UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Abcès du poumon : à propos de 9 cas colliges au centre hospitalo-universitaire de Kamenge et revue de la littérature

MUHOZA, Arnauld

2020
Universite du Burundi
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/22

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

ABCES DU POUMON :

A PROPOS DE 9 CAS COLLIGES AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE KAMENGE ET REVUE DE LA LITTERATURE

Par :

MUHOZA Arnauld

Directeur de Thèse :

Pr Gaspard Kamamfu

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue d'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Avril 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2018-2019)

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. Professeurs Emérites

1. Pr Evariste NDABANEZE
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie Chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie Chirurgicale

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies Infectieuses et Parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie Digestive

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
2. Pr Gordien NGENDAKURIYO : O.R.L, Médecine Légale
3. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique
4. Pr Serge BAHIMANGA : Pédiatrie

5. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
6. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
7. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie
8. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie –Obstétrique et Soins Maternels et Infantiles
9. Pr Jean Claude NIYONDIKO : Anatomie
10. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque
11. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté
12. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique
13. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale Réadaptation
14. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie-Obstétrique
15. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie, Médecine Physique et de Réadaptation
16. Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologies Infectieuses et Parasitaires, Endocrinologie
17. Pr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie
18. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
19. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale.
20. Pr Stanislas HARAKANDI : Anesthésie-Réanimation, Soins Palliatifs
21. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale et Physiologie

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie
2. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale.

3. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
4. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
5. Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
6. Dr NDAYISHIMIYE Alice : Pédiatrie
7. Dr MUREKATETE Chantal : Radiologie
8. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
9. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie Chirurgicale
10. Dr Thierry SIBOMANA: -
11. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
12. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-Anatomie
13. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie et Déontologie
14. Dr Daniel NDUWAYO : Neuro-Physiologie

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : ISP

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Désiré HABONOMANA : Méthodologie de la Recherche.
4. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE
2. Dr Roméo IRANKUNDA
3. Dr IRANGABIYE Eloi
4. Dr NTAWUYAMARA Epipode
5. Dr Evrard NIYONKURU

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thaddée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr KAYOYA Jean Bosco : Bio statistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mme GATORE Joëlle : Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
11. Mme MUKESHIMANA Michelle : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins Infirmiers
13. Dr KAMO Emmanuel : Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

A Dieu Tout Puissant, Tu as toujours été ma force, mon refuge, mon appui et mon protecteur. Merci pour tout ce que Tu accomplis dans ma vie.

A mes parents, ce travail est le fruit de votre éducation et de votre rigueur. C'est grâce à vos bénédictions, vos conseils, votre affection, vos sacrifices et surtout votre assistance que j'ai pu atteindre ce niveau.

A ma tante maternelle, merci pour tout tes sacrifices.

A mes frères et sœurs, merci pour votre amour, soutien et compréhension, et pour tous les moments partagés. Vous avez toujours été à mes côtés depuis l'enfance à nos jours.

A la famille BIZIMANA Gaëtan et INAMASHO Magnifique merci du fond du cœur pour l'amour et l'hospitalité que vous me témoignez jusqu'à ce jour.

A tous ceux qui nous sont chers,

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je remercie du fond de mon cœur tous ceux qui ont contribué à sa réalisation, nos remerciements s'adressent plus particulièrement :

Au Pr Gaspard KAMAMFU, Directeur et promoteur de cette thèse. Vous avez guidé nos premiers pas dans la recherche. Votre disponibilité à notre égard malgré vos responsabilités, votre amour de travail et votre rigueur scientifique nous serviront d'exemple. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au Pr Théodore NIYONGABO, Président du jury. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre intégrité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique ne nous laissent pas indifférent. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

Au Pr Martin MANIRAKIZA, Membre du jury. Vous avez accepté de lire et de juger ce travail malgré vos multiples responsabilités. C'est un immense honneur pour nous de vous compter parmi mes juges. Trouvez ici le témoignage de toute ma gratitude et de ma reconnaissance.

A tous nos éducateurs, de l'école primaire à l'université, pour la formation humaine et intellectuelle dispensée. Soyez honorés de ce que nous sommes aujourd'hui.

A tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à l'aboutissement de ce travail,

Nous disons sincèrement merci.

LISTES DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

AAC : Amoxicilline+Acide Clavulanique

AEG : Altération de l'état général

ARV : Antirétroviral

BAAR : Bacille acido-alcoolo Résistant

BBP : Brossage bronchique protégé

C.H.U : Centre Hospitalo-Universitaire

C.H.U.K : Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

CRP : C Reactive Protein

C2G : Céphalosporine de 2ème génération

C3G : Céphalosporine de 3ème génération

Hb : Hémoglobine

ID : Immunodépression

IMC : Indice de masse corporel

IV : Intraveineuse

LBA : Lavage broncho-alvéolaire

MV : Murmure Vésiculaire

m^2 : Mettre carrée

mm^3 : millimètre cube

NFS : Numération Formule Sanguine

O.R.L : Oto-Rhino-Laryngologie

PNN : Polynucléaires neutrophiles

P : Poids

T	: Taille
T^0	: Température
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH +	: Infection au VIH positive
VIH -	: Infection au VIH négative
VS	: Vitesse de sédimentation
VV	: Vibration vocale
%	: Pourcentage
¼	: Un-quart
<	: Inferieur
>	: Supérieur
2/3	: Deux-tiers

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Opacité arrondie à niveau hydro aérique dans le lobe moyen droit 9
Figure 2: Image scannographique d'abcès du poumon tirée de la collection d'Annals of Translational Medicine..... 9
Figure 3: Abcès au sein d'une zone de comblement alvéolaire avec bronche de drainage 10
Figure 4: Cliché radiologique de face du patient. 20
Figure 5: Radiographie thoracique de face de la patiente 21
Figure 6 A et B: Radiographies thoraciques de face de la patiente 22
Figure 7: Clichés radiologiques de face du patient 23
Figure 8: cliché radiologique du patient 24
Figure 9: Cliché Radiologique du cas 25
Figure 10: Répartition des patients par sexe 28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Germes les plus souvent retrouvés selon Bartlett JG et al. 6
Tableau II: Choix antibiotique en fonction du germe suspecté selon Antonello M et al 13
Tableau III: Fréquence de l'abcès du poumon en hospitalisation 27
Tableau IV: Répartition des malades selon la tranche d'âge 27
Tableau V: Répartition des patients par profession 28
Tableau VI: Répartition des patients par provenance 29
Tableau VII: Répartition des patients par facteurs de risque 29
Tableau VIII: Répartition des patients par Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen à l'entrée 30
Tableau IX: Répartition des patients par température corporelle à l'entrée 30
Tableau X: Signes fonctionnels à l'admission 31
Tableau XI: Signes physiques à l'admission 32
Tableau XII: Répartition des patients par les données de la NFS à l'admission 32
Tableau XIII: Dépistage du VIH 33
Tableau XIV: Répartition des malades selon les anomalies radiologiques 34
Tableau XV: Répartition des anomalies radiologiques au sein des différents lobes pulmonaires 34
Tableau XVI: Répartition des patients par prise en charge antibiotique 35
Tableau XVII: Répartition des patients ayant subi ou non une kinésithérapie de drainage bronchique 35
Tableau XVIII: Répartition selon la prise en charge du facteur favorisant. 36
Tableau XIX: Répartition des patients selon l'évolution clinique sous traitement 36
Tableau XX: Répartition des patients par durée d'hospitalisation. 37

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2018-2019) i
DEDICACES v
REMERCIEMENTS vi
LISTES DES SIGLES ET ABBREVIATIONS vii
LISTE DES FIGURES ix
LISTE DES TABLEAUX x
TABLE DES MATIERES xi
CHAPITRE 0. INTRODUCTION 1
0.1. Objectifs 2
0.1. 1. Objectif général 2
0.1. 2. Objectifs spécifiques 2
CHAPITRE I. GENERALITES 3
I.1. Définition 3
I.2. Epidémiologie et facteurs de risque 3
I.3. Etiopathogénie 4
I.4. Diagnostic de l'abcès du poumon 7
I.4.1. Clinique 7
I.4.2. Imagerie thoracique 8
I.4.2.1. Radiographie thoracique 8
I.4.2.2. Tomodensitométrie thoracique 9
I.4.3. Bactériologie 10
I.4.4. Autres prélèvements biologiques 11
I.4.5. Diagnostic différentiel 11
I.5. Traitement 12
I.5.1. Antibiothérapie 12
I.5.2. Kinésithérapie respiratoire 13
I.5.3. Traitement du facteur favorisant 13
I.5.4. Traitement adjuvent 13

I.5.5. Traitement chirurgical 14
I.5.6. Traitement préventif 14
I.6. Evolution et complications 14
CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODES 16
II.1. Patients 16
II.1.1. Période et lieu d'étude 16
II.1.2. Population d'étude 16
II.1.3. Critères d'inclusion 16
II.1.4. Critères d'exclusion 16
II.2. Méthodes 17
II.2.1. Mode de recrutement des patients 17
II.2.2. Recueil des données 17
II.2.3. Variables 17
II.2.4. Saisie et analyse des données 17
II.2.5. Limites et contraintes de l'étude 17
II.2.6. Considérations éthiques et morales 18
CHAPITRE III. RESULTATS 19
III.1. Présentation des cas 19
III.2. Analyse des paramètres épidémiologiques 26
III.2.1. Fréquence 26
III.2.2. Age 27
III.2.3. Sexe 28
III.2.4. Profession 28
III.2.5. Provenance géographique 29
III.3. Identification du facteur de risque 29
III.4. Caractéristiques cliniques 30
III.4.1. Signes généraux 30
III.4.2. Signes fonctionnels 31
III.4.3. Signes physiques 32
III.5. Paramètres biologiques 32

III.5.1. Numération formule sanguine 32
III.5.2. Sérologie au VIH 33
III.5.3. Hémocultures 33
III.5.4. Recherche des BAAR dans les expectorations 33
III.6. Imagerie médicale 33
III.6.1. Anomalies radiologiques pulmonaires 33
III.6.2. Localisation des lésions radiologiques pulmonaires 34
III.7. Traitement 35
III.7.1. Antibiotiques reçus 35
III.7.2. Kinésithérapie de drainage bronchique 35
III.7.3. Prise en charge du facteur favorisant 36
III.8. Evolution sous traitement 36
III.8.1. Evolution clinique sous traitement 36
III.8.2. Durée d'hospitalisation en jours 37
CHAPITRE IV : DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE ... 38
IV.1. Paramètres épidémiologiques 38
IV.1.1. Age 39
IV.1.2. Sexe 39
IV.1.3. Profession 40
IV.2. Identification du facteur de risque 41
IV.3. Caractéristiques cliniques 43
IV.3.1. Signes généraux et fonctionnels 43
IV.3.2. Signes physiques 44
IV.4. Paramètres biologiques et bactériologiques 44
IV.5. Imagerie médicale 46
IV.5.1. Anomalies radiologiques pulmonaires 46
IV.5.2. Localisation des lésions radiologiques pulmonaires 47
IV.6. Traitement 47
IV.7. Evolution sous traitement 49
IV.8. Durée d'hospitalisation en jours 51

CHAPITRE V : CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS 52
V.1.CONCLUSION 52
V.2. SUGGESTIONS 53
BIBLIOGRAPHIES 56
ANNEXES 59
FICHE D'ENQUETE 60
SERMENT DE GENEVE 67
RESUME 68

CHAPITRE 0. 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]. Cette définition exclue les suppurations sur cavité préexistante : bulle d'emphysème, cavité séquellaire de tuberculose, tumeur excavée.

Depuis l'avènement et l'usage adéquat des antibiotiques, la fréquence de l'abcès du poumon est en nette diminution. Les étiologies sont multiples et dominées par les germes anaérobies ou les bacilles gram négatifs [2]. L'abcès du poumon survient toujours en cas d'antibiothérapie mal choisie ou inadaptée ou en présence de certains facteurs de risque tel qu'un terrain de tabagisme, d'éthylisme, de diabète [3].

Le diagnostic de l'abcès du poumon repose sur la clinique mais est confirmé par l'imagerie thoracique qui met en évidence une image caractéristique de l'abcès du poumon. Cependant le tableau clinique est souvent abâtardi par une antibiothérapie à l'aveugle. L'abcès du poumon peut engager le pronostic vital. La prise en charge initiale repose sur une antibiothérapie probabiliste à large spectre, puis adaptée en fonction de la sensibilité.

La fréquence des abcès du poumon est en nette régression dans les pays développés, soit 0,0055% aux Etats-Unis [4]. Cette diminution de la fréquence est liée à un plateau technique performant et une prise en charge précoce des infections respiratoires aigües [4].

