

Etiologies de la dyspnée en pneumologie au CHU de Cocody

Causes of dyspnoea in respiratory medicine at Cocody University Hospital

Adingra.S.C. E ⁽¹⁾⁽²⁾, Diomande SE ⁽²⁾, Kra L ⁽³⁾, Doh C ⁽³⁾, Diaby K ⁽²⁾, Kone K ⁽¹⁾⁽²⁾, Able E ⁽⁴⁾, Konan N ⁽⁵⁾, Boua N ⁽¹⁾⁽²⁾.

1. UFHB, UFR Sciences Médicales Abidjan,
2. UFHB, Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire
3. UFHB, Service d'Anesthésie-Réanimation, Institut de cardiologie, Abidjan Côte d'Ivoire
4. UAO, Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire
5. UFHB, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Abidjan Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Stephane Charles Evrad Adingra **Mail** : charlesevrarda@gmail.com
tel :002250747975467

Résumé :

Introduction : la dyspnée est un symptôme fréquent en pratique médicale dû à de nombreuses pathologies. Le diagnostic est souvent difficile du fait des étiologies multiples. Cette étude a été menée pour déterminer la fréquence et les étiologies de dyspnée dans le service de pneumologie du CHU de Cocody. **Matériels et méthode** : Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale conduite du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 au service de pneumologie du CHU de Cocody. **Résultats** : La dyspnée représentait (37,28%) des hospitalisations en pneumologie. Les adultes jeunes dont l'âge était compris entre 30 et 39 ans et de sexe masculin étaient les plus dyspnéiques (57%). Les facteurs de risques étaient le tabagisme (33,65%) et l'infection à VIH (35,54%). Les signes de lutte respiratoire étaient majoritairement la tachypnée (70,14%), le tirage intercostal (55,45%) et les battements des ailes du nez (50,71%). Les signes généraux étaient dominés par la fièvre (64,45%) et l'amaigrissement (55,45%). Les anomalies radiographiques les plus observées étaient les lésions interstitielles (51,3%). Les anomalies gazométriques les plus fréquentes étaient respectivement l'hypoxémie et l'hypercapnie (78,94%) et (42,10%). Les étiologies prédominantes étaient respiratoires et infectieuses d'origine tuberculeuse (42,65%) et bactérienne (22,74%). **Conclusion** : La dyspnée est un symptôme courant dont les étiologies sont multiples avec une prédominance respiratoire et infectieuse en milieu africain.

Mots-clés : Dyspnée-Etiologies-Africain

Introduction : La dyspnée est un symptôme fréquent dû à de nombreuses maladies qui se définit comme étant une sensation respiratoire désagréable [1]. En 2012, l'American Thoracic Society (ATS) définissait la dyspnée comme «une expérience subjective d'inconfort respiratoire, de qualité et d'intensité variables». [2]. La dyspnée est un problème courant qui touche la moitié des patients admis dans les hôpitaux de soins aigus et tertiaires [3]. C'est un symptôme complexe découlant des facteurs physiologiques, psychologiques sociaux et environnementaux et ne peut être perçu que par la personne qui en fait l'expérience. [4,5] Il pose un problème de diagnostic étiologique de par ses nombreuses étiologies. En effet le diagnostic de la dyspnée est souvent difficile car son étiologie est

Abstract

Introduction: dyspnea is a common symptom in medical practice due to numerous pathologies. Diagnosis is often difficult due to multiple etiologies. This study was carried out to determine the frequency and etiologies of dyspnea in the pulmonology department of Cocody University Hospital. **Materials and method**: This was a retrospective cross-sectional study conducted from January 1, 2017 to December 31, 2017 in the pulmonology department of Cocody University Hospital. **Results**: Dyspnea represented (37.28%) of pulmonology hospitalizations. Young adults aged between 30 and 39 and male were the most dyspneic (57%). The risk factors were smoking (33.65%) and HIV infection (35.54%). The signs of respiratory struggle were mainly tachypnea (70.14%), intercostal drawing (55.45%) and flapping of the wings of the nose (50.71%). The general signs were dominated by fever (64.45%) and weight loss (55.45%). The most observed radiographic abnormalities were interstitial lesions (51.3%). The most frequent gas abnormalities were hypoxemia and hypercapnia (78.94%) and (42.10%) respectively. The predominant etiologies were respiratory and infectious of tuberculous (42.65%) and bacterial (22.74%) origin. **Conclusion**: Dyspnea is a common symptom with multiple etiologies, predominantly respiratory and infectious in the African environment.

