

Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako



U.S.T.T-B

Faculté de Médecine et d'odonto-
stomatologie



Année universitaire : 2016- 2017

Thèse N °

THESE

**ASPCTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET
EVOLUTIFS DE L'ABCES DU
POUMON AU SERVICE DE PNEUMO-
PHTISIOLOGIE CHU DU POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le / / 2017 devant le jury de
la Faculté de Médecine et odonto-stomatologie

Par :

Mme Tall Madina

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY :

Président : Pr Bakarou KAMATE

Membre : Dr Issa KONATE

Co-directrice: Dr Ténin KANOUTE

Directeur: Pr Yacouba TOLOBA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

A ALLAH,

Créateur suprême

Maître de l'univers et de la

Rétribution,

L'unique,

Le Sage,

L'Omniscient,

Le mérite de ce travail vous revient pour m'avoir laissé en vie jusqu'à ce jour.

Au Prophète MOHAMMAD

Paix et salut sur Lui.

Pour tout le bien que tu as fait pour l'humanité.

Je dédie ce modeste travail

A mon père : Cheick Tidiani Tall.

Tu es un exemple pour nous, par ton courage et ton amour pour le travail. Je n'ai manqué de rien au cours de ces longues années d'études. Pardon pour les soucis et la fatigue que je t'ai causé. Reçois ce diplôme en guise de reconnaissance pour l'amour que tu nous as témoigné. Merci papa pour tout ce que tu as fait pour nous. Ce travail est à toi.

Que Dieu te préserve longtemps

A ma mère : Aissata Kanouté

Tu es courageuse et dévouée pour l'avenir et la réussite de tes enfants. Maman jamais je n'oublierais ces jours de stress vécus en période des examens et de joie au moment des résultats. Ce travail est l'aboutissement pratique de tous tes conseils et tes réprimandes. Merci maman pour tout et trouve ici l'expression de ma profonde sympathie.

Que Dieu te préserve longtemps

A mes frères : Boubacar Tidiane et Cheick Omar Tall

La richesse d'une famille est l'union de ses membres. Restons unis pour honorer Papa et Maman. Pour l'amour, la chaleur et l'affection dont nous nous portons, ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez largement contribué.

A mes tontons : Cheick Mamadou et Moulaye Idrissa Tall

C'est avec le cœur plein d'émotions et de reconnaissance pour vos encouragements, soutiens moraux et matériels. Que le tout Puissant vous protège et vous accorde une longue vie

A mes tontons maternels : Arouna Koné ; Madou Diallo ; Cheick Oumar Koné ;

Trouvez à travers ce document le fruit de vos encouragements, soutiens moraux et matériels. Qu'Allah le Miséricordieux vous soutienne, vous comble de bonheur et vous bénisse amen, merci. Ce travail est aussi pour vous.

A mes tantes : Maimouna, Fanta, Tamar, Djaminatou et les Madames Tall

J'ai été séduite par votre sincérité et votre franchise qui ne m'ont jamais fait défaut. Merci pour toute votre attention et votre soutien tant moral que matériel. Que Dieu vous protège et donne longue vie.

A mes tantes maternels : Mamou Diallo ; Sitan Sanogo ; Nana kadidia Kone

Merci de m'avoir adopté avec la plus grande sympathie et tout le respect avec lequel vous nous avez traitées. Que Dieu vous protège et donne longue vie.

A mon époux : Dr Abdoulaye Boubacar Maïga

Aucun mot ne saurait exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse, et la

gentillesse dont tu as toujours su faire preuve envers moi

.

Que Dieu nous donne la force nécessaire pour braver tous les obstacles auxquels nous devons faire face et qu'il nous accorde un avenir meilleur.

REMERCIEMENTS

A mes grands- pères et grandes -mères

Trouvez en ce travail l'expression de mon amour et ma gratitude. Je n'oublierai jamais toutes les attentions dont vous avez fait preuve à mon égard. Puisse Dieu vous accorder une longue vie toujours prospère et favoriser les chemins de votre descendance.

A la famille Maïga :

Votre accompagnement ne m'a jamais fait défaut. Trouvez ici mes sentiments les plus sincères.

A mes cousins et cousines :

C'est l'occasion de vous remercier pour votre soutien moral, votre disponibilité et vos conseils.

Mes remerciements vont à l'endroit de tout le personnel du service de pneumo-phtisiologie. Soyez sur de toute ma reconnaissance.

A nos maitres de la pneumo-phtisiologie :

Pr Souleymane DIALLO , Pr Yacouba TOLOBA , Dr Dianguina SOUMARE , Dr Tenin KANOUTE , Dr Kadidhia OUATTARA , Dr Bocar BAYA , Dr Ousmane M'BAYE , Dr Gaoussou BERTHE

Nous avons reçu de vous une formation solide, puisse Dieu nous permettre d'être à la hauteur de vos attentes.

Au Major et à tout le personnel infirmier et aides-soignants sans oublier les techniciens de surface de la pneumo-phtisiologie : Mamhet SYLLA , Madame SANOGO , Tantie Ami FOFANA , Madame SAMAKE , Madame CISSE , Madame DIARRA , Madame SIDIBE.

Merci pour votre soutien.

A mes collègues de la pneumo-phtisiologie : KAMIAN Youssouf , Drissa KONE , Souleymane KONE , Ramata SISSOKO , Salimata BAMBA , Yaya KAMISSOKO , Djamila DIAWARA , Kafui GAGLO-K.

Merci pour votre soutien, je n'oublierai jamais ces bons moments passés ensemble et que Dieu le Tout Puissant consolide ces liens qui existent entre nous. Amine.

A mes promotionnaires et amis(es)

Dr Barré Mattieu , Dr Salimata Bamba , Dramane Sanogo, Dr Toure Sokona , Moussa Diarra , Dr Diarra Moussa Abdoulaye , Boubacar Sanogo , Fatoumata Diallo , Oumar Djiré , Adama Goita , et l'ensemble de la 7^{ème} promotion du numerus clausus de la FMOS

Vous avez toujours répondu à mes attentes et avez toujours été disponible. Je fais ces vœux d'une amitié prospère et longue.

Au service de médecine de la commune 5, au service d'urologie, au service d'hépatogastroentérologie :

Merci de m'avoir accepté parmi vous. Avec vous j'ai appris l'esprit d'équipe. Ce Travail est notre effort.

Il me tient à cœur de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de loin ou de près ont contribué tant soit peu à la réalisation de ce travail.

Cependant je ne saurais jamais énumérer de façon exhaustive les parents, les amis, collaborateurs et maîtres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels et scientifiques tout au long de cet travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude !

HOMMAGES AUX MEMBRES

DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY
PROFESSEUR Bakarou KAMATE

- Maître de Conférences Agrégé en Anatomie et Cytologie-Pathologiques à la FMOS
- Chercheur et Praticien Hospitalier au CHU du Point G
- Collaborateur du registre et du projet de dépistage du Cancer du col de l'Utérus
- Secrétaire général adjoint de la division d'Afrique francophone de l'académie internationale de pathologie (D.A.F/A.I.P)

Cher Maitre

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Homme de science et de culture, nous avons découvert en vous un Maitre aux qualités multiples.

Votre disponibilité et votre rigueur scientifique font de vous un Maitre admiré de tous. Veuillez trouver ici cher maitre l'expression de notre profonde et sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE
DOCTEUR Issa KONATE

- Spécialiste des maladies infectieuses et tropicales
- Praticien hospitalier au service des maladies infectieuses et tropicales au CHU du point G
- Assistant à la FMOS

Cher Maitre,

En dépit de vos multiples occupations vous avez accepté de venir juger ce travail. Vous nous avez impressionnés par votre travail bien fait et votre simplicité. Vos connaissances intellectuelles, morales et sociales suscitent une grande admiration.

Permettez nous ici cher Maitre, de réitérer nos sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR Yacouba TOLOBA

- Maître de conférences agrégé de pneumo-phtisiologie à la FMOS
- Praticien Hospitalier au CHU du point G
- Secrétaire générale de la société malienne de pneumologie
- Secrétaire générale de l'association nationale de formation continue en allergologie au Mali
- Membre de la société africaine de pneumologie de la langue française

Cher Maître ;

Nous sommes très honorés de vous avoir comme directeur de thèse, nous avons été séduits par votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation de vos internes. Nous garderons de vous le souvenir d'un excellent maître.

Veillez accepter le témoignage de notre haute considération et notre profond respect.

Que Dieu le tout puissant vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

A NOTRE MAITRE ET CO DIRECTRICE DE THESE

DOCTEUR Ténin KANOUE

- Spécialiste en pneumo-physiologie.
- Praticienne hospitalière au CHU Point-G.
- Membre de la société malienne de Pneumologie
- Membre de l'association nationale de formation continue en allergologie au Mali
- Membre de la société africaine de pneumologie de la langue française

Cher Maître ;

Nous sommes ravis de l'honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger ce travail.

Votre dynamisme, votre modestie, votre disponibilité et votre amour du travail bien fait ont forgé notre estime et notre admiration en vous.

Veillez recevoir, cher Maître notre profonde admiration et notre gratitude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION :.....	1-3
OBJECTIFS :.....	4-5
I-GENERALITES :.....	6-32
II-MATERIEL ET METHODES :.....	33-37
III-RESULTATS :.....	38-47
IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	48-51
CONCLUSION :.....	52-53
RECOMMANDATIONS :.....	54-55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	56-58
ANNEXES :.....	59-67

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage

AAC : Amoxicline – acide clavulanique

Ag : Antigène

ATCD : Antécédent

AVC : Accident vasculaire cérébral

BAAR : Bacille acide alcoolo résistant

BGN : Bacille gram négatif

BPCO : Broncho pneumopathie chronique obstructive

CDD : Circonstance de découverte

CE : Corps étranger

C2G : Céphalosporine de 2ème génération

C3G : Céphalosporine de 3ème génération

CHU : Centre hospitalier et universitaire

CRP : Protéine c réactive

DDB : Dilatation des bronches

ECBE : Examen cytobactériologique des expectorations

ECBU : Examen cytobactériologique des urines

FMOS : Faculté de médecine et odontostomatologie

HB : Hémoglobine

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

IDR-T : Intradermoréaction à la tuberculine

IV : Intra veineuse

LBA : Lavage broncho alvéolaire

LSD : Lobe supérieur droit

NYHA : New york heart association

NFS : Numération formule sanguine

ORL : Oto-rhino laryngologie

Pm : Poids moléculaire

PNN : Polynucléaire neutrophile

PPH : Pneumo-phtisiologie

RGO : Reflux gastro œsophagien

SC : Sous cutanée

**SERFO : Centre de recherche de formation sur le
VIH /TUBERCULOSE**

TDD : Type de description

TDM : Tomodensitométrie

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

VS : Vitesse de sédimentation

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

L'abcès du poumon est un foyer de suppuration localisé qui se collecte dans une cavité néoformée creusée dans le poumon par une inflammation aiguë non tuberculeuse [1].