Cependant, cette prévalence varie entre 1 à 3% dans les pays en développement notamment en Afrique au sud du Sahara [5].

La fréquence de l'abcès du poumon au Burundi est méconnue notamment du fait de l'inaccessibilité aux soins pour beaucoup de malades qui ne viennent pas consulter du fait de la pauvreté ou de l'éloignement des centres de santé ou des hôpitaux, du sous diagnostic par une formation du personnel médical insuffisante,

une impossibilité de réaliser une radiographie thoracique, clef du diagnostic. Le scanner thoracique permettant de mieux préciser le diagnostic n'est pas non plus réalisable dans la plupart des hôpitaux du pays.

Les facteurs de risque favorisant l'abcès du poumon existent au BURUNDI et par conséquent cette affection potentiellement mortelle mérite d'être maitrisée par le personnel soignant dans son diagnostic et son traitement et aucun travail à notre connaissance n'a encore été réalisée d'où la pertinence de notre sujet de recherche.

0.1. Objectifs

0.1. 1. Objectif général

Améliorer la prise en charge de l'abcès du poumon au Burundi

0.1. 2. Objectifs spécifiques

- Préciser les aspects épidémiologiques de l'abcès du poumon au Burundi
- Evaluer les aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'abcès du poumon dans les pays à ressources limitées dont le Burundi
- Proposer des recommandations pour une amélioration de la prise en charge de l'abcès du poumon.

CHAPITRE I. GENERALITES

I.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 [6].

Cette définition exclue les suppurations sur cavités préexistantes :
- Bulle d'emphysème
- Caverne tuberculeuse détergée.
- Tumeur excavée [5].

L'intérêt de cette distinction est que le seul traitement médical est capable de guérir l'abcès du poumon, mais une suppuration dans une cavité préexistante nécessite en plus du traitement médical un acte chirurgical.

I.2. Epidémiologie et facteurs de risque

Durant l'ère pré antibiotique, l'abcès pulmonaire était souvent fatal. Jusqu'à la fin des années 1940, seul le traitement chirurgical existait. 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 [4].

D'après une statistique de ‹‹ Massachusetts General hospital ›› par lots de 10000 admissions il a été observé aux Etats-Unis 10,8 cas d'abcès du poumon en 1944 contre 0,6 cas en 1951 [5]. Actuellement la fréquence des abcès pulmonaires dans la population générale est inconnue, mais ils sont à l'origine aux Etats-Unis de 4 à 5,5 pour 10 000 admissions à l'hôpital chaque année [7].

En France le nombre de cas hospitalisés pour abcès du poumon ne dépasse plus la dizaine par an dans les services de Pneumologie. BARIETY dans son étude rapporte 40 cas en 5 ans [5].

C'est une affection qui concerne le plus souvent le sexe masculin avec un âge compris entre 40 et 50 ans et avec des facteurs de risque tels que l'alcoolisme chronique et le tabagisme [8].

Les autres facteurs qui contribuent à la survenue de l'abcès pulmonaire sont entre autres la toxicomanie, le diabète sucré mal équilibré, les troubles de la conscience avec fausses routes, la malnutrition, le traitement par des médicaments immunosuppresseurs (corticoïdes, cytostatiques ou immunodépresseurs), le retard mental, le reflux gastro-œsophagien [9,10].

Les sujets avec un mauvais état buccodentaire notamment une gingivite ou une infection parodontale sont également à risque de développer l'abcès du poumon [11].

I.3. Etiopathogénie

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 : le germe en cause, la taille de l'inoculum, le terrain sous-jacent [6] .

Il existe trois modes de contamination du parenchyme pulmonaire en cas d'abcès du poumon :

- La **voie bronchogène** principalement par une micro-aspiration, une inhalation du matériel ou de particules septiques d'origine buccale ou pharyngée en cas de trouble de la conscience, de diminution du réflexe tussigène dans les états d'ébriété, d'anesthésie générale, de coma et d'accident vasculaire cérébral (AVC),

de reflux gastro-œsophagien (RGO) et du syndrome de Mendelson [6]. Il est à noter qu'un mauvais état bucco-dentaire est un important facteur favorisant [6].

Dans ce cas, les micro-organismes responsables sont habituellement des anaérobies (Peptostreptocoques, Bacteroides fragilis, Fusobacterium nucleatum) et le siège habituel de l'abcès du poumon est le poumon droit [12].

L'obstruction bronchique par un corps étranger ou une tumeur favorise la colonisation microbienne [5].

- La **voie lympho-hématogène** : A partir des foyers infectieux à distance, on peut observer des complications avec septicémie ou septicopyoémie. La voie lympho-hématogène s'observe souvent chez les toxicomanes, les malades de réanimation, les malades avec des cathéters intraveineux (IV), les infections ORL et cutanées, ou en cas des suppurations de voisinage localisées au niveau sous diaphragmatique, pleural ou médiastinale [5].

- L'**inoculation directe** secondaire à une opération chirurgicale ou à une contusion pulmonaire infectée ou un traumatisme thoracique [5].

Les germes parvenus au niveau du parenchyme pulmonaire entraînent une pneumopathie [11]. Et si la pneumopathie bactérienne est traitée par une antibiothérapie incorrecte ou inadaptée, on peut assister à une sélection de germes résistants à l'origine d'un abcès pulmonaire.

Il existe des techniques de prélèvements pour l'identification et l'isolement du germe responsable entre autre l'aspiration par ponction transtrachéale des sécrétions bronchiques, le brossage bronchique distal protégé (BBP) [6,13].

Ces prélèvements relativement agressifs ne seront réalisés que lorsque l'antibiothérapie probabiliste n'a pas entraînée une apyrexie. En plus, ils doivent être réalisé par une équipe entraînée et disposant d'un laboratoire performant.

Par ailleurs les germes incriminés ne sont pas les mêmes partout. Les agents pathogènes retrouvés sont souvent les bactéries de la flore oropharyngée. Il s'agit alors de germes anaérobies [14,15] ou les bacilles gram négatifs [8].

Nous rapportons dans le tableau I, les germes les plus souvent retrouvés selon Barlett JG et al [14].

Tableau I: Germes les plus souvent retrouvés selon Bartlett JG et al.

Anaérobies	**Aérobies (bacilles gram négatif et bacille gram positif)**	**Autres (surtout chez l'immunodéprimé)**
• Peptostreptococcus • Bacteroides sp • Fusobacterium nucleatum • Streptocoques microaerophiles • Propionibacterium sp • Actinomyces	• Staphylococcus aureus • Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae • Klebsiella pneumoniae • Haemophilus influenzae • Pseudomonas aeruginosa • Nocardia	• Champignons (Aspergillus, Cryptococcus, Histoplasma, Blastomyces ou Coccidioides) • Parasites (Entamoeba) • Mycobacteries atypiques

I.4. Diagnostic de l'abcès du poumon

I.4.1. Clinique

L'anamnèse qui doit être minutieux, retrouve le plus souvent un patient de sexe masculin et alcoolo-tabagique, ayant un âge compris entre 40 et 60ans [6].

Le tableau clinique à la phase de foyer fermé est celui d'une pneumonie aigüe bactérienne avec fièvre, frissons, douleur thoracique, mais avec une altération marquée de l'état général [8] et une persistance de la fièvre malgré l'antibiothérapie probabiliste.

L'examen physique pulmonaire retrouve un syndrome de condensation pulmonaire [6] localisé dans un territoire du poumon. Ailleurs, les symptômes sont discrets et l'examen clinique pulmonaire peut paraitre normal [6]. Cependant la persistance de la fièvre et la profonde altération de l'état général malgré le traitement antibiotique doivent alerter le médecin.

La phase de foyer ouvert est inaugurée par la vomique [6]. Celle-ci peut être annoncée par une accentuation de la toux ou de la dyspnée, une hémoptysie, une fétidité de l'haleine [6,13].

La vomique peut être massive rendant le diagnostic plus aisé ; ou fractionnée émise en petites quantités reparties plusieurs fois par 24 heures facilement reconnaissables ; ou nummulaire faite de quelques crachats purulents épais et nombreux qui risquent de passer inaperçue [12].

I.4.2. Imagerie thoracique

L'imagerie thoracique joue un rôle important dans le diagnostic positif de l'abcès du poumon.

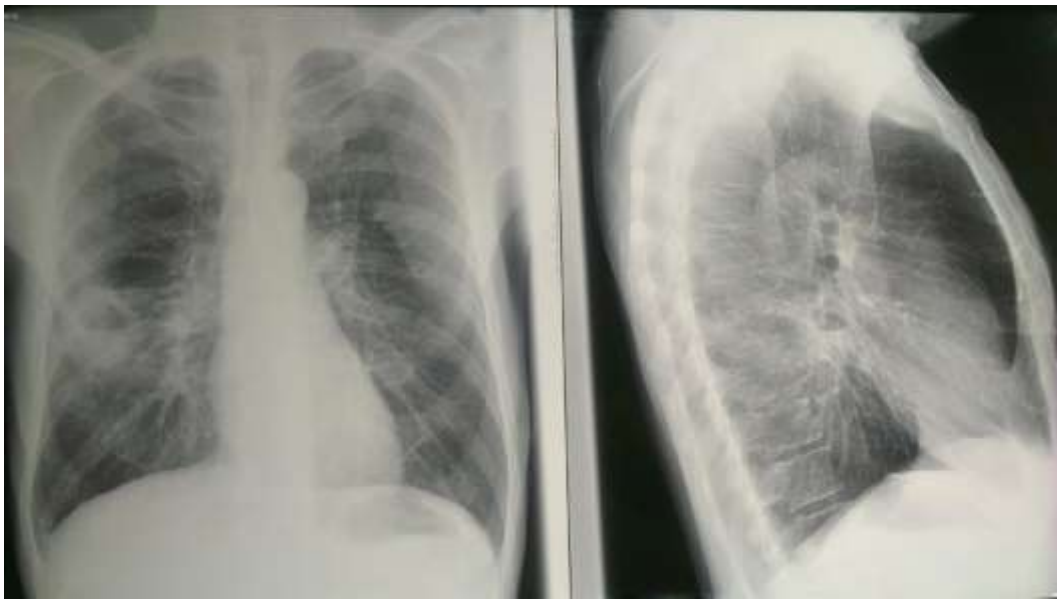
I.4.2.1. Radiographie thoracique

La radiographie thoracique faite en incidence de face et de profil est systématique. Elle montre une image typique d'abcès du poumon sous forme d'une image hydro aérique au sein d'une opacité parenchymateuse mal limitée. Parfois on voit une bronche de drainage partant de l'image hydro aérique vers le hile [6].

Cependant d'autres images sont possible telle qu'une image cavitaire à contenu vide, à paroi plus ou moins épaisse, irrégulière ou une image avec opacité arrondie ou ovalaire, « pleine », dense homogène sans bronchogramme ou alvéologramme [6].
Dans ces cas d'autres examens tel que le scanner s'imposent pour une meilleure précision du diagnostic de l'abcès du poumon [6].
A défaut du scanner thoracique, le cliche thoracique de profil permet de préciser la topographie exacte de l'abcès du poumon [6].
Au stade de constitution de l'abcès l'image radiologique est celle d'une opacité dense homogène, mal systématisée et à limites floues.

Au stade de foyer ouvert, on note une opacité dense surmontée d'une clarté, les 2 images radiologiques étant séparées par une ligne horizontale : c'est la classique image hydro aérique. Cette image hydro aérique baigne dans une zone de condensation parenchymateuse.

Figure 1: Opacité arrondie à niveau hydro aérique dans le lobe moyen droit [16]



I.4.2.2. Tomodensitométrie thoracique

Le scanner thoracique joue un rôle important dans le diagnostic des formes frustres d'abcès du poumon et il constitue un bon élément de surveillance radiologique. Cet examen est particulièrement indiqué en cas d'absence d'une amélioration clinique avec persistance de la fièvre et de l'altération de l'état général malgré une antibiothérapie probabiliste bien conduite [6].

