

Lettre à l'éditeur

ETIOLOGIES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES DANS LA DREPANOCYTOSE MAJEURE DU NOIR AFRICAIN

N. KOFFI (1), K.G. KOFFI (2), M. KONE (3), Y. SEGBENA (4), A. SANGARE (2)

RESUME

Nous avons répertorié les étiologies des infections respiratoires par l'analyse de dossiers de 45 patients drépanocytaires hospitalisés sur une période de 6 ans. Les infections non tuberculeuses sont retrouvées dans 94 % de l'effectif contre 6 % de tuberculose. Le pneumocoque est prédominant parmi les germes isolés.

Mots clés : Drépanocytose, infections respiratoires, tuberculose, Afrique.

INTRODUCTION

Les infections respiratoires basses chez le drépanocytaire constituent un motif très fréquent d'hospitalisation (1). Mais la littérature tropicale africaine consacrée spécifiquement à ce sujet est peu abondante (2). Ce travail se propose de répertorier les étiologies de ces infections chez le drépanocytaire Noir Africain.

METHODOLOGIE

Nous avons procédé à l'analyse rétrospective de 208 dossiers de patients drépanocytaires hospitalisés de janvier 1993 à décembre 1998 (6 ans), dans le service d'Hématologie Clinique du CHU de Yopougon (Abidjan) pour syndrome infectieux. Nous avons inclus dans l'étude les patients porteurs d'une drépanocytose majeure (SS, SFA2, SC, SAFA2), diagnostiquée devant une électrophorèse de l'hémoglobine (PH alcalin et acide) et présentant un syndrome infectieux marqué par la fièvre et des signes pulmonaires. Le patient devait avoir bénéficié en outre d'une radiographie pulmonaire. Sur 68 dossiers relatifs aux infections respiratoires (32,7 %), seuls 49 ont pu être exploités conformément à nos critères d'éligibilité. L'étiologie bactérienne a été retenue dans 45 cas (94 %), soit devant l'isolement du germe (9 cas), soit devant le profil radioclinique, la

négativité de la recherche du bacille de Koch (BK) et l'évolution favorable sous antibiothérapie non spécifique (36 cas). L'étiologie tuberculeuse (4 cas soit 6 %) a été retenue devant la positivité de la recherche du BK (1 cas) et devant le profil radio-clinique et l'évolution favorable sous antituberculeux (3 cas).

RESULTATS

Les principaux symptômes cliniques sont la dyspnée et la douleur thoracique. Les troubles de la conscience sont présents dans 3 cas et le choc septique dans 2 cas. Les signes radiologiques sont marqués par leur caractère extensif (11 cas) et bilatéral (21 cas). Dans les causes bactériennes, l'atteinte du parenchyme pulmonaire est notée dans 93 % sous forme de pneumopathie contre 7 % de bronchite aiguë. Les 9 germes isolés sont le *Streptococcus pneumoniae* (4 cas), *Salmonella enteritidis* (2 cas), *Staphylococcus aureus* (2 cas), *E. coli* (1 cas).

COMMENTAIRES

La fréquence des infections non tuberculeuses chez le drépanocytaire varie de 28 à 68 % dans la littérature (1, 2). Ces infections respiratoires sont volontiers récidivantes et les épisodes itératifs seraient favorisés par de multiples micro-infarctus pulmonaires (3). Ces atteintes respiratoires sont caractérisées par leur gravité qui serait en rapport avec la fréquence du syndrome thoracique aigu (Acute Chest Syndrome). L'étiologie infectieuse de ces manifestations ne fait pas l'unanimité. Le syndrome thoracique aigu chez les jeunes enfants serait compatible

(1) Service de Pneumologie, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.

(2) Service d'Hématologie Clinique, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

(3) Service d'Hématologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

(4) Service d'Hématologie, CHU Campus, Lomé, Togo.

Etiologies des infections...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

avec une étiologie infectieuse. Par contre, chez les adolescents et les adultes, on évoque plutôt la prédominance des infarctus pulmonaires (3). Les infections du parenchyme pulmonaire sont difficiles à distinguer des infarctus. Une autre difficulté vient du fait que les germes en cause sont rarement identifiés. Cependant *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae* sont le plus souvent retrouvés (1, 3).

L'incidence de la tuberculose est faible et oscille entre 4 et 5,2 % du fait d'une plus grande sensibilité du drépa-

nocytaire pour les infections à germes encapsulés (4).

CONCLUSION

Les infections respiratoires basses chez le drépanocytaire Noir Africain sont dominées par les causes non tuberculeuses. Le pneumocoque tient une place importante dans les germes incriminés. Il est essentiel de promouvoir la vaccination anti-pneumococcique chez ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - FAUROX B., BEGUE P., QUINET B.
Pulmonary manifestations in pediatric patients with sickle cell disease.
Ann. Pediatr. 1994, 41, (10) : 596-601.
- 2 - KALENGA P.M., GRIMFELD. A.
Poumon et drépanocytose chez l'enfant.
Mal. Drép. 1984, 4 : 180-188.
- 3 - DIOP S., KOFFI G., SANGARE A.
Profil infectieux chez le drépanocytaire.
Bull. Soc. Path. Exot. 1997, 90, (5), 339-341.
- 4 - RHIEL J., SCHMITH H., BERGMAN D.
Acute pulmonary syndrome and cavernous pulmonary tuberculosis in a patient with sickle cell disease.
Deutsche Med. Wochenschrift. 1996, 121, (44) : 1354-1358.

Médecine d'Afrique Noire

Le Pharmacien d'Afrique

Odonto-Stomatologie Tropicale

Médecine du Maghreb

sont sur

www.santetropicale.com