Il est devenu rare depuis l'avènement et l'usage des antibiotiques. L'abcès du poumon survient toujours sur un terrain particulier et peut engager le pronostic vital. Les étiologies sont multiples et dominées par les germes anaérobies [2].

Si le diagnostic positif est aisé grâce à l'examen clinique et l'imagerie, la recherche étiologique reste ardue. L'abcès du poumon survient le plus souvent sur un terrain débilité tel que le tabagisme, l'éthylisme, le diabète etc [3].

La prise en charge initiale repose sur une antibiothérapie empirique, puis adaptée en fonction de la sensibilité.

La fréquence des abcès des poumons est en nette régression dans les pays développés, moins de 1%. Cette diminution de la fréquence est liée à un plateau technique performant et une prise en charge précoce des infections respiratoires [4].

Cependant, cette prévalence varie entre 1 à 3% dans les pays en développement notamment en Afrique au sud du Sahara.

Une étude réalisée au Togo dans le service de pneumo-phtisiologie et d'infectiologie du CHU Tokoin de 1981 à 1993 a noté 144 cas d'abcès du poumon avec une fréquence de 1,28% des cas d'abcès du poumon [5].

Au Mali la fréquence hospitalière de cette pathologie était de 1,87% dans le service de pneumo-phtisiologie en 2004 [6].

Après une décennie passée et y égard le plateau technique, l'augmentation de facteurs de risque de cette pathologie, nous initions cette étude dont le but est de décrire les aspects épidémio-cliniques et évolutifs de l'abcès du poumon dans le service de pneumo-phtisiologie (PPH) du Point-G.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier les aspects cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs des abcès du poumon dans le service de pneumo-phthisiologie du centre hospitalier universitaire du point G.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des abcès du poumon,
- Déterminer les caractéristiques cliniques et paracliniques des abcès du poumon,
- Evaluer l'évolution sous traitement des abcès du poumon.

I- GENERALITES

I- GENERALITES

1-Définition :

L'abcès du poumon est une suppuration collectée dans une cavité néoformée, creusée en plein parenchyme pulmonaire par une inflammation aiguë non tuberculeuse [7].

Cette définition exclue les suppurations sur cavités préexistantes :

- Bulles d'emphysème
- Cavités séquellaires de tuberculose.
- Tumeurs excavées

2-Historique

Dès la fin du XVII siècle, on trouve dans la littérature médicale des observations d'abcès du poumon dont certains sont déjà traités par la pneumonectomie, mais ce sont là les faits isolés de l'opinion qui règne pendant tout le siècle dernier et celle établie par l'autorité de DIEULAFOY en affirmant qu'il n'y a pas de lésions organiques plus rares qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire et que sur plusieurs centaines d'ouvertures de péripneumonies, il ne s'est trouvé que cinq ou six fois en présence de cette lésion [8].

En 1920, David Smith a supposé que le mécanisme de l'infection était l'aspiration des bactéries orale en observant que les bactéries retrouvées sur les parois de l'abcès à l'autopsie ressemblaient à celles trouvées au niveau gingival à l'époque, le traitement était chirurgical, mais l'arrivée des antibiotiques à la fin des années quarante a permis une chute importante du taux de mortalité et une prise en charge chirurgicale de plus en plus rare, indépendamment de la taille de l'abcès [9]. Plus récemment enfin sont précisées les indications et la technique chirurgicale dans le cas d'abcès putride; grâce aux travaux de NEUHOFF et TOUROFF [10].

3-Intérêts :

C'est une affection relativement fréquente dans notre région.

La modification de la physionomie de l'abcès du poumon est due à l'apparition des antibiotiques : formes classiques plus rares, émergence de formes frustes décapitées par une antibiothérapie anarchique retardant le diagnostic et modifiant le profil bactériologique au profit des germes plus virulents et résistants aux antibiotiques.

La recherche du milieu de contamination est importante : extra hospitalière (communautaire) ou nosocomiale (germe souvent poly résistant).

C'est une maladie de l'adulte de 40 à 50 ans avec une prédominance masculine survenant chez 8 à 9 hommes pour une femme.

Le terrain joue un rôle déterminant pour le pronostic presque toujours particulier. Les principaux facteurs favorisants sont : l'éthylisme ; le diabète ; le tabagisme ; les différentes déficiences métaboliques et immunologiques [11].

Le diagnostic positif est relativement facile par la radiographie thoracique, orientée par la clinique, cependant le tableau clinique est souvent abâtardi par une antibiothérapie à l'aveugle.

Les étiologies sont multiples, dominées par les germes anaérobies

Avoir la hantise d'un cancer broncho-pulmonaire qui peut être le facteur favorisant ou la circonstance de découverte pour ce dernier « arbre qui cache la forêt ». L'abcès du poumon est une affection grave pouvant engager le pronostic vital par la survenue de vomique massive, mais également le pronostic fonctionnel dans les abcès avec destruction parenchymateuse importante.

Le traitement est surtout médical mais l'antibiothérapie et la kinésithérapie respiratoire doivent être suffisamment prolongées [11,12].

4-Epidémiologie et facteurs de risque

La fréquence des abcès pulmonaires dans la population générale est inconnue, mais ils causent 4 à 5,5 pour 10 000 admissions à l'hôpital, chaque année aux Etats-Unis.

L'abcès pulmonaire était souvent fatal durant l'ère pré antibiotique.

On décrit qu'un tiers des patients guérissait, un tiers décédait, et un tiers survivait avec des complications telles qu'abcès récurrents, empyème chronique ou bronchiectasies [9].

La survenue d'un abcès pulmonaire fait suite à une contamination aérogène, pour laquelle interviennent trois facteurs : l'inhalation de sécrétions oro pharyngées ; un inoculum bactérien peut être important chez les sujets au mauvais état buccodentaire notamment s'il existe une gingivite ou une infection parodontale ; une altération des défenses anti-infectieuses peut être locale par obstacle endo-bronchique (tumeur ; corps étranger surtout chez l'enfant) ou générale par tabagisme ; alcoolisme ; diabète mal équilibré [13].

5-Physiopathologie

Les voies aériennes sous-glottiques sont normalement stériles. L'infection respiratoire survient quand les capacités d'épuration microbienne sont dépassées. Trois facteurs interviennent dans le développement d'une infection respiratoire basse : la virulence microbienne, la taille de l'inoculum, le terrain sous-jacent [7].

Il existe trois modes de contamination du parenchyme pulmonaire:

- **Voie bronchogène principalement** : Il s'agit

Une micro-aspiration, une inhalation de matériels ou de particules septiques d'origine buccale ou pharyngée en cas de trouble de la conscience, et de suppression du réflexe tussigène dans les états d'ébriété, d'anesthésie générale, de coma et d'AVC, RGO, Mendelson [7].

NB: Un mauvais état bucco-dentaire est un important facteur favorisant.

La complication d'une broncho-pneumopathie obstructive favorise la colonisation microbienne : CE, DDB, Cancer broncho-pulmonaire

- **Voie lympho-hématogène** : entraînent :

Des complications de septicémies et de septicopyoémies, à partir de foyers infectieux à distance. Il s'agit des toxicomanes IV ; des malades de réanimation, des cathéters IV ; des infections ORL et cutanées,...responsables habituellement d'abcès multiples

Des suppurations de voisinage qui sont sous diaphragmatique, pleurale ou médiastinale.

- **Inoculation directe** : est secondaire à une opération chirurgicale, ou à une contusion pulmonaire infectée, un traumatisme thoracique.

Les germes parvenus au niveau du parenchyme pulmonaire entraînent une pneumopathie.

En cas d'infection par les germes nécrosants, l'évolution se fait vers l'abcédation ou la nécrose (pneumatocèle) en l'absence de prise en charge précoce et efficace [12].

6-Anatomie pathologique

La formation d'un abcès comporte trois stades évolutifs qui sont corrélés aux stades radio cliniques :

- La phase de constitution correspond à une alvéolite suppurée,

- La phase de vomique : c'est l'haleine fétide qui est le maître des symptômes à une fonte purulente du parenchyme pulmonaire,
- Le foyer ouvert à l'apparition de la cavité avec un liquide.

Les bactéries anaérobies ont un rôle essentiel néanmoins tous les agents infectieux bactériens responsables de pneumopathie infectieuse peuvent être à l'origine d'un abcès pulmonaire. Les plus souvent retrouvés sont : les bacilles Gram négatif ; des cocci Gram positif ; des bacilles Gram positif et des bactéries aérobies peuvent également être en cause isolement ou en association avec les bactéries anaérobies [13].

7-DIAGNOSTI POSITIF

7.1 TDD : ABCES DU POU MON DE L'ADULTE NON COMPLIQUE

7.1.1. Interrogatoire : doit être minutieux, policier [7].

- Précise :
 - **sexe** : masculin
 - **âge** : 40- 60 ans
 - **terrain et facteurs favorisants** :
 - tabagisme, éthylisme
 - états d'immunodépression « Diabète, prise de corticoïdes, cirrhose, malnutrition, VIH... »
 - absence d'antécédents de tuberculose pulmonaire
 - absence de néoplasie évolutive
 - bronchectasie, BPCO
 - affections ORL ou stomatologiques, RGO
 - Notion d'hospitalisation en réanimation
 - Permet d'établir l'histoire de la maladie en précisant les signes généraux et fonctionnels

7.1.2. Signes

Classiquement, l'abcès primitif du poumon évolue en trois (3) phases qui ne sont plus ou qui sont rarement rencontrées depuis l'ère des antibiotiques:

a-Phase de constitution ou pneumonique

Cliniquement, c'est le tableau d'une pneumonie aigue bactérienne avec installation brutale de :

➤ **Signes généraux**

Fièvre : élevée, permanente, oscillant entre 39 et 40°C,

Frissons : intenses, « solennels » avec sensation de froid

Pouls : accéléré en rapport avec la température

Faciès terreux, infecté

➤ **Signes fonctionnels** se caractérisent par :

Une douleur thoracique

- De type, de siège et d'intensité variables,
- Habituellement à type de point de côté ou coups de poignard, sans irradiation, intense, inhibant l'inspiration
- Permanente, exacerbée par la toux et les mouvements respiratoires [7].