Figure 2: **Image scannographique d'abcès du poumon tirée de la collection d'Annals of Translational Medicine [16]**

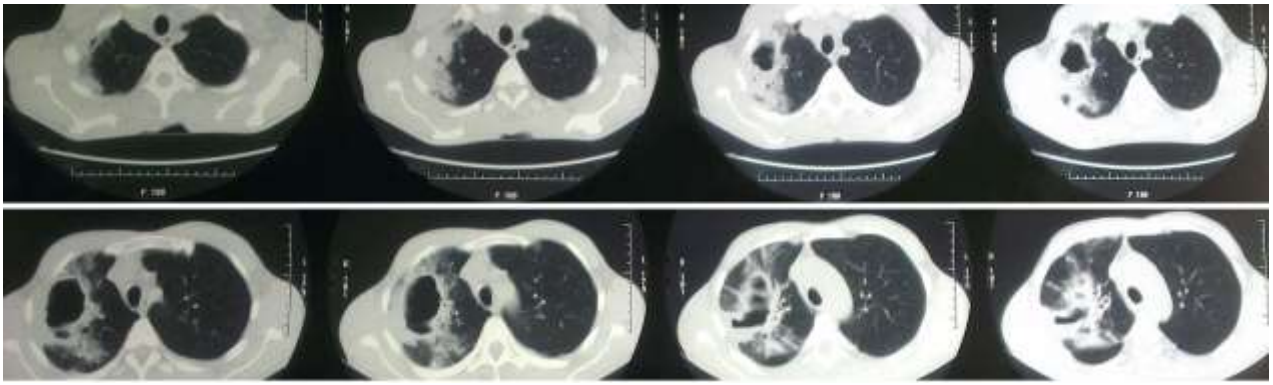
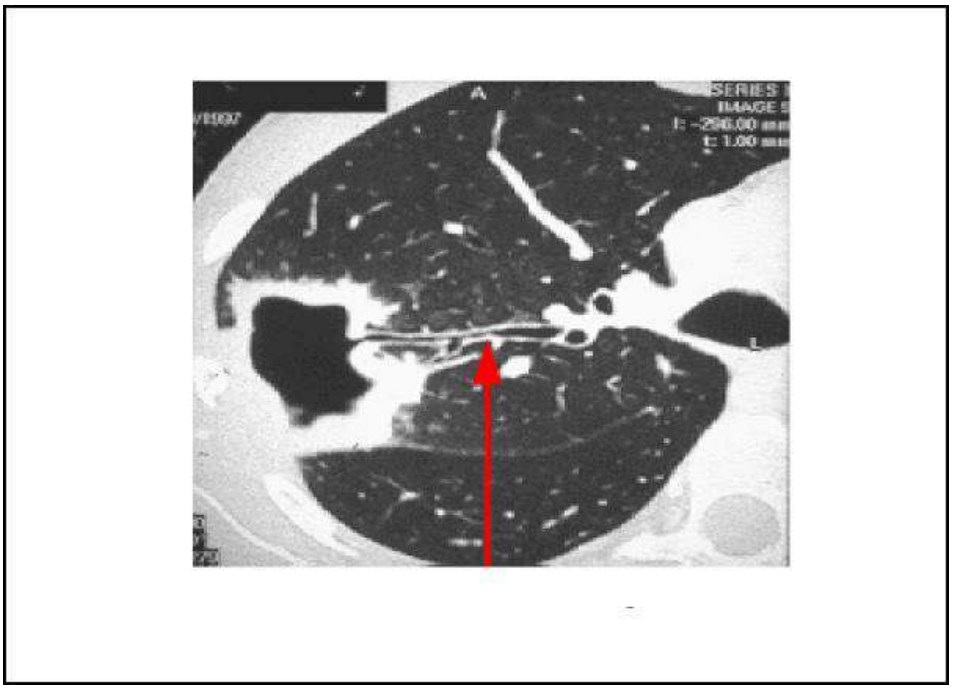


Figure 3: **Abcès au sein d'une zone de comblement alvéolaire avec bronche de drainage [16]**



I.4.3. Bactériologie

L'examen bactériologique est fondamental dans le choix de l'antibiothérapie [9] et doit être systématique [5] et comporte :

- Les hémocultures réalisées de préférence au moment d'un pic thermique ou de frissons intenses. Le prélèvement doit se faire avant toute antibiothérapie. Lorsque le malade est déjà sous antibiothérapie, mais inefficace, les hémocultures seront réalisées après un arrêt du traitement d'au moins 48heures [8].

- Recherche d'Ag solubles de *S. pneumoniae*, *H. influenza*, *K. pneumoniae* dans les urines et les secrétions bronchiques [5].
- Prélèvements bronchiques protégés au cours de l'endoscopie par la technique de brossage bronchique protégées (BBP), lavage broncho-alvéolaire (LBA) [9] dont l'analyse bactériologique fournira une base rationnelle au choix de l'antibiotique à utiliser [6,13].

- L’examen cytobactériologique des expectorations, du pus d’abcès ponctionné, des prélèvements par fibroscopie [5]. L’analyse de l'expectoration a peu de valeur du fait de la contamination du prélèvement par la filière ORL [8].
- Ponction pleurale ou d’autres foyers infectieux avec mise en culture et réalisation d’un antibiogramme

I.4.4. Autres prélèvements biologiques

L’analyse du sang en cas d’abcès du poumon retrouve [5]:

- 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.

I.4.5. Diagnostic différentiel

- Le cancer broncho-pulmonaire : Il s’agit le plus souvent du cancer épidermoïde. Il faut y penser en cas d’image hydroaérique sur un cliché thoracique chez un fumeur âgé de 45 ans ou plus [6].

Le scanner thoracique et la bronchoscopie avec étude anatomopathologique permettront de redresser le diagnostic

- Suppuration dans une cavité comme :
    - une bulle d’emphysème, une cavité séquellaire d’une tuberculose ancienne
    - un pyo pneumothorax ou une pleurésie purulente enkystée et fistulisée dans une bronche.
    - un kyste hydatique surinfecté
    - des bronchectasies [6].

Dans ces cas, l’interrogatoire retrouve des antécédents favorisant ces pathologies. Le scanner thoracique permettra de préciser le diagnostic [6].

I.5. Traitement

Avant l'avènement des antibiotiques, le traitement de l'abcès du poumon était seulement chirurgical et s'accompagnait d'un nombre important de décès [4].

La découverte des antibiotiques et leur usage correct a permis d'améliorer le pronostic de l'abcès du poumon et les indications de la chirurgie sont devenues de plus en plus rares [17,18].

L'antibiothérapie initiale est probabiliste et de large spectre [17,18], mais doit être instaurée après la réalisation des prélèvements bactériologiques [11]. L'antibiothérapie est de longue durée et est complétée par une kinésithérapie respiratoire ainsi que par un traitement adjuvent [17,18].

I.5.1. Antibiothérapie

L'antibiothérapie initiale probabiliste doit être a priori efficace sur les anaérobies, les bacilles gram négatifs et le pneumocoque. Elle est administrée par voie parentérale [11].

L'évaluation de l'antibiothérapie initiale est faite au 3ème jour de traitement. Elle est poursuivie lorsque l'amorce de l'apyrexie est constatée. Dans le cas contraire, le choix de l'association d'antibiotiques doit tenir compte des résultats de l'antibiogramme ou à défaut du terrain [11].

Le passage à l'administration orale est décidé dès que l'amélioration clinique du malade est constatée. La durée totale de l'antibiothérapie est de 6 à 8 semaines [11].

Le tableau II montre le choix des antibiotiques en fonction du germe suspecté selon Antonello M et al [13].

Tableau II: Choix antibiotique en fonction du germe suspecté selon Antonello M et al

Germes	**Antibiotiques**
Anaérobies	Amoxicilline- Acide Clavulanique
Bacilles gram négatifs	C2G ou C3G + Aminoside
Pneumocoque	Amoxicilline- Acide Clavulanique ou Clindamycine

I.5.2. Kinésithérapie respiratoire

Le drainage postural est habituellement effectué de 2 à 4 fois par jour, avant les repas [12]. Le drainage postural permet l'évacuation des sécrétions bronchiques et diminue les séquelles à long terme [11].

La fibroscopie bronchique avec broncho aspiration complète utilement la kinésithérapie de drainage bronchique par un désencombrement bronchique [12].

I.5.3. Traitement du facteur favorisant

L'éradication d'un éventuel foyer infectieux initial est indispensable dans le traitement curatif d'abcès du poumon [11]. Un foyer septique, cutané et, surtout, ORL et stomatologique sera recherché et traité [14]. Un reflux gastro-œsophagien sera recherché et traité [11].

I.5.4. Traitement adjuvent

Les mesures générales de soutien comprennent la correction d'une tare associée si elle existe, d'une éventuelle déshydratation par un apport de liquide et d'électrolytes, un rétablissement d'un état de dénutrition par un apport hypercalorique, une correction d'une anémie et un apport de vitamines [12,17,18].

I.5.5. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical ou en présence de complications comme une hémoptysie de grande abondance ou de greffe aspergillaire dans une cavité séquellaire [19].

Il s'agit d'une chirurgie d'exérèse qui en fonction des indications peut être une segmentectomie, une lobectomie ou une pneumectomie [12].

I.5.6. Traitement préventif

Le traitement préventif [12] consiste à :

- Traiter les pneumopathies aigues par les antibiotiques à doses suffisantes jusqu'à la guérison complète
- Traiter les infections dentaires, pharyngées, sinusiennes et otiques
- Équilibrer les états glycémiques
- Arrêter l'alcool et le tabac
- Vaccination anti-pneumococcique

I.6. Evolution et complications

➢ Sous traitement précoce, bien conduit, suffisamment prolongé [6] :

- L'évolution est favorable dans 90% des cas avec disparition complète des signes cliniques en 6 - 8 semaines et aboutit à une restitution anatomo-radiologique. Le nettoyage radiologique est toujours en retard par rapport à la clinique.
- Dans un ¼ des cas environ, des séquelles persistent. C'est essentiellement la cavité résiduelle non sécrétante, sans expectoration ni infiltration péri cavitaire. Une nouvelle infection de la poche est à craindre dans les années qui suivent.

- Si le traitement est tardif ou mal conduit des complications sont possible [19].

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, où la suppuration est à la fois bronchique et pulmonaire, où cliniquement les poussées de suppuration alternent avec des rémissions incomplètes. L'intervention chirurgicale d'exérèse s'impose.
- Greffe aspergillaire dans une cavité résiduelle détergée avec risque d'hémoptysies mortelles.

CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODES

II.1. Patients

II.1.1. Période et lieu d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective descriptive, allant du 1er Janvier 2016 au 31 Juillet 2019. Elle a été réalisée dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) à BUJUMBURA.

II.1.2. Population d'étude

La population d'étude est constituée de patients hospitalisés pour prise en charge d'un abcès du poumon pendant la période d'étude.

II.1.3. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans l'étude, les malades hospitalisés dans le service de Médecine Interne du CHUK, pour abcès du poumon diagnostiqué sur base d'arguments clinique et radiologique.

II.1.4. Critères d'exclusion

Etaient exclus de l'étude, les patients avec une bronchite chronique connue pour raison d'expectorations et toux chronique, les patients avec une tuberculose pulmonaire avec image cavitaire et tout malade ayant un dossier complétement inexploitable.

II.2. Méthodes

II.2.1. Mode de recrutement des patients

Une explication de l'étude était faite dans le lieu d'étude et les malades ayant les signes cliniques et radiologiques étaient repérés dans le centre d'étude (service de Médecine Interne du CHUK).

II.2.2. Recueil des données

La collecte des données était faite par le biais des entretiens avec les malades pour l'étude prospective, la consultation des dossiers médicaux, des fiches de traitement, des registres d'entrée et de sortie pour l'étude rétrospective. Un questionnaire élaboré en tenant compte des objectifs fixés nous a permis de recueillir les données.

II.2.3. Variables

Les variables étudiées portaient sur l'analyse des paramètres épidémiologiques, l'identification du facteur de risque, les caractéristiques cliniques, les paramètres biologiques, l'imagerie médicale, le traitement et l'évolution sous traitement.

II.2.4. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse descriptive des données étaient effectuées en utilisant les logiciels Microsoft Office Word 2007 pour la saisie du texte, Microsoft Office Excel 2007 pour les figures et les tableaux et l'analyse des données.

II.2.5. Limites et contraintes de l'étude

Notre étude a connu beaucoup de limites et contraintes. C'est notamment pour l'étude rétrospective le manque des données complètes pour certains patients.

II.2.6. Considérations éthiques et morales

Etant pour une part une étude prospective, notre travail a respecté la dignité humaine et le respect de la confidentialité vis-à-vis des résultats obtenus.

En effet, les renseignements personnels concernant chaque patient étaient codifiés par un numéro qui ne permettait pas d'identifier le malade lors de la publication des résultats de l'étude. Par ailleurs, la bonne pratique médicale était respectée.

CHAPITRE III. RESULTATS

III.1. Présentation des cas

Cas nº 1 : Patiente de 60 ans habitant à Bugendana, province Gitega, cultivatrice.

- Mode de vie : consommateur excessive d'alcool traditionnel et fumeur depuis l'âge de 15 ans.

