allergie est à l'origine de beaucoup de cas d'asthme. Compte tenu de l'influence des facteurs externes l'asthme d'un habitant du Congo, et plus particulièrement de celui de Brazzaville, pourrait présenter des particularités épidémiologiques, étiologiques et évolutives. C'est l'objectif principal de ce travail qui se propose de rechercher ces particularités.

I - POPULATION - MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective allant de Mai 1986 à Septembre 1987, soit 17 mois. Durant cette période 88 malades asthmatiques ont été hospitalisés dans le service de Pneumo-Phtisiologie du CHU de Brazzaville. Seuls 35 dossiers complets entrent dans cette étude.

Le diagnostic de l'asthme est porté sur la base de l'histoire clinique de la maladie, la répétition des crises de dyspnée

paroxystique notamment, avec respiration normale en dehors des crises d'une part et la présence de sibilants diffus à l'auscultation disparaissant plus ou moins rapidement sous traitement bronchodilatateur d'autre part.

Une radiographie thoracique systématique est faite à chaque malade pour éliminer une autre pathologie pulmonaire ou cardiaque. Quelques malades ont eu une numération formule sanguine.

II - RESULTATS

a) Aspects épidémiologiques

Sexe : les femmes souffrent d'asthme 3 fois plus que les hommes (sex-ratio 1 : 3) ; sur les 88 malades hospitalisés on compte 23 hommes (26,13 %) et 65 femmes (73,78 %).

Age : l'âge moyen de nos malades est de 39 ans ; les extrêmes étant 18 ans et 76 ans. L'âge moyen du début de la maladie est de 26 ans ; 4 patients sont asthmatiques depuis l'enfance, 18 entre 15 et 30 ans et 13 le sont après l'âge de 30 ans.

Profession : On compte 22 ménagères (62,85 %), 7 salariés fonctionnaires (20 %), 3 ouvriers (8,57 %), 3 élèves et étudiants (8,57 %) parmi les 35 dossiers étudiés.

b) Aspects cliniques

La gravité de la maladie selon la classification de CHARPIN (3) se présente de la façon suivante :

- type I, caractérisé par des crises occasionnelles, se produisant moins d'une fois par mois : 15 malades (42,85 %).
- type II, correspondant à plus d'une crise par mois, mais moins d'une par semaine : 12 malades (34,28 %).
- type III, correspondant à plus d'une crise par semaine : 5 malades (14,28 %).
- type IV où les crises sont quotidiennes, réalisant l'asthme à dyspnée continue 3 malades (8,59 %).

c) Aspects étiologiques

La recherche d'une éventuelle cause de l'hyperréactivité bronchique s'est faite par l'interrogatoire des malades uniquement, le service ne pratiquant pas de tests cutanés et la recherche d'anticorps type IgE. L'interrogatoire a révélé

* Service de Pneumo-Phtisiologie, Centre Hospitalier Universitaire B.P. 32 Brazzaville, Congo.

que 21 asthmatiques, soit 60 % du total, présentaient une maladie d'origine allergique associée : 2 malades avaient un eczéma des pieds et des jambes, 1 malade une dermatose récidivante, le reste des malades un coryza spasmodique dont 1 avait des oedèmes fugaces des pieds et des mains. On peut dire qu'il s'agit d'asthmes atopiques.

Les allergènes suspectés sont les suivants :

- les allergènes domestiques : les poussières de maison qui sont un mélange complexe d'allergènes : les acariens, les poils d'animaux, les fibres textiles etc.

- les allergènes alimentaires : huile de palme (*Elaeis guineensis*), les feuilles de manioc (*Manihot esculenta*), les feuilles d'un arbuste appelé vulgairement "Caoutchouc" par la population (*Manihot glaziovii*) certains poissons d'eau douce ayant un rayon épineux à la nageoire dorsale et aux nageoires pectorales (*Auchenoglanis occidentalis*, *Synodontis notatus*, *Eutropius niloticus*).

- les pollens, les moisissures

- les parfums, les insecticides.

Un malade travaillant dans une usine de tabac faisait des crises de dyspnée paroxystique la nuit après le travail ; quand il était en vacances ses crises disparaissaient. Il n'était pas asthmatique avant l'embauche dans cette entreprise. Il s'agit là d'un asthme professionnel certainement.

Un autre malade faisait ses crises à la prise de l'aspirine. La numération formule sanguine montre une hyperéosinophilie, difficile à lier systématiquement à l'asthme à cause

du polyparasitisme au Congo. Chez un grand nombre de patients la fréquence de crises augmenterait pendant les périodes de grossesse, par contre chez quelques unes les crises seraient moins fréquentes. Dans 3 cas la crise d'asthme est déclenchée à l'effort, lors d'une marche rapide, de la montée des marches d'un escalier ou d'une côte, du port d'un fardeau ; il s'agit peut-être là de l'asthme d'exercice.

Le facteur héréditaire est retrouvé chez 23 patients sur les 35, soit 65,71 % ; on peut trouver plusieurs asthmatiques dans une même famille. Le temps influe sur la survenue des crises également ; 30 malades ont pu indiquer avec précision à quelle période de l'année surviennent les crises. Elles sont volontiers perannuelles, 15 cas (50 %), et dans certains cas accrues pendant la saison sèche seulement, saison très fraîche au Congo, de Juin à Septembre, 10 cas (33,33 %). Les crises survenant uniquement pendant la saison des pluies sont moins importantes 5 cas (16,66 %). Tous les facteurs étiologiques interviennent souvent simultanément. Les radiographies thoraciques sont normales, sauf dans 2 cas où l'on note une Pneumopathie en bande et un pneumothorax incomplet qui était plutôt une complication de la crise.

d) Prise en charge des malades

Les médicaments couramment prescrits sont les bêta-2-adrénergiques, les Théophyllines et les corticoïdes. Les crises sont facilement jugulées. Il existe une forte automédication ; une femme a eu une lyse de la tête fémorale suite