Une toux

- Il s'agit habituellement d'une toux quinteuse, pénible, douloureuse, sèche ou peu productive ramenant une expectoration muqueuse, « rouillée », sans horaire particulier

Une dyspnée

- Elle est d'intensité variable selon étendue de la lésion, influencée par la douleur thoracique
- habituellement modérée, à type de polypnée superficielle avec une fréquence respiratoire à chiffrer (Pm, NYHA)

Autres :

- asthénie physique importante
- Anorexie non sélective

➤ **Signes physiques** :

- Habituellement pauvres, discrets :
- Matité localisée, +/- franche
- Foyer de râles bronchiques, crépitant, ou sous-crépitant isolés
- Cependant, on peut retrouver un syndrome de condensation pulmonaire franc,
- L'examen physique peut paraître normal également.

b-Phase de vomique

Du jour au lendemain, le malade devient un « cracheur » de pus franc, ± fétide (orienté vers les anaérobies...) : c'est la vomique qui est le symptôme le plus évocateur d'abcès pulmonaire.

C'est le rejet brutal, au milieu d'efforts de toux, d'une collection suppurée parenchymateuse brusquement rompue dans les bronches [7,12].

➤ **Prodromes** : accès de fétidité de l'haleine, de nausées ou une hémoptysie de faible importance.

➤ **Phase d'état**

- Classiquement, c'est la vomique dite massive, faisant évoquer immédiatement le diagnostic : elle est brutale et abondante, survenant au décours d'une douleur déchirante dans la poitrine, souvent syncopale, le malade rejette au cours d'un effort de toux une grande quantité de pus par la bouche et parfois par les narines. Un état de choc peut accompagner cette vomique avec tachycardie, pouls filant, cyanose des extrémités, agitation et angoisse.

Mais elle est devenue rare, à cause de la prescription systématique et anarchique d'antibiotiques devant toute pneumopathie infectieuse.

- Si bien que c'est sous la forme de vomique « fractionnée » ou « nummulaire » qu'elle se manifeste : expectorations purulentes plus ou moins abondantes, répétées plusieurs fois par 24 heures facilement méconnue

Cette expectoration sera recueillie dans un verre gradué permettant d'apprécier son abondance et son aspect ; elle se sédimente ainsi en trois couches : le pus superficiel, le surnageant, le mucus avec filament purulent, et le pus épais au fond du verre.

Dans les cas où la fièvre était franche, cette vomique entraîne une défervescence thermique remarquable consécutive au drainage.

c-Phase de foyer ouvert

Le diagnostic semble aisé et c'est généralement à cette phase que le malade consulte du fait d'une fétidité de l'haleine, qui le gêne et qui gêne son entourage.

Cette phase est caractérisée par :

Clinique

➤ Signes fonctionnels

Toux : fréquente, quinteuse productive avec une expectoration purulente abondante, ± fétide parfois hémoptoïque

Dyspnée : à type de polypnée superficielle, d'intensité variable

Douleurs thoraciques : localisées, fixes, déclenchées par la toux

Autres : asthénie physique importante, anorexie non sélective, amaigrissement important.

➤ Signes généraux

Défervescence thermique incomplète, avec une fièvre oscillante 38 à 39°C

NB : Aux phases de rétention avec faible volume des expectoras et fièvre, succèdent des périodes de détersion avec défervescence et vomique: ainsi, les courbes d'expectoration et de fièvre se croisent.

Etat général altéré avec pâleur, faciès émacié, terreux, langue saburrale, maigreur, signes de dénutrition

➤ Signes physiques

Pauvres et rarement évocateurs du diagnostic , on peut retrouver :

- des signes en foyer de condensation pulmonaire : discrète augmentation des vibrations vocales, submatité, râles crépitant et sous-crépitant, souffle tubaire et cavitare.
- Un syndrome pseudo-pleurétique dont la ponction ramène un liquide purulent en cas d'abcès volumineux périphérique, pouvant poser un diagnostic différentiel avec une pleurésie purulente

Examen complet +++ : ORL, stomatologique

7-2-Paracliniques

a-Imagerie médicale

➤ Radiographie thoracique

- **Incidence de face, profil systématique du côté atteint**

- **Image typique :**

- opacité parenchymateuse, siégeant le plus souvent dans le segment postérieur du LSD infiltrative, homogène, dense ou floue en verre dépolie, mal limitée.
- Avec en son sein une image hydro aérique : c'est une image arrondie ou ovalaire,
 - ~ de dimensions variables,
 - ~ à paroi d'épaisseur variable, habituellement fine
 - ~ présentant à sa partie inférieure une opacité dense de tonalité liquidienne à limite supérieure nette horizontale dont le niveau est variable d'une radiographie à l'autre, surmontée d'une clarté.
- Parfois on voit une bronche de drainage partant de l'image vers le hile.

- **Autre image possible :**

- Image cavitaire à contenu vide, à paroi ± épaisse, irrégulière
- opacité arrondie ou ovalaire, « pleine », dense homogène sans bronchogramme ou alvéologramme.

Dans ces cas d'autres examens s'imposent car peuvent entrainer un doute diagnostique

NB : aspect caractéristique de l'abcès : sa fixité topographique et sa variabilité morphologique.

Au stade de constitution : l'image radiologique est celle d'une opacité dense homogène, mal systématisée à limites floues



Figure 1 : Abcès du poumon au stade de foyer fermé [7].

Au stade de foyer ouvert :

- cavité ovalaire à grand axe vertical au sein opacité non systématisée
- parois moins épaisses + régulières que néo excavé
- **Classique image hydro aérique.**
- Bronche de drainage partant de la cavité vers le hile.
- Réaction pleurale +/- importante.

Quel que soit le type d'image: la variabilité des anomalies à des examens radiographiques successifs constitue un caractère important.



Figure 2 : opacité arrondie à niveau hydro aérique gauche [7].



Figure 3 :abcès pulmonaire gauche avec le niveau hydro -aérique [7].



Figure4 : abcès pulmonaire droit chez l'enfant [7]



Figure 5 : abcès à droite sur un cliché de profil [7].

- La topographie précise de l'abcès est mieux étudiée sur un cliché thoracique de profil.

-Siège : soit dans le lobe supérieur (habituellement segment dorsal), soit dans les segments postérieurs du lobe inférieur ou du lobe moyen

- **Tomodensitométrie thoracique** : utile pour
- **le diagnostic lésionnel et étiologique** :
 - la topographie, la taille et le nombre des abcès
 - Etat du parenchyme pulmonaire et de l'arbre bronchique : lésions associées, complications
 - facteurs favorisants locaux: tumeur broncho-pulmonaire, CE, DDB
 - guide la ponction du pus (intérêt thérapeutique également)
- **le diagnostic différentiel** (cf chapitre correspondant)

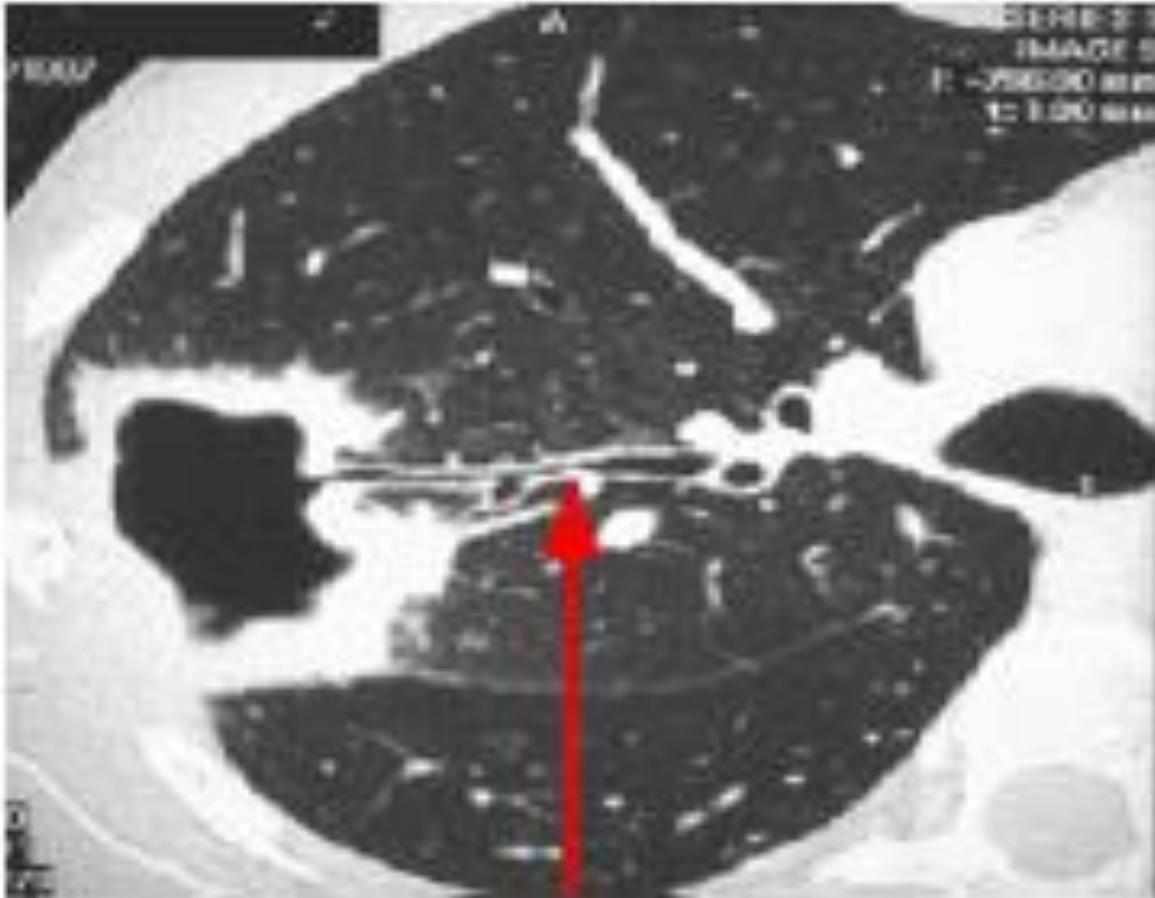


Figure6 : abcès avec une bronche de drainage [7]