-Signes fonctionnels : Toux, fièvre, amaigrissement, expectoration jaunâtre évoluant depuis 3 semaines secondairement nauséabonde.

- Signes physiques : P=45Kg, T= 1,7m ; IMC= 16,54Kg/m^2 ; Tº :38,5ºC, râles crépitants en basithoracique droit et une matité droite.

- Bilan biologique : NFS note une leucocytose normale à 8530/mm^3 et une Hb à 7,7g/dl ; sérologie VIH négative.

- Bilan radiologique non retrouvé.

- Traitement reçu : Céfotaxime

- Evolution et durée d'hospitalisation : Favorable et sortie autorisée sous AAC après 15 jours d'hospitalisation.

Cas nº 2 : Patient de 33 ans originaire de la province de Makamba, cultivatrice.

- Mode de vie : Ne prends pas d'alcool ni de tabac.

- Antécédents : Pneumopathie probablement bactérienne et hémoptysie il y a un an.

- Signes fonctionnels : Hémoptysie, douleur thoracique, toux.

- Signes physiques : P=53Kg, T= 1,7m ; IMC= 18,33Kg/m^2 ; Tº :39,9ºC, une carie dentaire, une diminution du MV en basithoracique droit.

- Bilan biologique : NFS note une leucocytose normale à 9200/mm^3 et une Hb à 9,8g/dl ; sérologie VIH négative.

- Radiographie thoracique : Opacité parenchymateuse avec image hydro-aérique au niveau du lobe inférieur droit.

- Traitement reçu : AAC + Gentamycine + extraction dentaire.

- Evolution et durée d'hospitalisation : Favorable et sortie autorisée après 7 jours d'hospitalisation.

Figure 4: Cliché radiologique de face du patient n° 2



Cas n° 3 : Patiente de 55 ans originaire de la province de Bujumbura Rural, cultivatrice.

- Mode de vie : Consommateur occasionnel d'alcool.
- Antécédents : Sans.
- Signes fonctionnels : Toux, fièvre, asthénie, sueurs.
- Signes physiques : P=40Kg, T= 1,56m ; IMC= 16,44Kg/m^2 ; T^o :38,2^{o}C, râles crépitants du champ moyen gauche et des plis de dénutrition.
- Bilan biologique : NFS note une hyperleucocytose à 13560/mm^3 à PNN et une Hb à 8,8g/dl, sérologie VIH négative.
- Radiographie thoracique : Opacité parenchymateuse intéressant le poumon gauche avec image hydro-aérique en son sein avec comblement du cul de sac costo-diaphragmatique gauche.
- Traitement reçu : Ampicilline + Gentamycine + Métronidazole
- Evolution et durée d'hospitalisation : Favorable et sortie autorisée après 29 jours d'hospitalisation.

Figure 5: Radiographie thoracique de face de la patiente n° 3



Cas n° 4 : Patiente de 50 ans originaire de Mugina, province Cibitoke, cultivatrice.

- Mode de vie : Non alcoolique et non tabagique.
- Antécédents : Sans.
- Signes fonctionnels : Fièvre, douleur thoracique droite, toux grasse rouillée.
- Signes physiques : T° :38,1°C, une diminution du MV en basithoracique droit avec râles crépitants au niveau de la moitié inférieure droite.
- Bilan biologique : NFS note une hyperleucocytose à 18920/mm^3 à prédominance de PNN et une Hb à 8,4g/dl ; sérologie VIH négative.
- Radiographie thoracique prise lors de l'apparition des signes cliniques montre une opacité parenchymateuse intéressant le poumon droit et au moment de l'admission la radiographie thoracique notait une importante niveau hydro-aérique occupant tout le poumon droit.
- Traitement reçu : Céfotaxime + Gentamycine + Métronidazole.

- Evolution et durée d'hospitalisation : Favorable mais avec des images séquellaires de type hydropneumothorax et sortie autorisée après 12 jours d'hospitalisation.

Figure 6 A et B: Radiographies thoraciques de face de la patiente n° 4

A. A l'entrée B : A J20 d'hospitalisation





Cas n° 5 : Patiente de 26 ans originaire de Bujumbura Mairie, sans emploi

- Mode de vie : Non alcoolique et non tabagique.

- Antécédents et terrain : ID au VIH de découverte récente sous aucun traitement ARV.

- Signes fonctionnels : Toux, fièvre, AEG, douleur thoracique, expectoration purulente malodorante.

- Signes physiques : P=37Kg, T= 1,54m ; IMC= 15,56Kg/m^2 ; T^o :39,7^{o}C, une diminution du MV à droite, submatité au niveau de la base pulmonaire droite avec présence de râles crépitants à droite.

- Bilan biologique : NFS note une leucocytose normale à 7200/mm^3 et une Hb à 9,9g/dl ; sérologie VIH positive.

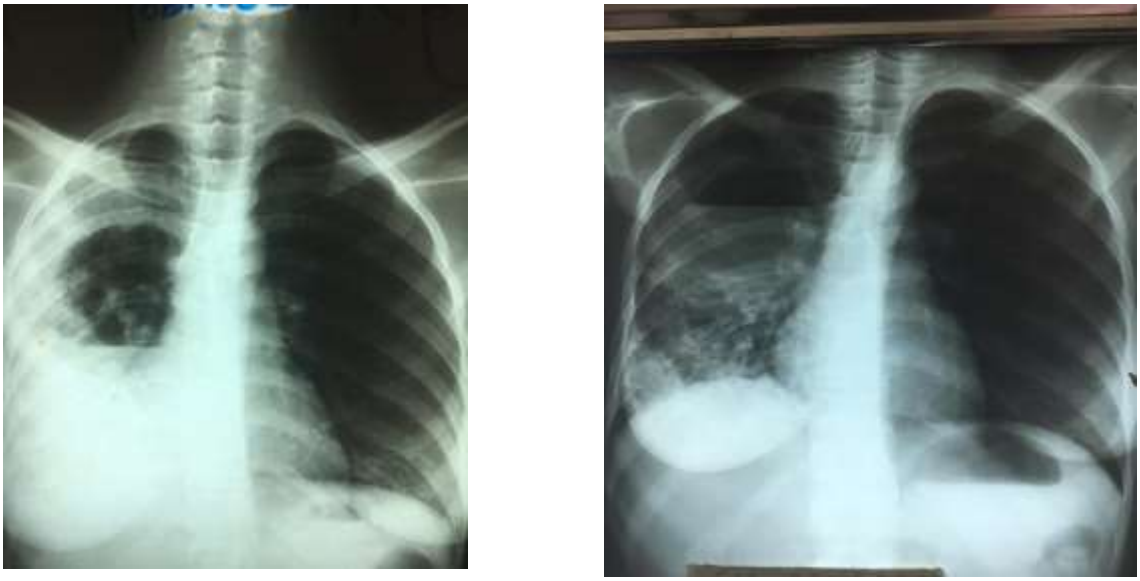
- Radiographie thoracique : Importante image hydro-aérique au niveau du poumon droit effaçant le cul de sac costo-diaphragmatique.

- Traitement reçu : Ampicilline + Gentamycine + Métronidazole+ Kinésithérapie respiratoire.

- Evolution et durée d'hospitalisation : Favorable avec des images séquellaires de type hydro pneumothorax et sortie autorisée après 47 jours d'hospitalisation.

Figure 7: Clichés radiologiques de face du patient n° 5

A. À l'entrée B : à J12 d'hospitalisation



Cas n° 6 : Patient de 62 ans originaire de Gihofi, province Rutana, cultivateur

- Mode de vie : Prends de l'alcool et ne fume pas.
- Antécédents : Sans.
- Signes fonctionnels : Toux hémoptoique, douleur de l'hypochondre droit.
- Signes physiques : P=65Kg, T= 1,9m ; IMC= 17Kg/m^2 ; T^o :39,1°C, MV et VV abolis dans l'hemichamp droit, râles crépitants au niveau de l'hemichamp gauche.
- Bilan biologique : NFS note une leucocytose normale à 4930/mm^3 et une Hb à 11,2g/dl ; sérologie VIH négative.
- Radiographie thoracique : Image hydro-aérique au niveau du champ moyen droit.
- Traitement reçu : AAC + Gentamycine + Métronidazole+ Kinésithérapie respiratoire.
- Evolution et durée d'hospitalisation : Favorable avec des images séquellaires et sortie autorisée après 16 jours d'hospitalisation sous AAC pendant 6 semaines.

Figure 8: cliché radiologique du patient n° 6



Cas n° 7 : Patient de 77 ans originaire de Kanyosha, province de Bujumbura Mairie, sans profession

- Mode de vie : Prends de l'alcool traditionnel et est tabagique.
- Antécédents : 2 interventions chirurgicales en 2016 pour fracture du col fémoral droit.
- Signes fonctionnels : Toux avec expectoration jaunâtre, fièvre et amaigrissement évoluant depuis 3 semaines.
- Signes physiques : T^o :37,3^oC, une hyposaturation en O_2, un Glasgow à 10/15 à l'entrée, les râles crépitants diffus dans les 2 champs pulmonaire.
- Bilan biologique : NFS note une leucocytose à 6940/mm^3 et une Hb à 8,1g/dl ; sérologie VIH négative.
- Protocole de la Radiographie thoracique de face : Syndrome interstitiel dans les 2 champs pulmonaires avec abcédation multiples dans l'hemichamp gauche (cliché trop endommagé).
- Traitement reçu : AAC + Gentamycine + traitement adjuvent : Oxygénothérapie
- Evolution et durée d'hospitalisation : Défavorable avec décès à 4 jours d'hospitalisation dans un tableau de detresse respiratoire.

Cas n° 8 : Patient de 51 ans originaire de la province de Bujumbura Mairie, cultivateur

- Mode de vie : Prends l'alcool et ne fume pas.
- Antécédents : Sans.
- Signes fonctionnels : AEG, toux trainante depuis 3 mois.
- Signes physiques : P=60Kg, T= 1,8m ; IMC= 18,51Kg/m^2 ; T^o :39,6^{o}C, diminution du MV en basithoracique gauche.
- Bilan biologique : NFS note une hyperleucocytose à 34100/mm^3 à prédominance PNN à 88% et une Hb à 7,1g/dl ; sérologie VIH négative.
- Radiographie thoracique : Opacité homogène occupant les 2/3 < du poumon gauche avec image hydro-aérique en son sein.
- Traitement reçu : Céfotaxime + Gentamycine + Métronidazole.
- Evolution et durée d'hospitalisation : Favorable avec autorisation de sortie après 9 jours d'hospitalisation sous AAC+ Métronidazole pendant 1 mois.

Figure 9: Cliché Radiologique du cas n° 8



Cas n° 9 : Patient de 40 ans originaire de la province de Bujumbura Mairie, conducteur automobile.

- Mode de vie : Ne prends pas d'alcool ni de tabac.
- Antécédents : Sans.

- Signes fonctionnels : Toux, douleur thoracique, crachat malodorant secondairement nauséabond.
- Signes physiques : P=60Kg, T= 1,81m, IMC= 18,3 Kg/m^2 ; T^o :37,8^{o}C, matité gauche, râles crépitants dans les 2 champs pulmonaires.
- Bilan biologique : NFS note une leucocytose normale à 5300/mm^3 et une Hb à 16,5g/dl, la sérologie VIH est négative.
- Protocole de la Radiographie thoracique de face : Opacités alvéolaires perihilaires bilatérales avec hydropneumothorax gauche et composante atélectasique lobaire > gauche (cliché radiologique non retrouvé).
- Traitement reçu : Céfotaxime + Gentamycine + Métronidazole+ Kinésithérapie respiratoire.
- Evolution et durée d'hospitalisation : Favorable sans séquelles et sortie autorisée après 33 jours d'hospitalisation.

III.2. Analyse des paramètres épidémiologiques

III.2.1. Fréquence

Nous rapportons dans le tableau III, le nombre de malades hospitalisés pour abcès du poumon en Médecine Interne au C.H.U.K au cours de la période de notre étude. Nous rappelons que les dossiers complétement inexploitables ont été exclus de l'étude.

Sur 6038 patients hospitalisés dans le service de Médecine Interne du C.H.U.K pendant la période d'étude de 4 ans, 9 patients soit 0,14 % présentaient un abcès pulmonaire.

Tableau III: Fréquence de l'abcès du poumon en hospitalisation

Année / Malades	2016	2017	2018	2019	Total	Pourcentage
Total des malades hospitalisés	1690	1724	1620	1004	6038	100%
Malades hospitalisés pour abcès du poumon	2	4	2	1	9	0,14%

III.2.2. Age

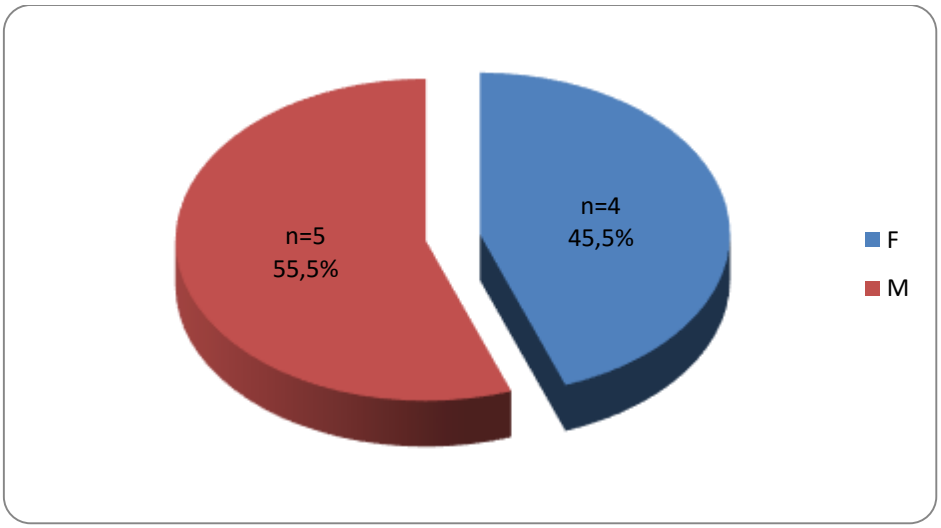
Tableau IV: Répartition des malades selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	**Effectif n= 9**	**Pourcentage**
20 - <39	2	22,22%
39 - <59	1	11,11%
>59	6	66,67%
TOTAL	**9**	**100,00%**

La majorité de nos patients ont un âge supérieur ou égal à 40 ans. L'âge moyen est de 50,4 ans avec des extrêmes de 26 ans et 77 ans.

III.2.3. Sexe

Figure 10: Répartition des patients par sexe



Le sexe masculin prédominait avec 55,55 % soit un sex-ratio de 1,25.

III.2.4. Profession

Tableau V: Répartition des patients par profession

Profession	**Effectif n = 9**	**Pourcentage**
Chauffeur	1	11,11%
Cultivateur	6	66,67%
Sans	2	22,22%
TOTAL	**9**	**100,00%**

Les cultivateurs représentent 66,67% des cas.

III.2.5. Provenance géographique

Tableau VI: Répartition des patients par provenance

Provenance	**Effectif** **n= 9**	**Pourcentage**
Rural	5	55,55%
Urbain	4	45,55%
TOTAL	**9**	**100,00%**

55,55% des patients sont originaires du milieu rural.

III.3. Identification du facteur de risque

Tableau VII: Répartition des patients par facteurs de risque

Facteurs de risque	**Effectif** **n = 7**	**Pourcentage**
Pneumopathie bactérienne	3	42,85%
Abcès dentaire	1	14,28%
Tabagisme	2	28,57%
Alcool	4	57,14%

Un facteur de risque favorisant l'abcès du poumon est retrouvé dans tous les cas.

III.4. Caractéristiques cliniques

III.4.1. Signes généraux

Tableau VIII: Répartition des patients par Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen à l'entrée

IMC	**Effectif n= 7**	**Pourcentage**
IMC Inférieur à 18	4	57,2%
IMC entre 18-23	3	42,8%
TOTAL	**7**	**100,00%**

Tableau IX: Répartition des patients par température corporelle à l'entrée

Température à l'admission	**Effectif n= 9**	**Pourcentage**
Fébrile	5	55,5%
Non fébrile	4	45,5%
Total	**9**	**100%**

Au moment de l'admission, les signes généraux sont marqués par un IMC inférieur à la normale pour 57,2% des cas et la fièvre dans 55,5% des cas.

III.4.2. Signes fonctionnels

Tableau X: Signes fonctionnels à l'admission

Signes fonctionnels	**Effectif** **n= 9**	**Pourcentage**
Fièvre	5	55,5%
Toux	8	88,88%
Expectoration purulente	2	22,2%
Expectoration jaunâtre	4	44,44%
Vomique	1	11,1%
Douleur thoracique	4	44,44%
Dyspnée	5	55,5%
Amaigrissement	6	66,66%
Fétidité de l'expectoration	3	33,33%
Hémoptysie	2	22,22%

La vomique, signe fortement évocateur de l'abcès du poumon est retrouvée dans seulement 11,1 % des cas.

III.4.3. Signes physiques

Tableau XI: Signes physiques à l'admission

Signes à l'examen pulmonaire	Effectif n= 9	Pourcentage
Matité	3	33,33%
Diminution du murmure vésiculaire	5	55,5%
Râles crépitants	6	66,66%

Le syndrome de condensation pulmonaire est retrouvé dans la plupart des cas.

III.5. Paramètres biologiques

III.5.1. Numération formule sanguine

Tableau XII: Répartition des patients par les données de la NFS à l'admission

NFS	Effectif n=9	Pourcentage
Anémie	8	88,9%
Hyperleucocytose à PNN	3	33,33%
Leucocytose normale	6	66,67%

NFS faite à l'admission montre une hyperleucocytose à PNN et une anémie inflammatoire dans respectivement 33,33% et 88,9% des cas.

III.5.2. Sérologie au VIH

Tableau XIII: Dépistage du VIH

VIH	**Effectif n= 9**	**Pourcentage**
VIH+	1	11,1%
VIH-	8	88,9%
TOTAL	**9**	**100%**

Le dépistage du VIH est négatif dans la plupart des cas soit 88,9%.

III.5.3. Hémocultures

Aucun patient de notre étude n'a pu faire les hémocultures par manque de flacons d'hémocultures et du coût de cet examen.

III.5.4. Recherche des BAAR dans les expectorations

La recherche des BAAR dans les expectorations est négative dans tous les cas.

III.6. Imagerie médicale

III.6.1. Anomalies radiologiques pulmonaires

La radiographie standard du thorax a été réalisée chez tous nos patients. Les anomalies constatées sont rapportées dans le tableau XIV ci-dessous. Le patient N°9 avec opacité parenchymateuse au niveau radiologique présentait les signes fonctionnels et physiques fortement évocateur d'abcès du poumon.

Aucun de nos patients n'a pu réaliser le scanner thoracique.

Tableau XIV: Répartition des malades selon les anomalies radiologiques

Anomalies radiologique pulmonaires	**Effectif n= 8**	**Pourcentage**
Opacité parenchymateuse	1	12,5%
Opacité parenchymateuse avec image hydroaérique	7	87,5%
TOTAL	**8**	**100,00%**

Une opacité parenchymateuse avec image hydroaérique est présente dans la plupart des cas. L'opacité parenchymateuse était observé chez le patient nº 9.

III.6.2. Localisation des lésions radiologiques pulmonaires

Tableau XV: Répartition des anomalies radiologiques au sein des différents lobes pulmonaires

Localisations des lésions radiologiques	**Effectif n= 8**	**Pourcentage**
Lobe inférieur droit	3	37,5%
Lobe inférieur gauche	3	37,5%
Lobe moyen droit	3	37,5%
Lobe supérieur gauche	3	37,5%
Lobe supérieur droit	2	25%

Les anomalies radiologiques se localisent surtout au niveau du poumon droit.

III.7. Traitement

III.7.1. Antibiotiques reçus

Tableau XVI: Répartition des patients par prise en charge antibiotique

Molécule	**Effectif n= 9**	**Pourcentage**
AAC + Gentamycine	2	22,22%
Céfotaxime	1	11,1%
Céfotaxime+Gentamycine+ Métronidazole	3	33,33%
AAC+ Gentamycine+Métronidazole	1	11,1%
Ampicilline+Gentamycine+Métronidazole	2	22,22%
TOTAL	**9**	**100%**

La combinaison Céfotaxime + Gentamycine + Métronidazole est la plus utilisée dans 33,33% des cas. La trithérapie antibiotique (association AAC ou Ampicilline ou C3G+imidazole+aminoside) est retrouvée chez 6 patients soit 66,67% des cas.

III.7.2. Kinésithérapie de drainage bronchique

Tableau XVII: Répartition des patients ayant subi ou non une kinésithérapie de drainage bronchique

Kinésithérapie de drainage bronchique	**Effectif n= 9**	**Pourcentage**
Non	6	66,67%
Oui	3	33,33%
TOTAL	**9**	**100,00%**

La kinésithérapie de drainage bronchique a été faite chez 33,33% des cas de notre série en complément au traitement antibiotique.

III.7.3. Prise en charge du facteur favorisant

Tableau XVIII: Répartition selon la prise en charge du facteur favorisant.

Prise en charge du facteur favorisant	**Effectif n= 9**	**Pourcentage**
Oui	1	11,11%
Non	8	88,89%
Total	**9**	**100%**

Une prise en charge du facteur favorisant n'a pas été faite en hospitalisation ou à la sortie de l'hôpital pour la plupart des cas. Un patient (cas Nº2) soit 11,11% des cas a eu le traitement de la carie dentaire à la sortie de l'hôpital.

III.8. Evolution sous traitement

III.8.1. Evolution clinique sous traitement

Tableau XIX: Répartition des patients selon l'évolution clinique sous traitement

Evolution clinique sous traitement	**Effectif n= 9**	**Pourcentage**
Evolution favorable avec apyrexie	8	88,89%
Décès	1	11,11%
TOTAL	**9**	**100,00%**

La majorité de nos patients a eu une évolution clinique favorable soit 88,89% des cas et un décès fut observé soit 11,11% des cas (cas nº 7).

III.8.2. Durée d'hospitalisation en jours

Tableau XX: Répartition des patients par durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation en jours	**Effectif n= 9**	**Pourcentage**
0 - <10	3	33,34%
11-20	3	33,33%
21 – 30	1	11,11%
31 – 40	1	11,11
>40	1	11,11%
TOTAL	**9**	**100,00%**

La durée d'hospitalisation de nos patients variait entre 4 et plus de 40 jours avec une moyenne à 19,4 jours.

CHAPITRE IV : DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Paramètres épidémiologiques

Dans notre série, l'abcès du poumon représente 0,14% de l'ensemble des malades hospitalisés dans le Département de Médecine Interne du CHUK pendant la période d'étude.

Nous pensons que cela ne représente pas la fréquence réelle de l'abcès du poumon au BURUNDI. Et cela, pour plusieurs raisons :

La première est l'inaccessibilité aux soins du fait de la pauvreté ou de l'éloignement des centres de traitement.
La deuxième est que la radiographie thoracique, clef du diagnostic de l'abcès du poumon n'est pas réalisable dans tous les hôpitaux du pays.
Il faut signaler aussi le fait que notre travail est en partie rétrospectif et que par ce fait beaucoup de dossiers n'ont pas été retenu dans l'étude.

Kouassi et al [3] à Abidjan, TALL Madina [5] au Mali en 2017 ont rapporté une fréquence de l'abcès du poumon inférieure à 1% soit respectivement 0,74% et 0,30% alors que Ayoub, Tidiani, Fall et Sergent ont trouvé une fréquence de l'abcès du poumon à 2% dans leurs études respectives [2,20,21]. Aux Etats-Unis, la fréquence des abcès des poumons est à 0,0055% [4].

La fréquence de l'abcès du poumon a nettement diminué dans les pays développés du fait de l'utilisation adéquate de l'antibiothérapie [4].

Etant donné que la fréquence réelle de l'abcès du poumon est sous-estimée au Burundi et au CHUK en particulier, il est important d'insister sur le renforcement de la formation du personnel médical à un bon usage des antibiotiques.

IV.1.1. Age

L'abcès du poumon est une pathologie de l'adulte de 40 à 50 ans [12]. Dans les pays développés et ceux en voie de développement, la population de cette tranche d'âge est active dans la plupart des cas. Une atteinte préférentielle de cette population engendrerait des conséquences énormes pour les familles et le pays.

Notre série montre un âge moyen de survenu de l'abcès du poumon à 50,4 ans avec des extrêmes de 26 et 77 ans. La majorité de nos patients avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans.

Fadiga et al en Afrique de l'Ouest retrouvait un âge moyen de 51,6 ans avec une prédominance de la tranche d'âge entre 40 à 60 ans [22]. TALL Madina au Mali retrouvait un âge moyen à 45,7 ans avec une prédominance de la tranche d'âge entre 20 à 40 ans [5].

Loudadsi retrouvait l'âge moyen à 44 ans [23] et 38 ans selon Rakotoson JL et al au Madagascar [24].