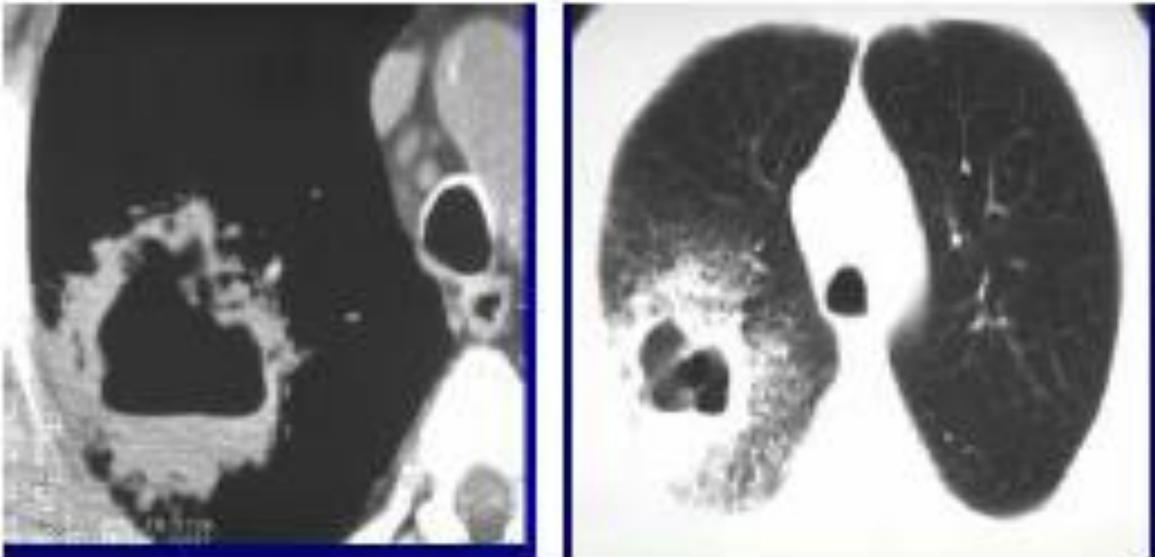


Figure 7:Abcès au sein d'une zone de comblement alvéolaire [7]

➤ Echographie thoracique

- Objective l'abcès du poumon lorsqu'il est proche de la paroi thoracique : image hypo-échogène.
- Guide la ponction exploratrice ou évacuatrice du pus d'abcès (prudence++).

b-Biologie

Bilan sanguin : se caractérise par :

Une constante hyperleucocytose, habituellement importante, entre 15 et 20.000 avec une polynucléose neutrophile, assez précoce et durable.

Un syndrome inflammatoire non spécifique : VS accélérée, CRP positive, anémie inflammatoire ou mixte, ...

Par ailleurs on effectuera aussi un ionogramme sanguin, une glycémie à jeun, un bilan hépatique et rénal, protidogramme pour apprécier au mieux le terrain. (Retentissement au niveau de la fonction rénale et recherche d'un diabète jusque-là encore méconnu, état de nutrition), sérologie HIV

➤ Bactériologie : culture et antibiogramme systématique

- Les hémocultures, systématiques, de préférence au moment d'un pic thermique ou de frissons intenses. Avant toute antibiothérapie, à répéter si nécessaire
- Examen cytbactériologique des expectorations, du pus d'abcès ponctionné, des prélèvements par fibroscopie
- Bilan tuberculeux si doute: bascilloscopie, IDR-T, culture sur milieux de Lowenstein des expectorations
- ECBU, Recherches d'Ag solubles de *S. pneumoniae*, *H. influenza*, *K. pneumoniae* dans les urines

c-Fibroscopie bronchique :

- Pour certains auteurs, doit être réalisées systématiquement+++
 - recherche un facteur favorisant local, dont l'abcès peut masquer: cancer ; CE.
 - Permet le prélèvement de fragments biopsiques pour une étude histologique
- Très utile pour l'isolement des germes responsables : aspiration des sécrétions, LBA, brossage bronchique protégé (BBP) dont l'analyse bactériologique fournira une base rationnelle au choix de l'antibiotique à utiliser [7,12].

7.3.Evolution pronostic

a-Eléments de surveillance

- Courbe de température et de l'expectoration
- Courbe de poids
- Etat général
- Numération formule sanguine, VS et CRP
- Examens radiographiques

b-Modalités évolutives

- **En l'absence de traitement** : l'évolution peut se faire :

Vers la guérison spontanée mais exceptionnelle

Vers le passage à la chronicité

Vers la mort dans un tableau de toxi-infection grave, aux frontières de la gangrène pulmonaire avec état cachectique

- **Sous traitement**

- **Précoce, bien conduit, suffisamment prolongé**

- évolution favorable (90% des cas) avec disparition complète des signes cliniques en 6 - 8 semaines. Le nettoyage radiologique est toujours en retard par rapport à la clinique.
 - aboutit à une restitution anatomo -radiologique
 - complète ou
 - avec séquelle. Dans un ¼ des cas environ, des séquelles persistent. C'est essentiellement la cavité résiduelle non sécrétante, sans expectoration ni infiltration péri cavitaire ; il s'agit d'une cavité finement cerclée correspondant à l'abcès détergé, secondairement épithéliasé, véritable kyste acquis intra pulmonaire le plus souvent bien toléré, mais exposant quelques fois à une nouvelle infection de la poche dans les années qui suivent [7,14].
- **Ailleurs** : traitement tardif ou mal conduit ou germe résistant ou bien terrain particulièrement défavorable (diabète, alcoolisme, bronchitique chronique, gros fumeur).

Complications précoces

- La vomique asphyxique par inondation bronchique
- Hémoptysies
- La septicopyoémie responsable d'abcès cérébral, d'abcès rénaux ou de coagulation intra vasculaire disséminée...
- La cachexie liée au terrain nutritionnel
- La pleurésie purulente, pyopneumothorax par ouverture de l'abcès dans la plèvre

Complications tardives

- passage à la chronicité avec anatomiquement un bloc de pyosclérose rétractile, ou la suppuration est à la fois bronchique et pulmonaire, ou cliniquement les poussées de suppuration alternent avec des rémissions incomplètes. L'intervention chirurgicale d'exérèse s'impose.
- Greffe aspergillaire dans une cavité résiduelle détergée [8,14].

7.4 FORMES CLINIQUES

7.4.1 Formes selon le terrain

a-Chez le nourrisson :

C'est la staphylococcie pleuro-pulmonaire:

Particularité de la porte d'entrée : abcès du sein chez la mère

Phase de début : syndrome infectieux, inflexion pondérale et signes digestifs

Phase d'état : détresse respiratoire (polypnée, cyanose), météorisme abdominal,

Lésions bulleuses radiologiques

Complications : Pleurésie purulente, pyopneumothorax, Méningite, ostéomyélite, Troubles électrolytiques

b-Chez l'enfant :

Fréquence des corps étrangers méconnus

Recherche d'une affection dysimmunitaire,

c-Chez le sujet âgé :

La symptomatologie clinique est abâtardie (sujets sous couverture antibiotique).Le pronostic est mauvais car terrain souvent débilité.

7-4-2- Formes symptomatiques

Formes décapitées ou abâtardies

Il faut insister sur ces formes atténuées, très fréquentes, et qui sont, en général, le fait d'une antibiothérapie préalable anarchique, insuffisante devant toute pneumopathie infectieuse ou de terrains particuliers (vieillards, sujets immunodéprimés)

Les éléments du diagnostic: fièvre moins élevée et signes respiratoires d'appel moins nets : la vomique, qui est un signe précieux pour le diagnostic d'abcès du poumon, n'est pas toujours facile à démontrer. Il faut alors rechercher ses équivalents mineurs :

- Fétidité transitoire de l'haleine
- Vomique fractionnée apparaissant du jour au lendemain
- Hémoptysie

La radiographie confirme l'abcès.

7-4-3-Formes compliquées

Complications précoces

- La vomique asphyxique par inondation bronchique
- Hémoptysies
- La septicopyoémie responsable d'abcès cérébral, d'abcès rénaux ou de coagulation intra vasculaire disséminée...
- La cachexie liée au terrain nutritionnel
- La pleurésie purulente, pyopneumothorax par ouverture de l'abcès dans la plèvre

Complications tardives

- passage à la chronicité avec anatomiquement un bloc de pyosclérose rétractile, ou la suppuration est à la fois bronchique et pulmonaire, ou cliniquement les poussées de suppuration alternent avec des rémissions incomplètes. L'intervention chirurgicale d'exérèse s'impose.
- greffe aspergillaire dans une cavité résiduelle détergée

7-4-4-Formes Étiologiques :

a-Abcès primitif :

Aucun facteur étiologique local ou général objectivé

b-Abcès secondaire :

Pénétration du germe est liée à une cause locorégionale (CE, sténose bronchique par ex.) ou générale telle qu'un déficit immunitaire, un diabète ...

8. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL [7]

Le cancer broncho-pulmonaire :

Tous les types de cancers, mais surtout le cancer épidermoïde : abcès à parois épaisses, irrégulières, anfractueuses, le niveau liquidien est inconstant, il n'existe pas de bronche de drainage. Toujours y penser chez le sujet de plus de 45 ans, fumeur, de surcroît éthylique et exerçant une profession exposée

Suppuration de cavités préexistantes : antécédents +++

- bulles d'emphysème
- cavités séquellaires de tuberculose.
- Tumeurs excavées : **NB** : l'abcès peut être une CDD « arbre qui cache la forêt »
- Pyo pneumothorax, pleurésie purulente enkystée secondairement fistulisée
- kystes hydatiques rompus ou surinfectés
- DDB : pseudo-vomique

9-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

a- Germes

On observe souvent une flore poly microbienne : anaérobies dans 60-90% des cas

Bactéries anaérobies : *peptostreptocoques*, *Bactéroïdes fragilis*,
Fusobacterium nucleatum

Les plus fréquents, souvent secondaires à une inhalation, chez le grand éthylique, avec un état bucco-dentaire déplorable : abcès multiples, putrides+++

Grams positifs :

Staphylocoque doré

Souvent rencontrés chez le nourrisson,

En augmentation de fréquence chez l'adulte : sujets âgés, diabétiques, toxicomanes, sujets hospitalisés.

Images d'abcès multiples, bilatérales avec complications : pneumothorax, pyopneumothorax, l'empyème, les métastases septiques, emphysème sous cutané.

Pneumocoques : aux âges extrêmes (enfant, sujet âgé).

Grams négatifs :

Klebsiella pneumoniae : affection à haute gravité puisque mortelle à 50 % des cas.

Souvent noté chez les sujets immunodéprimés, alcooliques ou tabagiques, diabétiques, chez les patients antérieurement hospitalisés, et ou soumis à des antibiothérapies.

Altération de l'état général profonde, « pneumonie bombée » à la radiographie du thorax avec de nombreuses cavités témoins de l'importance de la nécrose (pneumonie disséquante) et une fréquente atteinte pleurale [8].