A partir de nos résultats, ceux des séries africaines et européennes et la littérature [12], on peut conclure que l'abcès du poumon survient le plus souvent au-delà de 40 ans de vie et l'une des explications est la fréquence accrue des comorbidités et autres facteurs de risque de l'abcès du poumon après l'âge de 40 ans [8,12].

IV.1.2. Sexe

L'abcès du poumon est une affection qui concerne le plus souvent le sexe masculin ayant un âge compris entre 40 et 50 ans avec un sex-ratio égal à 4[12].

Dans notre série, nous avons retrouvé un sex-ratio à 1,25 en faveur du sexe masculin. TALL Madina au Mali retrouvait une prédominance masculine pour l'affection avec un sex-ratio à 3,66 [5] ; Razafimayato et al [25] à Madagascar retrouvait un sex-ratio à 4.

Fadiga et al en Afrique de l'Ouest notaient une prédominance masculine à 60 % pour l'affection [22]. Loudadsi retrouvait une prédominance masculine à 58 % pour l'abcès du poumon [23]. Rakotoson JL et al à Madagascar retrouvait la prédominance masculine à 67,6% [24].

Toutes ces études mettent en exergue l'atteinte préférentielle des hommes par l'abcès du poumon. Il faut rappeler que le tabagisme et l'alcoolisme chronique sont des facteurs favorisant l'abcès du poumon et sont plus souvent retrouvés chez l'homme [12].

IV.1.3. Profession

Les résultats des études africaines sur l'abcès du poumon nous montrent une répartition préférentielle de l'affection au sein des différentes professions.

TALL Madina au Mali en 2017 rapporte une atteinte préférentielle de l'abcès du poumon pour les cultivateurs (35,71%) suivis des ménagères (21,43%) [5]. Dans le même pays treize ans auparavant, Ibrahim Fall avait montré en 2004 que les travailleurs domestiques étaient les plus atteints par l'abcès du poumon avec 33,33% des cas observés suivie des cultivateurs dans 30% des cas [21].

Tidiani au Togo avait montré une atteinte préférentielle des cultivateurs (38,2% des cas) suivi de travailleurs domestiques (16,62% des cas) [20].

Notre étude montre une atteinte plus fréquente des cultivateurs suivis par les sans-emploi dans respectivement 66,67% et 22,2% des cas.

Les différentes séries et la nôtre montrent que la catégorie sociale défavorisée est plus touchée par l'abcès du poumon. Au Burundi, la majeure partie de la population est défavorisée et de ce fait court un risque important d'avoir l'abcès du poumon.

IV.2. Identification du facteur de risque

Nous avons relevé en page 7 les facteurs de risque pouvant favoriser l'abcès du poumon. Il s'agit de l'âge avancé, le sexe masculin, la toxicomanie, le diabète sucré mal équilibré, les troubles de la conscience avec fausses routes, la malnutrition, le traitement par des médicaments immunosuppresseurs (corticoïdes, cytostatiques ou immunodépresseurs), le retard mental, le reflux gastro-œsophagien [9,10].

Sur ces facteurs de risque, il faut noter que les sujets avec un mauvais état buccodentaire notamment une gingivite ou une infection parodontale sont également à risque de développer un abcès du poumon [11].
Il est important à noter que l'infection VIH fragilise le terrain et provoque l'apparition d'infections pulmonaires [21].

Différents auteurs ont rapporté les facteurs de risque de l'abcès du poumon ci-hauts cités dans leurs séries respectives.

Ibrahim Fall au Mali identifiait comme facteurs de risque de l'abcès du poumon le tabac dans 40% des cas, l'abcès dentaire dans 13,33% des cas et une pneumopathie bactérienne dans 40% des cas [21]. L'infection au VIH est retrouvée chez 11 cas sur 40 patients dépistés parmi 60 patients de sa série soit 27,5% des cas [21].

Ayoub en Tunisie quant à lui retrouvait un abcès dentaire dans 11% des cas et une pneumopathie bactérienne dans 7% des cas [2]. Coury en France retrouvait les facteurs de risque d'abcès du poumon faits d'un abcès dentaire dans 15% des cas et une pneumopathie bactérienne dans 7% des cas [21]

Tidiani au Togo retrouvait principalement l'abcès dentaire avec 32,5% des cas, comme facteur de risque de l'abcès du poumon [20]. Loudadsi retrouvait le tabac dans 27% des cas [23], Fadiga en Afrique de l'Ouest retrouvait le tabac dans 15% des cas [22].

Rakotoson à Madagascar retrouvait comme facteurs de risque principaux de l'abcès du poumon le tabac et l'alcool dans respectivement 12,6% et 18% des cas [24]. Par ailleurs la sérologie du VIH fut positive pour un patient sur 32 cas dépistés parmi 111patients de son observation soit 3,1% des cas. De ce fait le VIH ne représentait pas le facteur de risque important de l'abcès du poumon pour son étude [24].

Madhusmita Mohanty Mohapatra et al en Inde retrouvaient le tabac et l'alcool comme facteur de risque de l'abcès du poumon dans respectivement 17 et 22% des cas [26].

Les facteurs de risque de l'abcès du poumon relevés dans notre série sont l'abcès dentaire dans 14,28% des cas, le tabagisme dans 28,57% des cas, la pneumopathie bactérienne dans 42,85% des cas et l'alcoolisme dans 57,14% des cas. Dans notre série, la sérologie au VIH était négative dans la plupart des cas soit 88,9% des cas et de ce fait le VIH ne représentait pas le facteur de risque important.

L'abcès du poumon peut être prévenu par le contrôle des facteurs de risque entre autres la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, l'équilibre du diabète, le dépistage et le traitement des abcès dentaires, la prévention des fausses routes par un suivi médical strict en milieu des soins intensifs au cours des pathologies avec altération de l'état de conscience.

Au Burundi, il est à souligner que pour la prévention de l'abcès du poumon la lutte contre la toxicomanie doit être organisée. Il s'agit d'un facteur de risque cité dans la littérature [10,11], mais non retrouvé dans notre série.

IV.3. Caractéristiques cliniques

IV.3.1. Signes généraux et fonctionnels

Une fièvre oscillante, une altération profonde de l'état général, une expectoration brutale d'une grande quantité de pus (vomique) survenant dans un contexte d'infection pulmonaire aigüe sont des signes cliniques qui doivent fortement faire penser à un abcès du poumon [12].

La vomique, signe majeur de l'abcès du poumon, constitue une évolution anatomique où l'abcès mûrit et s'ouvre spontanément dans la lumière d'une bronche classiquement vers le 4ème et le 10èmejour et son contenu purulent va être drainé plus ou moins par voie bronchique [12].

Cette vomique est parfois précédée par une toux, une dyspnée, une hémoptysie, une haleine fétide [6,13]. La vomique peut être fractionnée avec émissions échelonnées d'expectorations purulentes [12]. La vomique s'accompagne d'une diminution de la fièvre [8].

Dans notre série, la fièvre est retrouvée dans 55,5% des cas, une expectoration et l'amaigrissement dans 66,66% des cas, mais sous forme de vomique dans 11,11% des cas.

D'autres séries africaines et asiatiques, notamment celle de Fadiga en Afrique de l'Ouest [22], Rakotoson au Madagascar [24], Madhusmita Mohanty Mohapatra et al en Inde [26] trouvent que la fièvre et l'altération de l'état général avec amaigrissement sont des signes fréquents au cours de l'abcès du poumon.

L'expectoration sous forme de vomique, signe évocateur majeur de l'abcès du poumon est retrouvée dans 19,9% des cas par Fadiga et al en Afrique de l'Ouest [29] et Rakotoson et al au Madagascar dans 4,50% des cas [24]. Ibrahim Fall au Mali l'a retrouvé dans 68,30% des cas [21].

Ces études montrent que la vomique, signe évocateur de l'abcès du poumon n'est pas toujours retrouvée.

IV.3.2. Signes physiques

L'examen physique pulmonaire retrouve un syndrome de condensation pulmonaire [6] localisé dans un territoire du poumon: râles crépitants /sous-crépitants, vibrations vocales augmentées. Dans d'autres cas l'examen physique pulmonaire est normal [12].

Dans notre série, les râles crépitants, la diminution du murmure vésiculaire localisée dans une zone du poumon et la matité sont retrouvés dans respectivement 66,66% ; 55,5% et 33,33% des cas.

Ibrahim Fall au Mali avait retrouvé les râles crépitants ou sous crépitants et une augmentation des vibrations vocales dans 81,66% des cas [21]. Rakotoson et al au Madagascar retrouvaient les râles crépitants dans 62,1% des cas [24].

Les signes physiques au cours de l'abcès du poumon sont similaires aux signes physiques retrouvés au cours de la plupart des pneumopathies bactériennes aigües. Il est important de le savoir et de bien prendre en charge les pneumopathies bactériennes aigües avant le stade de constitution d'abcès du poumon.

IV.4. Paramètres biologiques et bactériologiques

Les examens biologiques aident à poser le diagnostic d'une pneumopathie bactérienne. Il s'agit de la Numération Formule Sanguine (NFS) qui montre le plus souvent une hyperleucocytose à prédominance neutrophile, assez précoce et durable [5] ; les hémocultures [8]; la recherche d'Ag solubles de *S. pneumoniae, H. influenza, K. pneumoniae* dans les urines et les secrétions bronchiques [5].

Par ailleurs le choix de l'antibiotique est guidé par les examens tels que les prélèvements bronchiques protégés réalisés au cours de l'endoscopie bronchique

par la technique de brossage bronchique protégé (BBP) et le lavage broncho-alvéolaire (LBA) [8].
Toutefois, ces examens sont agressifs et ne seront demandés qu'en cas de la non réponse à une antibiothérapie probabiliste choisie, en tenant compte du terrain sous-jacent.

Notre étude retrouve une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles dans seulement 33,33% des cas et une anémie inflammatoire dans 88,98% des cas. L'étude bactériologique n'a pas été réalisée au cours de notre série.

Ibrahim Fall au Mali en 2004 retrouvait une hyper leucocytose à polynucléaire neutrophile dans 98,3% des cas, une anémie inflammatoire dans 83,3% des cas et aucun germe n'a été isolé au cours du brossage bronchique protégé [21].

Tidiani au Togo retrouvait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles dans 98% des cas [20]. Rakotoson et al au Madagascar retrouvait une hyperleucocytose à prédominance de polynucléaires neutrophiles dans 59,6 % des cas [24].

TALL Madina au Mali en 2017 retrouvait une hyper leucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles chez tous les patients et un germe était retrouvé dans 92,31% des cas lors de l'analyse du liquide d'aspiration bronchique au cours de l'endoscopie bronchique [5].

L'hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles est le témoin de l'origine bactérienne de la pneumopathie [5] et l'analyse du liquide d'aspiration protégée au cours de l'endoscopie constitue un élément clef d'une meilleure approche thérapeutique. La plupart des séries n'isolait pas le germe au cours de l'endoscopie bronchique et le choix antibiotique fut probabiliste et fut orienté par les résultats de la NFS. L'anémie témoigne d'une inflammation chronique liée à l'infection.

IV.5. Imagerie médicale

IV.5.1. Anomalies radiologiques pulmonaires

L'imagerie médicale représente la clef du diagnostic de l'abcès du poumon. L'aspect classique radiologique de l'abcès du poumon est sous forme d'une image hydro aérique au sein d'une opacité parenchymateuse mal limitée [6].

Parfois on voit une bronche de drainage partant de l'image hydro aérique vers le hile [6]. Le cliché standard est parfois pris à défaut et alors dans ce cas le scanner peut redresser le diagnostic.

Notre série montre une image hydroaérique au sein d'une opacité parenchymateuse dans 87,5% des cas.

D'autres séries africaines, européennes et asiatiques, notamment celle de Madhusmita Mohanty Mohapatra et al en Inde [26] ; Ibrahim Fall au Mali [21] ; AYOUB en Tunisie [2], SERGENT à Paris [21] et TIDJANI au Togo [20] trouvent le signe radiologique le plus fréquent, une image hydroaérique au sein d'une opacité parenchymateuse.

Le cliche standard peut ne pas montrer une image hydroaérique et le scanner thoracique joue un rôle important dans le diagnostic de ces formes frustres d'abcès du poumon. Par ailleurs le scanner constitue un bon élément de surveillance radiologique.

Aucun de nos patients n'a pu réaliser le scanner thoracique. Les autres séries africaines montrent un faible taux d'utilisation du scanner thoracique dans le diagnostic radiologique de l'abcès du poumon soit 4,5 % au Madagascar [24] et 21,42% au Mali [5]. L'une des raisons majeures est le coût élevé de cet examen à la charge des patients au niveau socio-économique bas.

IV.5.2. Localisation des lésions radiologiques pulmonaires

La localisation des lésions radiologiques pulmonaires est fonction du facteur de risque et le poumon droit est souvent touché en cas de pneumopathie d'inhalation surtout en cas des troubles de la conscience avec fausses routes, de toxicomanie et en cas de reflux gastro-œsophagien [9,10].

Le poumon droit constitue la localisation préférentielle des lésions radiologiques au cours de l'abcès du poumon pour les différentes séries déjà faites à l'heure actuelle.

C'est notamment le cas d'Ibrahim Fall au Mali en 2004 qui retrouvait les lésions radiologiques au poumon droit dans 86,7% des cas [21], Ayoub et al en Tunisie dans 59% des cas [2], Kouassi et al dans 75% des cas [3] et Maouhak et al dans 55% des cas [4]. Par contre Madina Tall au Mali en 2017 retrouvait l'atteinte du poumon droit dans 42,84% des cas [5]

Notre étude montre une localisation des lésions radiologiques pulmonaires au niveau du poumon droit dans plus de la moitié des cas.

La localisation préférentielle des lésions radiologiques pulmonaires au niveau du poumon droit retrouvée dans la plupart des études déjà faites sur l'abcès du poumon s'explique par la position anatomique verticale de la bronche souche droite qui est plus réceptive des particules septiques inhalées, exposant ainsi le poumon droit aux infections provenant de voies aériennes supérieures [21].

IV.6. Traitement

Dès la découverte des antibiotiques, le traitement de l'abcès du poumon est médical et repose sur une antibiothérapie probabiliste à large spectre et prolongée de 6 à 8 semaines [17,18]. Le traitement antibiotique est choisi en tenant compte du terrain et par conséquent du germe le plus à craindre [11].

En règle générale l'antibiothérapie initiale probabiliste doit être a priori efficace sur les anaérobies, les bacilles gram négatifs et le pneumocoque et doit être administrée par voie parentérale. Le passage à l'administration orale est décidé dès que l'amélioration clinique du malade est constatée [11]. L'antibiothérapie est adaptée en cas de non réponse favorable dès le retour de l'antibiogramme [11]. Généralement l'évaluation de l'antibiothérapie initiale est faite au 3^{e} jour de traitement.

La kinésithérapie respiratoire et le traitement du facteur favorisant constituent les mesures associatives au traitement antibiotique en cas d'abcès du poumon.

Le drainage postural habituellement effectué 2 à 4 fois par jour, avant les repas [12] permet l'évacuation des sécrétions bronchiques et diminue les séquelles à long terme [11]. L'éradication d'un éventuel foyer infectieux initial est indispensable. Un foyer septique, cutané et, surtout, ORL et stomatologique ; un reflux gastro-œsophagien sont à rechercher et à traiter [11].

Une triple antibiothérapie probabiliste en association avec une kinésithérapie respiratoire furent choisies dans la majorité des cas dans les différentes séries et la nôtre. Le traitement du facteur favorisant n'a pu être fait que pour quelques cas.

Notre série montre une association antibiotique probabiliste faite d'AAC ou Ampicilline ou C3G+imidazole+aminoside instaurée dans 66,67% des cas ; une kinésithérapie de drainage bronchique faite dans 33,33% des cas et une prise en charge du facteur favorisant (traitement de la carie dentaire) retrouvée dans 11,11% des cas.

Rakotoson JL et al [24] au Madagascar retrouvaient une association antibiotique probabiliste instaurée fait de Pénicilline G ou C3G+imidazole+aminoside dans 82,9 % des cas ; une kinésithérapie de drainage bronchique réalisée chez 51,3% des patients et une prise en charge du facteur favorisant effectuée dans 17,1% des cas [24].

Ibrahim Fall au Mali en 2004 retrouvait une association antibiotique probabiliste instaurée faite de Beta-lactamines + aminoside + Imidazoles dans 96,7% des cas ; une kinésithérapie de drainage bronchique effectuée chez 98,33% des cas et le traitement du facteur favorisant fait pour 13, 33% des cas [21]. Treize ans après en 2017 dans le même pays, TALL Madina retrouvait l'association antibiotique AAC et Métronidazole plus utilisée dans le traitement de l'abcès du poumon dans 78,58% des cas [5].

Fadiga et al en Afrique de l'Ouest retrouvait une prise en charge du facteur favorisant l'abcès du poumon dans 12,34% des cas [22].

L'approche thérapeutique choisie a été orientée vers les germes les plus fréquemment cités dans la littérature [21].

Les affections gingivo-dentaires et les sinusites sont les facteurs favorisants l'abcès du poumon ayant été identifiés dans les différentes séries et la nôtre et ayant bénéficiés d'une prise en charge parmi les autres nombreux facteurs cités dans la littérature [9,10,11].

Rappelons que les facteurs favorisants l'abcès du poumon sont l'âge, le sexe, la toxicomanie, le diabète sucré mal équilibré, les troubles de la conscience avec fausses routes, la malnutrition, le traitement par des médicaments immunosuppresseurs (corticoïdes, cytostatiques ou immunodépresseurs), le retard mental, le reflux gastro-œsophagien [9,10], un mauvais état buccodentaire notamment une gingivite ou une infection parodontale [11].

IV.7. Evolution sous traitement

L'évolution de l'abcès du poumon est favorable en cas de traitement précoce, adapté, bien conduit et suffisamment prolongé avec disparition complète des signes cliniques en 6 - 8 semaines et une restitution anatomo-radiologique dans 90% des cas [6].

L’évolution peut être défavorable et on peut déplorer des décès [5] ou des complications chroniques comme une hémoptysie de grande abondance ou une greffe aspergillaire dans une cavité séquellaire [20].

Dans notre étude on a observé une évolution clinique favorable dans la majorité des cas (88,89%), les complications à type d’hydropneumothorax dans 22,2% des cas et le décès dans 11,1% des cas.

TALL Madina au Mali en 2017 observait une évolution favorable chez 12 patients soit 85,72% des cas, une complication et un cas de décès [5]. Benjelloun retrouvait une évolution favorable chez tous ses patients [27].

Pour sa série de 81 observations, Fadiga et al en Afrique de l’Ouest obtenaient une évolution favorable chez 49 patients soit 60,4% des cas, une guérison avec des séquelles minimes sous forme d’une bulle résiduelle dans 54,2 % des cas et le décès pour 9 patients soit 11,2 % des cas [22].

Sur 111 patients de leur observation, Rakotoson JL et al au Madagascar retrouvaient une évolution favorable chez 93 patients soit 83,7 % des cas ; 18 décès soit 16,2% des cas dans un tableau d’insuffisance respiratoire aigüe ou de choc septique [24].

Dans une étude portant sur 75 patients atteints d'un abcès pulmonaire, Hirshberg et ses collègues en Malaisie, ont conclu à des taux élevés de morbidité et de mortalité soit 20 % des cas malgré une antibiothérapie et des soins de soutien appropriés [28].

Ibrahim Fall au Mali en 2004 observait une évolution clinique favorable dans 71,2% des cas, les complications à type de cavités résiduelles dans 9,1% des cas et le décès dans 20% des cas. La fragilisation du terrain par l’infection VIH dont la prise en charge était très chère et le coût prohibitif du traitement n’étant pas à

la portée de la couche sociale fréquemment atteinte par cette affection expliqueraient cet issu fatal [21].

L'évolution clinique sous traitement antibiotique au cours de l'abcès du poumon est favorable d'après les différentes séries et les principales complications à déplorer sont le décès, les images séquellaires sous forme de cavités. L'inaccessibilité aux soins, le coût cher du traitement et les comorbidités associées pourraient expliquer l'évolution défavorable.

IV.8. Durée d'hospitalisation en jours

La durée d'hospitalisation est en général longue et est fonction de la réponse clinique du patient sous antibiothérapie instaurée. La durée totale de l'antibiothérapie est de 6 à 8 semaines [11] et le passage à l'administration orale est décidé dès que l'amélioration clinique du malade est constatée.

La durée d'hospitalisation en jours pour notre série variait entre 4 et plus de 40 jours et la moyenne était à 19,4 jours d'hospitalisation.

Rakotoson JL et al au Madagascar notaient une durée d'hospitalisation variant entre 1 à 30 jours avec une durée moyenne d'hospitalisation de 10,1 jours [24].

Fadiga et al en Afrique de l'Ouest notaient un séjour hospitalier inférieur à 60 jours si l'évolution clinique était favorable et plus de 90 jours si l'évolution clinique était défavorable avec des complications sous traitement [22].

La durée d'hospitalisation variait d'une série d'étude à une autre. La réponse clinique sous traitement, la gestion des complications évolutives au cours de la prise en charge et l'état général du patient conditionnaient la durée d'hospitalisation.

CHAPITRE V : CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

V.1.CONCLUSION

Au terme de notre étude, on peut conclure que :

L'abcès du poumon est une affection dont la fréquence réelle est méconnue au Burundi pour plusieurs raisons entre autre l'inaccessibilité aux soins du fait de la pauvreté ou de l'éloignement des centres de traitement et la non disponibilité de la radiographie thoracique dans tous les hôpitaux du pays.

L'abcès du poumon constitue une affection des personnes au rang socio-économique bas. Les facteurs de risque tels que l'âge avancé, le sexe masculin, l'alcoolisme chronique, le tabac et la pneumopathie bactérienne mal traitée ont été retrouvés dans notre étude. Il est à noter que l'abcès du poumon est dû essentiellement aux bacilles gram négatifs, les anaérobies et le pneumocoque.

Le diagnostic positif de l'abcès du poumon reposait sur l'anamnèse, le tableau clinique et l'image radiologique caractéristique. Il retrouvait un patient de sexe masculin d'âge compris entre 40 et 60ans et alcoolo-tabagique présentant un tableau de pneumonie aigüe bactérienne à la phase de foyer fermé avec une persistance de la fièvre malgré l'antibiothérapie probabiliste et la vomique à la phase de foyer ouvert.

La radiographie thoracique standard montrait une image hydro aérique au sein d'une opacité parenchymateuse mal limitée et les lésions étaient le plus souvent localisées au niveau du poumon droit. Le scanner thoracique permet le diagnostic des formes frustres.

Le traitement de l'abcès du poumon est médical et repose sur une antibiothérapie probabiliste à large spectre, prolongée choisie en fonction du terrain et ciblant le plus souvent les anaérobies, les bacilles gram négatifs et le pneumocoque en

association avec la kinésithérapie respiratoire et le traitement du facteur favorisant.

L'évolution est en règle général favorable, mais des complications sont possibles. Le pronostic est fonction de la durée entre le début des symptômes, le début d'initiation du traitement antibiotique, l'état général du patient et les comorbidités associées.

Au terme de ce travail, nous aimerions formuler quelques recommandations dans l'objectif d'améliorer la prise en charge de l'abcès du poumon au Burundi.

V.2. Suggestions

Au Ministre de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA

- Equiper les hôpitaux du Burundi des appareils de radiographie thoracique standard.
- Fournir une formation continue du personnel médical en exercice sur la lecture des radiographies thoraciques standards.
- Mettre en place un programme national d'information sur les facteurs de risque de l'abcès du poumon.
- Mettre en place les programmes et renforcer les campagnes de lutte contre le tabac, la consommation excessive d'alcool et la toxicomanie chez les jeunes.

Au Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

- Doter le C.H.U Kamenge du scanner et le rendre disponible au public par une diminution du coût.

A la Direction du C.H.U Kamenge

- Recycler le personnel médical sur la prise en charge appropriée des pneumopathies bactériennes aiguës.
- Equiper le laboratoire du plateau technique satisfaisant pour une meilleure étude bactériologique.
- Doter le service de Pneumologie d'endoscopie bronchique.
- Veillez à la bonne conservation des dossiers et l'archivage numérique des dossiers médicaux.

Au personnel soignant

- Inciter les médecins généralistes à un examen systématique de la sphère O.R.L à la recherche des facteurs de risque d'abcès du poumon.
- Prendre en charge de façon urgente et de manière appropriée tout cas de pneumopathie aiguë probablement bactérienne.
- Surveiller de près les patients alités avec troubles neurologiques en hospitalisation dans tous les services du C.H.U Kamenge pour éviter les complications éventuelles de décubitus entre autre les pneumopathies d'inhalation.
- Faire de dépistage de l'infection VIH chez tous les patients hospitalisés.
- Veuillez à bien compléter les dossiers médicaux pour fournir les données de bonnes qualités.

Au Public :

- Faire une consultation rapide dès l'apparition des signes cliniques de pneumopathie.
- Une consultation O.R.L et Stomatologique régulière.
- Faire une hygiène bucco-dentaire satisfaisante et régulière après chaque repas.
- Changement du comportement en limitant les facteurs de risque tel le tabac, l'alcool et la toxicomanie.
- Dépistage systématique de l'infection au VIH.