Pseudomonas aeruginosa

Le plus fréquent et le plus grave des germes nosocomiaux. En milieu extrahospitalier, on l'observe chez les sujets débilisés. En milieu hospitalier, il est observé chez les brûlés et les malades en réanimations.

Le tableau clinique est celui d'une bronchopneumonie nécrosante extensive souvent bilatérale. L'évolution est habituellement défavorable car germe résistant [8].

b- Parasites

Entamoeba histolytica

C'est la 2ème localisation extra intestinale après le foie. Il peut paraître banal à priori, il faut toujours y penser si la flore trouvée dans le pus expectoré est pauvre ou nulle, ou si le pus est brunâtre, chocolat ; il ne faut pas compter sur la découverte de l'amibe dans le pus rejeté. Il faut rechercher les antécédents de dysenterie et surtout de l'amibiase hépatique, très fréquente dans ces cas et faire une sérologie amibienne.

Radiologiquement, il s'agit presque toujours d'abcès de la base droite avec paralysie ou déformation diaphragmatique. Le traitement d'épreuve anti-amibien, sans être absolu, est le test diagnostique majeur

c-Porte d'entrée :

Les mécanismes de contamination du parenchyme pulmonaire sont :

- voie bronchogène principalement : micro-aspiration, inhalation de matériel septique
- voie lympho-hématogène : septicémie, septicopyoémie à partir de foyer suppuratif+/-distant
- Inoculation directe : Chirurgie thoracique, traumatisme du thorax

d-Terrain et facteurs favorisants

- cancer bronchique, corps étranger, bronchectasies, infarctus pulmonaire favorisant la colonisation bactérienne
- trouble de la conscience, et de suppression du réflexe tussigène : états d'ébriété, anesthésie générale, coma et AVC, ...
- dysfonctionnement de l'œsophage : RGO, Hernie hiatale,...
- tabagisme, toxicomanie
- états d'immunodépression « diabète, prise de corticoïdes, cirrhose, malnutrition, VIH... »
- affections ORL ou stomatologiques : mauvais état bucco-dentaire +++
- Notion d'hospitalisation en réanimation : germes résistant, cathéter IV...

10-TRAITEMENT

a-Traitement curatif

Buts

- Stériliser les foyers infectieux
- Prévenir et/ou traiter les complications et séquelles
- Prise en charge du terrain

Moyens

Mesures hygiéno-diététiques

- Repos strict au lit
- Apports nutritionnels hypercaloriques, protidiques, vitamines, oligoéléments et sels minéraux.
- Prévention de la décompensation et traitement d'une tare associée (Diabète, Insuffisance rénale...)
- Arrêt tabac et alcool

Médicaments [12].

➤ **Antibiotiques :**

Les molécules utilisées sont :

- Amoxicilline + acide clavulanique: 3 à 6g/ jour en 3 administrations +++
- Amoxicilline : 3 à 6g/ jour en 3 administrations
- Métronidazole : 1.5 à 2g/jour en 3 à 4 administrations
- Clindamycine : 600 à 2400mg/ jour, en 3 à 4 administrations
- Oxacilline : 3 à 6g/ jour en 3 à 4 administrations
- Aminocide (amikacine, netilmycine, gentamycine) : 80 à 160mg en 1 à 2 injections
- Vancomycine : 500 mg/j à 2 g/j en trois à quatre prises

- Fosfomycine : 100 à 200mg/kg/jour en 2 à 3 administration/jour
- Fluoroquinolone (perfloxacin : 400mg 2x/j, ofloxacin : 400mg 2x/j , ciprofloxacine : 250-500mg 2x/j
- C2G ou C3G (céfotaxime, ceftazidime...) : 2 à 4 g /jour en 2 administrations

➤ **Autres médicaments :**

- expectorants et muco régulateurs,
- antalgiques et antipyrétiques,
- antianémiques : Fer
- Apport vitaminique : Dynamogène* ...
- HBPM : 1 inj SC/jour

Kinésithérapie respiratoire [12].

Drainage postural +++ ou mieux la broncho-aspiration,

Permettent l'évacuation des sécrétions par la bronche de drainage et diminuent les séquelles à long terme

Drainage percutané

De préférence précoce, guidé par l'échographie ou la tomographie. Il permet d'identifier le germe et limite le recours à la chirurgie

Chirurgie

Segmentectomie, lobectomie ou pneumonectomie.

b-Indications : fonction de l'étiologie.

Antibiothérapie

Elle doit être mise en route dès que les prélèvements bactériologiques sont effectués. Le choix de l'antibiotique dépend initialement de l'orientation diagnostique puis du résultat des prélèvements bactériologiques. Il doit avoir une bonne diffusion broncho-pulmonaire et doit tenir compte du terrain (fonction rénale, hépatique ...)

Elle est initialement entreprise par voie intra veineuse, relayée par la voie orale lorsque l'amélioration clinique est obtenue.

La durée moyenne du traitement est de 6 à 8 semaines.

En règle générale, l'antibiothérapie doit couvrir les anaérobies, responsables la plupart du temps. Le traitement de 1ere intention fait appel à :

- l'association amoxicilline + acide clavulanique : 3 à 6g/ jour en 3 administrations +++
- l'association amoxicilline : 3 à 6g/ jour en 3 administrations + métronidazole : 1.5 à 2g/jour
- clindamycine : 600 à 2400mg/ jour, en 3 à 4 administrations

En fonction des résultats de la bactériologie, l'antibiothérapie peut être modifiée et dirigée contre :

- Les staphylocoques: oxacilline + aminoside
- En cas de souche R à la méticilline : choisir une association en fonction des données de l'antibiogramme ; généralement on a recours à la vancomycine, fosfomycine, rifampicine et parfois fluoroquinolone (perfloxacin, ofloxacin, ciprofloxacine)
- Les BGN : C2G ou C3G (céfotaxime, ceftazidime...) + aminoside
- amibes : amoxicilline + acide clavulanique_ 3 à 6g/ jour en 3 administrations + métronidazole : 1.5 à 2g/jour

Kinésithérapie respiratoire

Eradication d'un éventuel foyer infectieux initial

- Il faut ajouter le traitement indispensable d'un éventuel foyer septique initial, cutané et, surtout, stomatologique (l'éradication des foyers dentaires septiques est absolument nécessaire).
- Un reflux gastro-œsophagien sera recherché et traité

Mesures hygiéno-diététiques

Prise en charge du terrain

Drainage percutané

Chirurgie [8]

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical, de séquelles sources de complications (hémoptysie, greffe aspergillaire).

c-Résultats

Actuellement l'évolution sous traitement correct est simple. Les résultats sont l'ensemble remarquables : 95 % de guérisons dans les abcès récents traités tôt ; 60 % de guérisons encore dans les abcès anciens de moins de 6 mois d'évolution.

Les critères de guérison sont :

- Etat général excellent
- Absence de tout signe fonctionnel et/ou physique
- Vitesse de sédimentation normale
- Apyrexie stable
- Recul évolutif de 6 semaines antibiothérapie
- Images radiologiques avec 3 éventualités : normale ou cicatrice stellaire ou cavité résiduelle.

d-Traitement préventif [8]

Le traitement préventif consiste à :

- Traiter les pneumopathies aiguës par les antibiotiques à doses suffisantes jusqu'à guérison complète
- Traiter les infections dentaires, pharyngées, ORL
- Equilibrer les perturbations métaboliques
- Arrêter l'alcool et le tabac

II-MATERIEL ET METHODES

II- MATERIEL ET METHODES

Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de Pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Présentation du CHU :

L'hôpital du Point-G a été créé en 1906 comme hôpital militaire de l'Afrique-Occidentale Française (AOF) abritant les blessés de guerre.

Ce n'est qu'en 2001 qu'il est devenu un centre hospitalier universitaire avec l'avènement de l'université de Bamako en 1996.

Il est situé à la périphérie nord de la ville de bamako sur une colline surplombant la ville près de l'ancien village de Nianankorobougou .

Le village est devenu un des quartiers de bamako en 1975 et a pris le nom de point-G ; ce nom aurait été attribué à la colline à la suite d'une série de notation des points stratégiques du colonisateur.

Présentation du service :

Le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital du point- G est situé au sud- est de l'entrée principale, c'est un bâtiment d'un étage qui comprend :

- Un rez-de-chaussée
- Une unité composée de 6 salles avec 20 lits pour l'hospitalisation des malades atteints d'affections respiratoires.
- 5 bureaux des médecins pour les consultations.
- 1 salle des internes.
- 2 bureaux pour les techniciens de santé.
- 1 salle de fibroscopie bronchique et de biopsie pleurale.
- 1 salle de soins.
- 1 salle de prélèvement et d'observations pour le **SEREF0**.
- 1 salle pour les techniciens de surface.
- 2 magasins de stockage des médicaments et des matériels médicaux.
- 1 salle des archives

A l'étage : l'unité de tuberculose

-1 unité composée de 15 salles d'hospitalisations avec 33 lits réservés aux malades atteintes de tuberculose.

-1 salle de conférence.

-1 salle pour le major.

-1 salle pour les infirmiers.

Organisation du personnel

Le personnel est composé de :

-7 médecins dont 5 spécialistes et 2 généralistes.

-7 médecins en spécialisation

- 3 étudiants internes thésards.

-7 infirmiers.

-3 techniciens de surface.

-2 assistantes d'administration

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 01 janvier au 31 décembre 2016 soit une période d'un an

Population d'étude

Notre étude concernait tous les cas d'abcès du poumon durant la période d'étude admis dans le service de pneumologie au CHU du point G

Critère d'inclusion

Patient de tout âge quelque soit le sexe ayant les signes cliniques et radiologiques d'abcès du poumon hospitalisé ou suivi en ambulatoire et / ou ayant bénéficié d'une fibroscopie bronchique ayant accepté le consentement verbal éclairé.

Critère de non inclusion

Patient de tout âge sans distinction de sexe ayant les signes cliniques et radiologiques d'abcès du poumon hospitalisé ou suivi en ambulatoire et/ou ayant bénéficié d'une fibroscopie bronchique n'ayant pas pu réaliser les examens complémentaires ou ayant refusé le consentement verbal éclairé.

Echantillonnage

Il a été exhaustif et a concerné tous les patients répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

Variables d'étude ;

- Quantitatives : âge, HB, PNN, durée du traitement, durée d'hospitalisation
- Qualitatives : sexe, ATCD, crachat BAAR, germes, traitement, Gène xpert

Collectes et analyse des données ;

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête, traitées avec Word du pack office 2007 de Microsoft, la saisie et l'analyse des variables ont été faites à l'aide du logiciel SAS.9.3 et les graphiques ont été réalisés à partir d'Excel du pack Office 2007 de Microsoft.

Considération éthique

Le respect de la confidentialité a été observé par l'utilisation des fiches d'enquêtes anonymes et le consentement verbal a été obtenu chez tous les patients recrutés pendant la phase prospective.

III- RESULTATS :

III- RESULTATS :

Du 01 janvier au 31 décembre 2016 nous avons colligé 14 cas d'abcès pulmonaire sur 4801 patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire pour une pathologie respiratoire, soit une prévalence de 0,30%.

A -Aspects sociodémographiques :

1-Répartition selon le sexe :

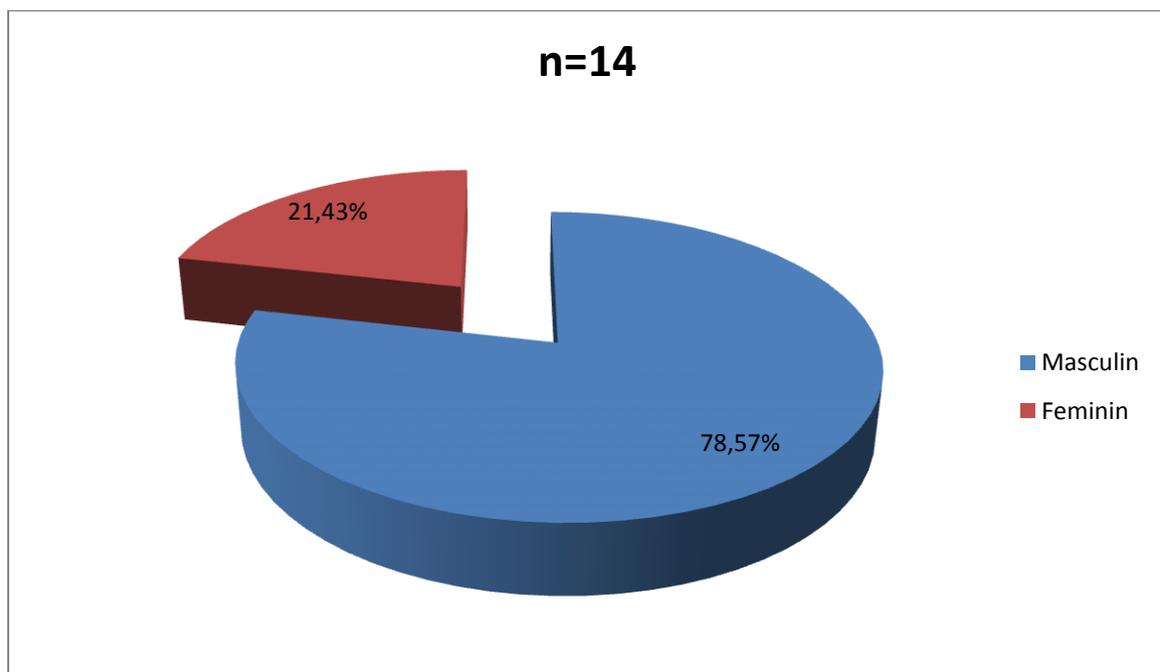


Figure 8 : Répartition selon le sexe

Le sexe masculin prédominait avec 78,57% soit un sex-ratio de 3,66.

2- Répartition selon la tranche d'âge :

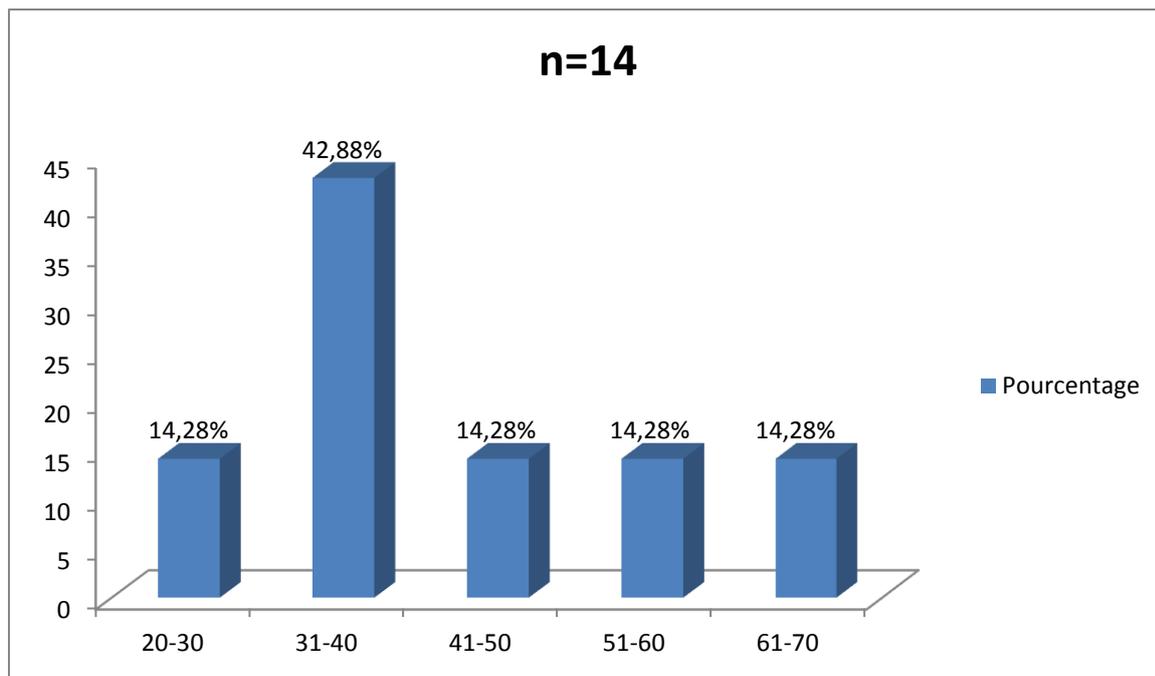


Figure 9 : Répartition selon la tranche d'âge

La tranche d'âge 31-40 ans était la plus représentée avec 42,88%.

L'âge moyen est de 45,7 ans \pm 16,5 avec des extrêmes de 20 et 63 ans

3-Répartition des patients selon la profession :

Tableau I : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateurs	5	35,71
Ménagères	3	21,43
Chauffeurs	2	14,30
Ouvriers	1	7,14
Bijoutiers	1	7,14
Fonctionnaires	1	7,14
Commerçants	1	7,14
Total	14	100

Les cultivateurs, les ménagères et les chauffeurs étaient les plus représentés avec respectivement 35,71%, 21,43% et 14,30%.

B-Aspects cliniques :

1- Répartition selon les antécédents personnels :

Tableau II : Répartition selon les antécédents personnels

ATCD Personnels	Effectif	Pourcentage
Fumeur	9	64 ,30
Diabète	1	7,14
Cellulite dentaire	1	7,14
Sans ATCD	3	21,42
Total	14	100

Les fumeurs représentaient 64,30% de nos patients.

2- Répartition selon la sérologie VIH

Tableau III : Répartition des patients selon la sérologie VIH

Sérologie VIH	Effectif	Pourcentage
VIH -	13	92,85
VIH+	1	7,15
Total	14	100

Un seul de nos patients était VIH positif.

3- Répartition des lésions radiographiques selon les sièges.

Tableau IV : Répartition des lésions radiographiques selon les sièges.

Siège des lésions	Effectif	Pourcentage
--------------------------	-----------------	--------------------

Lobe inferieur gauche	7	50
Lobe supérieur droit	2	14,28
Lobe moyen droit	2	14,28
Lobe inferieur droit	2	14,28
Abcès multiples	1	7,16
Total	14	100

On notait une prédominance des lésions au niveau du lobe inférieur gauche dans 50 % des cas.

4- Répartition selon la réalisation de la TDM thoracique :

Tableau V: Répartition selon la réalisation de la TDM thoracique

TDM thoracique	Effectif	Pourcentage
Non	11	78,58
Oui	3	21,42
Total	14	100

Dans 78,58% des cas nos patients n'avaient pas réalisés la TDM thoracique.

5- Répartition selon la valeur des Polynucleaires neutrophiles :

Tableau VI : Répartition selon la valeur des Polynucléaires neutrophiles

PNN en %	Effectif	Pourcentage
[71-90]	8	57,15
[55-70]	6	42,85
Total	14	100

On notait une hyperneutrophilie chez tous nos patients \geq à 55%

6-Répartition selon le résultat de l'ECBE :

Tableau VII : Répartition selon le résultat de l'ECBE

Résultat de l'ECBE	Effectif	Pourcentage
Absence de germe	7	50
<i>E. coli</i>	1	7,14
<i>K.pneumoniae</i>	2	14,29
<i>C.albicans</i>	1	7,14
Citro.bacterdiversus	1	7,14
<i>S.aureus</i>	2	14,29
Total	14	100

La moitié de nos patients n'avait pas de germe à l'ECBE.

7-Répartition selon le résultat de l'aspiration :

Tableau VIII : Répartition selon le résultat de l'aspiration

Résultat de l'aspiration	Effectif	Pourcentage
Absence de germe	3	27,27

<i>E. coli</i>	1	9,09
<i>K.pneumoniae</i>	2	18,18
<i>C.albicans</i>	1	9,09
<i>P.aeruginosa</i>	4	36,36
Total	11	100

Dans 72,73 % des cas on retrouvait un germe dans l'aspiration bronchique.

8-Répartition selon la sensibilité à l'antibiogramme :

Tableau I X : Répartition selon la sensibilité à l'antibiogramme

Sensibilité à l'antibiogramme	Effectif	Pourcentage
Pas de germe	3	25
B lacta+Amino+Fluoro	1	8,33
B lacta+Fluoro	1	8,33
Amino+Fluoro	2	16,67
B lacta+Phénicolé	1	8,33
Macro+Vanco+Fosfo	1	8,33
B lacta+Amino+Colisti	1	8,33
B lacta+Amino+Vanco	1	8,33
B lactamines	1	8,33
Total	12	100

L'antibiogramme était sensible dans 75% des cas.

9-Répartition selon la molécule utilisée:

Tableau X : Répartition selon la molécule utilisée

Molécule utilisée	Effectif	Pourcentage
Métronidazole+AAC	11	78,58
Métronidazole+Thiobactin	1	7,14
Antifongiques	1	7,14
Métronidazole+C3G	1	7,14
Total	14	100

L'association Metronidazole +AAC a été la molécule la plus utilisée soit 78,58%.