BIBLIOGRAPHIES

1. **Seo H., Cha SI., Shin KM., et al**. Focal necrotizing pneumonia is a distinct entity from lung abscess. Respiratory, 2013; 18:1095-100.

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. **Kouassi B., Ahui Brou M., Koffi M., Godé C., Horo K., Kone A., Gnamba A., Samake K.** Abcès du poumon en milieu pneumologique africain. Rev Mal Respir, 2016 ;(A240) :33.

4. **Maouhak b FZ., El Khattabi W., Souki N., Aichane A., Affif H.** Abcès du poumon à propos de 84 cas. Rev Mal Respir, 2013; (A124): 387.

5. **TALL Madina**. Aspects épidémio-cliniques et évolutifs de l'abcès du poumon au service de pneumo-phtisiologie CHU du point-G [These]. Bamako : 2016-2017. 89 pages.

6. **Jouneau S., Kerjouan B., Desrues., Delaval.** Pneumologie fondée sur les preuves, 2éme édition. Paris, Masson; 2013.

7. **Clottu E., Nicod LP**. Lung abscess: Changes in treatment. Rev Med Suisse, 2O15; (11): 2176-83.

8. **MESSADI M.S**. Abcès pulmonaire. Faculté de Médecine de Tizi-ouzou [ouvrage] 2011.

9. **Gonçalves AM., Menezes Falcão L., Ravara L.,** Abcès pulmonaire, une révision. Rev Port Pneumol 2008 ;14 :141-9.

10. **Ando K., Okhuni Y., Matsunuma R., et al.** Facteurs pronostiques d'abcès pulmonaire. KansenshogakuZasshi 2010 ; 84 :425-30.

11. **Huchon G.** Pneumologie *pour le praticien.*1ère édition. Paris : Masson ;2001.

12. **Henzazihind.** Abcès du poumon. *CES Pneumologie.* CHNU FANN, 2009.

13. **Antonello M., Delphanque D., Coll**. Comprendre la kinésithérapie respiratoire. 2éme édition. Paris: Masson; 2OO4.

14. **Bartlett JG**. The role of anaerobic bacteria in lung abscess. Clin Infect Dis 2005; 40:923-5.

15. **Hammond JM., Potgieter PD., Hanslo D., et al.** The etiology and antimicrobial susceptibility patterns of microorganisms in acute community-acquired lung abscess. Chest 1995; 108:937-41.

16**. Ivan Kuhajda., Konstantinos Zarogoulidis et al**. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. www.atmjournal.org.*Ann Transl Med* 2015;3(13):183.

17. **Herth F., Ernst A., Becker HD.** Endoscopic drainage of lung abscesses: Technique and outcome. Chest 2005; 127:1378-81.

18. **Shlomi D., Kramer MR., Fuks L., et al.** Endobronchial drainage of lung abscess: The use of laser. Scand J Infect Dis 2010; 42:65-8.

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

20. **Tidiani O., Adoe GB., AH., G.B.M., Lawson AK.** Abcès du poumon à Lomé à propos de 144 cas. Bull Soc Path Ex. 1995 ;(82):95-6.

21. **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 pages.

22. **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

23. **Rachid H., Alaoui Yazidi A., Loudadssi F., El Biaze M., Bakhatar A., Yassine N *et al.*** Les atteintes pleuro-pulmonaires à *Entamoeba histolytica*. *Rev Mal Respir* 2005 ;22 : 1035.

24. **Rakotoson JL1., Rebasy L1., Andrianasolo R., Rakotoharivelo H., Rakotomizao JR.** Abcès pulmonaires : 111 observations à Madagascar. Med Trop 2011, 71.

25. **N Razafimayato et al.** Abcès du poumon compliqué : chirurgie ou drainage. Rev Mal Respir.2014 ;(A67) :233.

26. **Madhusmita Mohanty Mohapatra., Manju Rajaram., Archana Mallick.** Clinical, Radiological and Bacteriological Profile of Lung Abscess - An Observational Hospital Based Study. Macedonian Journal of Medical Sciences, 2018 Sept 25; 6(9):1642-46.

27. **Benjelloun H., El Biaze M., Bakhatar A., Yassine N., Alaoui Yazidi A., El Meziane A *et al.*** 311 Abcès pulmonaire: à propos de 54 cas. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24 : 100.

28. . **Hirshberg B., Sklair-Levi M., Nir-Paz R., Ben-Sira L., Krivoruk V., Kramer MR.** Factors predicting mortality of patients with lung abscess. Chest 1999;115:746–50.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

A. DONNEES ADMINISTRATIVES

1. N ° de la fiche d'enquête : /__/

2. Nom et Prénom du patient : …… …….

3. Age…/__/ …….

4. Sexe : Masculin /__/ Féminin /__/

5. Provenance /…../

6. Profession / …… /

B. ANTECEDENTS DU MALADE :

B.1 ANTECEDENTS FAMILLIAUX :

Préciser /__/

B.2 ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS :

B.2.a. Tuberculose pulmonaire traitée et guérie :
1-oui /__/ 2-non /__/

B.2.b. Bronchite Chronique :
1-oui /__/ 2-non /__/

B.2.c. Asthme :
1-oui /__/ 2-non /__/

B.2.d. Pneumopathie Bactérienne
1-oui /__/ 2-non /__/

B.2.e. Si Oui, pneumopathies récentes
1-moins de 7 j /__/ 2-entre 7-15j /__/ 3.- plus de 15j /__/

B.2.f. Sinusites :

1-oui /__/ 2-non /__/

B.2.g. Abcès Dentaires :

1-oui /__/ 2-non /__/

B.2.h. Diabète sucré équilibré :

1-oui /__/ 2-non /__/

B.3 CHIRURGICAUX :

B.3.a. Intervention récent sur l'abdomen :

1-oui /__/ 2-non /__/

B.3.b. Intervention sur les V A S :

1-oui /__/ 2-non /__/

B.3.c. Si Autres Préciser:/ ……. /

B.4 HABITUDES ET MODE DE VIE :

B.4.1.a. Tabagique :

1-oui /__/ 2-non : /__/

b. Si Oui, nombre de PA : /__/

B.4.2. a. Alcool :

1-oui /__/ 2-non /__/

b. Si Oui, préciser la quantité en g /__/

C-EXAMEN CLINIQUE :

C.1 -MOTIF DE CONSULTATION :

C.1.a. Fièvre :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.b. Toux :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.c. Expectoration Purulente :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.d. Expectoration jaunâtre :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.e. Vomique :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.f. Douleur Thoracique :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.g. Dyspnée :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.h. Amaigrissement :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.i. fétidité de l'expectoration :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.1.j. Hémoptysie :
1-oui /__/ 2-non /__/

C.2 EXAMEN GENERAL :

C.2.a. poids /__/

C.2.b. Taille /__/

C.2.c. Etat général :

1- IMC normal /__/ 2.IMC inferieur à la normale /__/

C.2.b Température supérieure à 38,5°

1-oui /__/ 2-non /__/

C.3 EXAMEN PULMONAIRE

C.3.1. a- Matité /_ / - Submatité /_ /

b-Préciser la localisation /_ ___ _ _ _ _ _ /

C.3.2. a. Diminution du murmure vésiculaire

1-oui /__/ 2-non /__/

b. Si oui, préciser la localisation /_ ___ _ _ _ _ _ /

C.3.3.a. Râles crépitants

1-oui /__/ 2-non /__/

b. Si oui, préciser la localisation /_ ___ _ _ _ _ _ /

C.3.4. Râles sous-crépitants

1-oui /__/ 2-non /__/

Si oui, préciser la localisation /_ ___ _ _ _ _ _ /

D. EXAMEN RADIOLOGIQUE PULMONAIRE :

D. a. Image hydroaérique :

1-oui /__/ 2-non /__/

D. b. Opacité parenchymateuse :
1-oui /__/ 2-non /__/

D. c. Opacité parenchymateuse avec image hydroaérique.
1-oui /__/ 2-non /__/

E. REPARTITION TOPOGRAPHIQUE :

E. a. Lobe supérieur droit :
1-oui /__/ 2-non /__/

E. b. Lobe moyen droit :
1-oui /__/ 2-non /__/

E. c. Lobe inférieur droit :
1-oui /__/ 2-non /__/

E. d. Lobe supérieur gauche :
1-oui /__/ 2-non /__/

E. e. Lobe inférieur gauche :
1-oui /__/ 2-non /__/

E. f. Abcès multiple bilatérales : /__/
1-oui /__/ 2-non /__/

F. PARAMETRES BIOLOGIQUES :

F. a. BAAR dans les crachats :
1-oui /__/ 2-non /__/

F. b.1. Glycémie veineuse :
1-oui /__/ 2-non /__/

2. Si Oui, valeur /__ __ __ /

F. c. V.I.H+

1-oui /__/ 2-non /__/

F. d. Si V.I.H+,

-préciser stade clinique OMS /__/

F. e. NFS

e.1.Hyperleucocytose a PNN 1-oui /__/ 2-non /__/

e.2.Anémie 1-oui /__/ 2-non /__/

F. f. Hémoculture 1-oui /__/ 2-non /__/

G .LA PRISE EN CHARGE MEDICALE :

G.1.AVANT L'HOSPITALISATION :

Antibiothérapie reçue : 1-oui /__/ 2-non /__/

Si Oui, préciser /__ _ _ __ __ __/

G.2.EN HOSPITALISATION :

I. Antibiothérapie précoce **:** 1-oui /__/ 2-non /__/

Si Oui préciser /__ __ __ __ /

II. Kinésithérapie de drainage bronchique :

1-oui /__/ 2-non /__/

G.3 EVOLUTION CLINIQUE :

1-Favorable avec apyrexie : 1-oui /__/ 2-non /__/

Si Oui, apyrexie obtenue à …. jours d'antibiothérapie

2-Fièvre persistante : 1-oui /__/ 2-non /__/

3. Si Oui, antibiotique2^{e} choix 1-oui /__/ 2-non /__/

4. Si Oui, préciser antibiotique reçue. /__ __ __ __ __/

Evolution sous 2^{e} choix d'antibiotique

4.1-Favorable avec apyrexie 1-oui /__/ 2-non /__/

Si Oui, apyrexie obtenue à …. jours du 2^{e} choix

4.2-Fièvre persistante 1-oui /__/ 2-non /__/

5. Décès /__/

G.4. PRISE EN CHARGE DU FACTEUR FAVORISANT :

a. Préciser le facteur : /__ __ __ __ /

b. Prise en charge du facteur :
1-oui /__/ 2-non /__/

c. Si Oui, préciser le traitement reçu : /__ __ __ __ /

G.5. DUREE D'HOSPITALISATION EN JOURS : /__/

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leurs sont dus. Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur, les nobles traditions de la profession médicale.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se serait confié à moi.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de race, de nation, 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 sa conception.

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

Je fais ces promesses solennellement, librement sur honneur

RESUME

But : Améliorer la prise en charge de l'abcès du poumon au Burundi

Patients et Méthodes : Notre travail était une étude rétrospective et prospective. Elle a été faite sur une période de 43mois, allant du 1er janvier 2016 au 31 Juillet 2019 portant sur les patients hospitalisés dans les services de Médecine interne du Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge pour abcès du poumon.

Resultats : La fréquence était à 0,14%. Les hommes sont majoritaires (55, 5%) et la moyenne d'âge était à 50,4 ans. Les patients originaires de l'intérieur du pays étaient majoritaires (55,5%) et étaient cultivateurs (66,67%). Un facteur de risque était retrouvé dans 77,7%. Les signes généraux étaient marqués par la fièvre, et l'amaigrissement dans respectivement 55,5% et 57,2%. La vomique était retrouvée dans seulement 11,11% des cas. Une opacité parenchymateuse avec image hydroaérique était observée sur la radiographie thoracique dans presque tous les cas (87,5%) avec l'atteinte du poumon droit dans plus de la moitié des cas. L'association AAC ou C3G ou Ampicilline + imidazole + aminoside était la plus retrouvée (66,6%) en association avec une kinésithérapie de drainage bronchique (33,33%) et une prise en charge du facteur favorisant chez 11,1% des cas. L'évolution était favorable dans la majorité des cas (88,9%) avec un décès (11,1%) dans un tableau de detresse respiratoire aiguë. Des complications de type hydropneumothorax ont été signalées (22,2%).

Conclusion : Il est important à souligner l'importance de la lutte contre les facteurs de risque à l'origine de l'abcès du poumon.

Mots clés : abcès, poumon, image hydroaérique, anaérobie, bacille gram négatif, antibiotiques, large spectre.