10-Répartition selon la durée du traitement :

Tableau XI : Répartition selon la durée du traitement conventionnelle

Durée du traitement	Effectif	Pourcentage
Durée indéterminée	13	92,85
Durée déterminée	1	7,15
Total	14	100

La durée du traitement était indéterminée dans 92 ,85% des cas.

11-Répartition selon l'évolution:

Tableau XII: Répartition selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	12	85,72

Non favorable	1	7,14
Décédé	1	7,14
Total	14	100

L'évolution était favorable sous traitement dans 85,72% des cas.

12-Répartition selon les complications:

Tableau XIII: Répartition selon les complications

Complications	Effectif	Pourcentage
Pas de complications	12	85,72
Pyopneumothorax	1	7,14
Abcès multiples	1	7,14
Total	14	100

Deux de nos patients avaient eu des complications soit 14,28%.

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- EPIDEMIOLOGIE :

Du 01 janvier au 31 décembre nous avons colligé 14 patients sur 4801 toutes pathologies respiratoires confondues soit une prévalence de 0,30% .

Kouassi et al [3] à Abidjan ont rapporté les résultats similaires soit 0,74% inférieur à ceux de Ayoub , Tidiani ,Fall et Sergent qui ont trouvé 2% [2 ,5, 6,15]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'utilisation abusive d'antibiotiques décapitant ainsi la genèse des abcès du poumon.

2- DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

Sexe

Le sexe masculin prédominait avec un ratio à 3,66 qui se rapproche de celle de Razafimayato et al [16] à Madagascar, sex- ratio = 4

Les facteurs de risque à savoir le tabagisme, l'alcoolisme et la bronchite chronique retrouvés habituellement chez les hommes pourraient expliquer cette prédominance masculine.

Age

La tranche d'âge 20 – 40 ans était la plus représentée avec 57,16% une moyenne d'âge de 45,7ans \pm 16,5 avec des extrêmes de 20 et 63 ans.

Ayoub [2] et Tidiani [5] ont signalé 55% pour la même tranche d'âge.

Cette observation pourrait s'expliquer par le fait que les facteurs de risque tels que le tabagisme et la bronchite, prédisposant à l'abcès du poumon se retrouvent majoritairement au sein de cette tranche d'âge.

Profession

Les cultivateurs étaient les plus atteints avec 35,71% suivis des ménagères 21,43%. Tidiani [5] et Fall [6] ont rapporté respectivement 36,2% et 20,62% pour les mêmes professions.

ATCD

Le tabagisme (64,29%), le diabète (7,14%), la cellulite dentaire (7,14%) et l'infection à VIH (7,14%) étaient les principaux facteurs de risque retrouvés dans notre étude.

Ceci est en conformité avec les données de la littérature et dans les autres études [2, 3, 5] que l'abcès pulmonaire survient sur un contexte d'immunodépression.

3-DONNEES PARACLINIQUES :

- Le poumon gauche dans sa localisation inférieure gauche avec 50% représentait le siège préférentiel des lésions radiologiques, contrairement à Fall [6] qui avait trouvé 86,7% pour le poumon droit.

Même constat aussi dans les autres études [2-4] qui ont trouvées respectivement 59%, 75%, 55% et 60% pour le poumon droit. Ces résultats sont supérieurs à celui de notre étude qui était de 42,84%.

- Dans notre étude trois personnes avaient réalisés une TDM thoracique soit 21,42%.

-Une hyper leucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles était retrouvée chez tous nos patients, résultat comparable à celui de Fall [6] 98,3%, Tidiani [5] 98% et elle oriente vers une origine bactérienne d'une infection.

- L'examen cytobactériologique des expectorations isolait un germe dans 50% des cas dans notre étude. Ce résultat est supérieur à celui de l'étude de Casablanca [4] qui isolait un germe dans 32% des cas.

- Le crachat à la recherche de BAAR était négative chez l'ensemble de nos patients.

- L'endoscopie bronchique a été réalisée chez 78,57% de nos patients et dans 72,53% des cas l'examen du liquide d'aspiration bronchique avait retrouvé un germe

4-TRAITEMENT ET EVOLUTION :

-Les germes étaient sensibles aux antibiotiques dans 75% des cas. L'association AAC et Metronidazole était utilisée dans 78,58% des cas. Ce résultat est similaire aux autres études [2- 4] qui étaient entre 75% et 85% de sensibilité et l'utilisation de l'association Amoxi+Acide clavulanique dans 80% des cas.

- L'évolution a été favorable dans 85,72% des cas. Ce taux est supérieur à ceux d'autres études [3,4, 13] qui étaient respectivement de 82,14%, 75% et 71,2%.

- Nous avons noté un cas de décès dans notre étude soit 7,14% identique à l'étude de N Razafimayato et all [16] mais ce taux est nettement inférieur à ceux de B.K [3]17,86% et Fall [6] 20%. Cette différence élevée du taux de mortalité pourrait s'expliquer par la taille de leur échantillon et la durée de ces études.

L'étude a été confrontée à un certain nombre de difficultés à savoir la non réalisation de l'endoscopie bronchique par certains patients du fait de l'inaccessibilité à celle-ci et du fait du coût élevé.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de notre étude nous avons colligé 14 cas d'abcès du poumon sur 4801 patients dont la prévalence était de 0,30%.

- Le sexe masculin représentait 78,57% avec un ratio de 3,66.
- La tranche d'âge la plus touchée était celle de 31-40 ans.
- Le tabagisme était retrouvé dans 64,29%.
- Les cultivateurs, les ménagères et les chauffeurs étaient les plus touchés avec respectivement 35,71% ; 21,43% et 14,30%.
- Le siège radiologique préférentiel de l'abcès du poumon était LIG avec 50%.
- L'ECBE avait retrouvé un germe dans 50%
- L'endoscopie bronchique avait été réalisée chez 11 de nos patients et avait isolé un germe dans 72,73%.
- Métronidazole et Amoxi-acide clavulanique étaient les molécules les plus utilisés dans 78,58%.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé

- Recycler le personnel sanitaire pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des infections respiratoires.

A la Direction de l'Hôpital National du Point G

- Doter le laboratoire de l'hôpital d'un plateau technique performant.

Au service de Pneumo-phtisiologie

- Améliorer la disponibilité de la fibroscopie bronchique
- Renforcer l'archivage en informatisant les dossiers pour faciliter l'exploitation des données et permettre une meilleure conservation.
- Créer une unité de sevrage pour les tabagiques.
- Organiser des enseignements post universitaire sur l'utilisation des antibiotiques

Aux patients

- Consulter aux premiers signes d'une toux productive chronique à expectoration jaunâtre fétide abondante dans un centre spécialisé.
- Respecter les rendez-vous médicaux après les hospitalisations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Albernathy R-S

Antibiotic therapy of lung abcess effectiveness of penicillin.
Chest.1962;(53):592-8

2-Ayoub A K, Karray H.

Aspect actuel de l'abcès du poumon d'après une étude de 100 cas.
Tunis Méd. 1984 5;(62) :131-4.

3-KouassiB,AhuiBrouM, KoffiM, GodéC,HoroK, KoneA,GnambaA, SamakeK.

Abcès du poumon en milieu pneumologique africain.
RevMalRespir 2016 ;(A240) : 33

4-Maouhak b FZ, ElKhattabiW, SoukiN, AichaneA, AffifH.

Abcès du poumon à propos de 84 cas
.Rev Mal Respir.2013 ;(A124) : 387

5-Tidiani O,AdoeGB,AH, G.B.M, Lawson AK.

Abcès du poumon à Lomé à propos de 144 cas.
Bull Soc Path Ex. 1995;(82):95-6

6-Fall I.

Abcès du poumon à propos de 60 cas colligés dans le service de Pneumologie du CHU du Point-G
[Thèse]. Med : Bamako ; 2004. 101.

7- JouneauS ;KerjouanB ;Desrues ; Delaval.

Pneumologie fondée sur les preuves, 2^{ème} édition.Paris : Masson ; 2013.

8-Mayaud C.

Pseudomonas et bronches.
Rev générale Méd et maladies infectieuses. 2007; (37) 300–4.

9-Clottu E, Nicod LP.

Lung abscess: changes in treatment.

Rev Med Suisse .2015; (11):2176-83

10-Neunhoff T.

Abcès pulmonaires aiguës putrides, traitement chirurgical et résultats de 86 cas consécutifs.

The Journ of Thorac. Surgery [En ligne] 1940 Avril.

11-Fadiga D, Yapi A, Koffi N, N'gom A, Kayentao D, Coulibaly N.

L'abcès primitif du poumon à propos de 81 observations.

Méd Afrique Noire. 1991 ; (11) :38

12-Antonello M, Delphanque D, Coll.

Comprendre la kinésithérapie respiratoire. 2^{ème} édition. Paris : Masson ; 2004.

13- Huchon G.

Pneumologie pour le praticien. 1^{ère} édition. Paris : Masson ; 2001.

14-J.J Cocheton, J Poulet.

Abcès du poumon.

EMC 60003 1997

15- Sergent et Kourilsky B.

Rapports aux congrès Franc de med. 1932

16- N Razafimayato et all.

Abcès du poumon compliqués : chirurgie ou drainage.

Rev Mal Respir .2014 ;(A67) :233

17- Matthew T, Koroscil MD, Timothy R, Hauser MM.

Acute pulmonary to cavitation and large pulmonary abscess, a rare complication of pulmonary infarction.

Respir Med Case Report. 2017;(20):72-4.

18-Khattabi W EL, Aichane A, Jabri H, Afif H, Bouayad Z.

Abcès pulmonaires multiples.

Rev Mal Respir. 2013 ;(30):433 -7.

19- Liu JW, Lin TC, Chang YT, Tsai CA, Hu SY.

Prostatic abscess of *klebsiella pneumonia* complicating septic pulmonary emboli and meningitis, A case report and brief review.

Asian Pac Journfo Trop Med. 2017;(10):102-6.

20-Cour d'anatomie pathologie, collection le cours de médecine, 1989.

21-Société française de microbiologie. Référentiel en microbiologie médicale (bactériologie et mycologie). REMIC 2007

22-HAS. Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé. 2008. <http://www.has-sante.fr>

ANNEXES

Q7-ANTECEDANTS MEDICAUX:

Q 7 a Notion de contagé tuberculeuse : /_/_/

1-oui 2-non

Q7 b Tuberculose /_/_/

1-oui 2-non

Q7 c Diabète : /_/_/

1-oui 2-non

Q7 d Drépanocytose : /_/_/

1-oui 2-non

Q7 e Asthme : /_/_/

1-oui 2-non

Q7 f Hypertension artérielle : /_/_/

1-oui 2-non

Q8- CHIRURGICAUX :/_/_/

1-oui 2-non

Si oui

Préciser :

Q9-HABITUDES ET MODE DE VIE :

Q9 a Tabagique : /_/_/

1-oui 2-non

Q9 b Alcoolisme : /_/_/

1-oui 2-non

C-EXAMEN CLINIQUE :

Q10-MOTIF DE CONSULTATION :

Q10 a **Toux :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 b **Expectoration Purulente :** /_/_

1-oui 2-non

Q10c **Fétidité :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 d **Vomique :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 e **Douleur Thoracique :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 f **Dyspnée :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 g **Hémoptysie :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 h **Fièvre :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 i **Amaigrissement :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 J **Asthénie :** /_/_

1-oui 2-non

Q11-EXAMEN GENERAL :

Q11aEtat General: /_/_

1- Bon 2- Passable 3-Altéré

Q11 b Hyperthermie /_/_

1-oui 2-non

Q11 c Syndromes de condensations: /_/_

1-oui 2-non

Q11 d Syndromes d'épanchement pleural liquidien : /_/_

1-oui 2-non

Q11 e Syndromes d'épanchement pleural gazeux : /_/_

1-oui 2-non

Q11 f Syndromes emphysémateux : /_/_

1-oui 2-non

Q12-EXAMENRADIOLOGIQUE :

Q12 Type d'image :

A - préciser

Q13 – SIEGE DES LESIONS :

Q13 a Lobe supérieur droit: /_/_

1-oui 2-non

Q13 b Lobe moyen droit : /_/_

1-oui 2-non

Q13 c Lobe inferieur droit : /_/_

1-oui 2-non

Q13 d Lobe supérieur gauche : /_/_

1-oui 2-non

Q13 e Lobe inferieur gauche : /_/_

1-oui 2-non

Q13 f Abscès multiple bilatérales : /_/_

1-oui 2-non

Q14- TOMODENSITOMETRIE THORACIQUE : /_/_

1-oui 2-non

Q15- PARAMETRES BIOLOGIQUES :

Q15 a Numération formule sanguin : /_/_

1-oui 2-non

Q15 b Taux d'hémoglobine : /_/_

Q15 c Hyperleucocytose avec polynucléaire : /_/_

1-oui 2-non

Q15 d Glycémie : /_/_

Q15 e Transaminases : /_/_

Q15 f Créatininémie : /_/_

Q15 g VIH positif : /_/_

1-oui 2-non

Q16- BACTERIOLOGIE

Q16 a Crachat BAAR : /_/_

Q17- EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DE L'EXPECTORATION : /_/_

1-oui 2-non

Q17 a Si oui le germe :

Q18- ENDOSCOPIE BRONCHIQUE : /_/_

1-oui 2-non

Q18 a –Si oui Résultat :

Q19-BACTERIOLOGIE DU LBA : /_/_

1-oui 2-non

Q19 a Si oui le germe :

Q20-BAAR DU LBA : /_/_

1-positive 2-négative

Q21-GENE XPERT DU LBA : /_/_

1-positive 2-négative

Q22-ANTIBIOGRAMME :

1-oui 2-non

Q23-MOLECULES :

Q19 a citez :

Q24- TRAITEMENT

Q24 a – Durée du traitement : /_/_

Q24 b- Evolution sous traitement :

1-Favorable 2-Non favorable 3-Décès

Q24 c- Complication :

1-oui 2-non

Q25-HOSPITALISATION :

1-oui 2-non

Q27- a Si oui durée d'hospitalisation :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TALL

Prénom : Madina

Adresse : Bamako / Banconi Rue : 455 Porte : 205

Tel : (223) 79287584 / 63340216 E- mail :madinatall76@yahoo.fr

Titre de la thèse : aspects épidémiocliniques et évolutifs de l'abcès du poumon au service de pneumo-phtisiologie CHU du point-G.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2016-2017

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : santé publique, pneumo-phtisiologie, infectiologie

Résumé :

Nous avons mené une étude prospective qui portait sur les aspects épidémiocliniques et évolutifs de l'abcès du poumon dans le service pneumo-phtisiologie CHU du point G.

Au terme de notre étude, nous avons colligé 14 cas d'abcès du poumon sur 4801 patients soit une prévalence de 0,30%.

- Le sexe masculin représentait 78,57% avec un ratio de 3,66.
- La tranche d'âge la plus touchée était celle de 31-40 ans.
- Le tabagisme était retrouvé dans 64,29%.

- Les cultivateurs, les ménagères et les chauffeurs étaient les plus touchés avec respectivement 35,71% ; 21,43% et 14,30%.
- Le siège radiologique préférentiel était LIG avec 50%.
- L'ECBE avait retrouvé un germe dans 50%
- L'endoscopie bronchique a été réalisée chez 11 de nos patients et dans 72,73% des cas l'examen du liquide d'aspiration bronchique avait retrouvé un germe.
- Métronidazole + Amoxi-acide clavulanique étaient les molécules les plus utilisées dans 78,58%

ANNEXES

Q7-ANTECEDANTS MEDICAUX:

Q 7 a Notion de contagé tuberculeuse : /_/_/

1-oui 2-non

Q7 b Tuberculose /_/_/

1-oui 2-non

Q7 c Diabète : /_/_/

1-oui 2-non

Q7 d Drépanocytose : /_/_/

1-oui 2-non

Q7 e Asthme : /_/_/

1-oui 2-non

Q7 f Hypertension artérielle : /_/_/

1-oui 2-non

Q8- CHIRURGICAUX :/_/_/

1-oui 2-non

Si oui

Préciser :

Q9-HABITUDES ET MODE DE VIE :

Q9 a Tabagique : /_/_/

1-oui 2-non

Q9 b Alcoolisme : /_/_/

1-oui 2-non

C-EXAMEN CLINIQUE :

Q10-MOTIF DE CONSULTATION :

Q10 a **Toux :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 b **Expectoration Purulente :** /_/_

1-oui 2-non

Q10c **Fétidité :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 d **Vomique :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 e **Douleur Thoracique :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 f **Dyspnée :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 g **Hémoptysie :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 h **Fièvre :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 i **Amaigrissement :** /_/_

1-oui 2-non

Q10 J **Asthénie :** /_/_

1-oui 2-non

Q11-EXAMEN GENERAL :

Q11aEtat General: /_/_

2- Bon 2- Passable 3-Altéré

Q11 b Hyperthermie /_/_

1-oui 2-non

Q11 c Syndromes de condensations: /_/_

1-oui 2-non

Q11 d Syndromes d'épanchement pleural liquidien : /_/_

1-oui 2-non

Q11 e Syndromes d'épanchement pleural gazeux : /_/_

1-oui 2-non

Q11 f Syndromes emphysémateux : /_/_

1-oui 2-non

Q12-EXAMENRADIOLOGIQUE :

Q12 Type d'image :

A - préciser

Q13 – SIEGE DES LESIONS :

Q13 a Lobe supérieur droit: /_/_

1-oui 2-non

Q13 b Lobe moyen droit : /_/_

1-oui 2-non

Q13 c Lobe inferieur droit : /_/_

1-oui 2-non

Q13 d Lobe supérieur gauche : /_/_

1-oui 2-non

Q13 e Lobe inferieur gauche : /_/_

1-oui 2-non

Q13 f Abscès multiple bilatérales : /_/_

1-oui 2-non

Q14- TOMODENSITOMETRIE THORACIQUE : /_/_

1-oui 2-non

Q15- PARAMETRES BIOLOGIQUES :

Q15 a Numération formule sanguin : /_/_

1-oui 2-non

Q15 b Taux d'hémoglobine : /_/_

Q15 c Hyperleucocytose avec polynucléaire : /_/_

1-oui 2-non

Q15 d Glycémie : /_/_

Q15 e Transaminases : /_/_

Q15 f Créatininémie : /_/_

Q15 g VIH positif : /_/_

1-oui 2-non

Q16- BACTERIOLOGIE

Q16 a Crachat BAAR : /_/_

Q17- EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DE L'EXPECTORATION : /_/_

1-oui 2-non

Q17 a Si oui le germe :

Q18- ENDOSCOPIE BRONCHIQUE : /_/_

1-oui 2-non

Q18 a –Si oui Résultat :

Q19-BACTERIOLOGIE DU LBA : /_/_

1-oui 2-non

Q19 a Si oui le germe :

Q20-BAAR DU LBA : /_/_

1-positive 2-négative

Q21-GENE XPERT DU LBA : /_/_

1-positive 2-négative

Q22-ANTIBIOGRAMME :

1-oui 2-non

Q23-MOLECULES :

Q19 a citez :

Q24- TRAITEMENT

Q24 a – Durée du traitement : /_/_

Q24 b- Evolution sous traitement :

1-Favorable 2-Non favorable 3-Décès

Q24 c- Complication :

1-oui 2-non

Q25-HOSPITALISATION :

1-oui 2-non

Q27- a Si oui durée d'hospitalisation :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TALL

Prénom : MADINA

Adresse : Bamako / Banconi Rue : 455 Porte : 205

Tel : (223) 79287584 / 63340216 E- mail :madinatall76@yahoo.fr

Titre de la thèse : aspects épidémiocliniques et évolutifs de l'abcès du poumon au service de pneumo-phtisiologie CHU du point-G.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2016-2017

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : santé publique, pneumo-phtisiologie, infectiologie

Résumé :

Nous avons mené une étude prospective qui portait sur les aspects épidémio-cliniques et évolutifs de l'abcès du poumon dans le service pneumo-phtisiologie CHU du point G.

Au terme de notre étude, nous avons colligé 14 cas d'abcès du poumon sur 4801 patients soit une prévalence de 0,30%.

- Le sexe masculin représentait 78,57% avec un ratio de 3,66.
- La tranche d'âge la plus touchée était celle de 31-40 ans.
- Le tabagisme était retrouvé dans 64,29%.
- Les cultivateurs, les ménagères et les chauffeurs étaient les plus touchés avec respectivement 35,71% ; 21,43% et 14,30%.
- Le siège radiologique préférentiel était LIG avec 50%.
- L'ECBE avait retrouvé un germe dans 50%
- L'endoscopie bronchique a été réalisée chez 11 de nos patients et dans 72,73% des cas l'examen du liquide d'aspiration bronchique avait retrouvé un germe.
- Métronidazole + Amoxi-acide clavulanique étaient les molécules les plus utilisées dans 78,58%

SERMENT D'HIPPOCRAT

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!