Keywords : Dyspnea-Etiologies-African

multifactorielle. L'identification d'une cause individuelle peut être un défi diagnostique et peut nécessiter une coopération de type multidisciplinaire [6,7] La dyspnée est plus souvent d'origine respiratoire ou cardiovasculaire mais peut être également de nature neurogène, psychogène ou métabolique. [8,9] Les maladies d'origine respiratoire ou cardiaque tel que l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'insuffisance cardiaque sont les diagnostics les plus courants de dyspnée.[10] En Afrique subsaharienne, dans les pays comme le Togo, le Cameroun et le Gabon, les étiologies de dyspnée étaient dominées respectivement par les pneumopathies bactériennes, la tuberculose pulmonaire et l'asthme [11,12,13].

En côte d’ivoire ce symptôme a insuffisamment été étudié malgré sa fréquence en milieu hospitalier d’une manière générale et en milieu spécialisé. Le but de notre étude était de contribuer à la résolution du problème diagnostique de la dyspnée. Pour atteindre ce but nous avons réalisé ce travail dont l’objectif général était de décrire les étiologies les plus fréquentes de dyspnée en pneumologie au CHU de Cocody à Abidjan à travers une étude rétrospective et transversale. **Matériels et méthode :** Il s’agissait d’une étude rétrospective transversale conduite du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 au service de pneumologie du CHU de Cocody. Ont été inclus, tous les dossiers de patients avec comme motif d’hospitalisation une dyspnée (aigüe ou chronique) durant la période d’étude. N’ont été inclus, tous les dossiers mal renseignés, et les dossiers dont le motif d’admission

Tableau III : Facteurs de risque de dyspnée

Facteurs de risque	N=211	Pourcentage (%)
Infection à VIH	75	35,54
Tabac	71	33,65
HTA	23	10,9
Zona	10	4,7
Diabète	09	4,26
Stupéfiants	02	0,95

VIH : virus de l’immunodéficience humaine

Les signes de lutte respiratoire les plus fréquents étaient la tachypnée 70,14%, le tirage intercostal 55,45%, et les battements des ailes du nez 50,71%, . Les signes généraux étaient majoritairement des signes d’imprégnation tuberculeuse (la fièvre 64,45%, l’amaigrissement 55,45%, l’asthénie

Tableau II : Répartition des 191 radiographies anormales selon les lésions radiographiques

Lésions radiographiques	N= 191	Pourcentage (%)
Opacité alvéolo-interstitielle	67	35,07
Opacité alvéolaire	46	24,08
Excavation	43	22,51
Nodule (micronodules isolées ou macronodules ou nodule unique)	38	19,89
Opacité interstitielle	31	16,23
Infiltrats	20	10,47
Miliaire	12	6,28
Image d’abcès	7	3,66
Lésions de BPCO/d’emphysème	6	3,14

Les étiologies respiratoires infectieuses étaient d’origine tuberculeuse (42,65%), bactérienne (22,74%). Les autres étiologies respiratoires étaient

était la détresse respiratoire. La collecte des données épidémiologiques et cliniques a été réalisée à partir des registres et documents d’archivage du service de pneumologie-phtisiologie du CHU de COCODY. Les données étudiées étaient épidémiologiques, cliniques, paracliniques et étiologiques. Le recueil et l’analyse des données ont été fait l’aide des logiciels WORD 2016, EXCEL 2016 et Epi info version 7.1

Résultats : Durant la période d’étude, 566 patients étaient hospitalisés au service de pneumologie du CHU de Cocody dont 211 pour dyspnée, soit une fréquence de 37,28%. L’âge moyen était de 45,16 ±17,36 avec une médiane de 43 ans. La tranche d’âge de 30 à 39 ans était la plus représentée (24,64%) avec des extrêmes de 13 et 94 ans. Le sex-ratio était de 1, 32. Les facteurs de risque étaient dominés par le VIH et le tabagisme (**tableau I**)

52,61% et l’anorexie 48,38%). Seulement 19 patients avaient réalisé une gazométrie artérielle avec des anomalies à type d’hypoxémie (78,94%) et d’hypercapnie (42,10%). A la radiographie thoracique de face, plus de la moitié des patients avait des lésions interstitielles (51,3%). (**Tableau II**)

l’asthme (2,37%) et la BPCO (5,21%). Les causes cardiaques représentaient 7,6% des cas. (**Tableau III**)

Tableau III : Répartition des 211 patients selon les étiologies de la dyspnée

Diagnostic étiologique			N=211	Pourcentage (%)		
Affections Pleuropulmonaires	D'origine Infectieuse	Pathologies Tuberculeuses	TB pulmonaire TB et/ou pneumocystose Pleurésie tuberculeuse Pleuropneumopathie tuberculeuse	47 22 15 6	22,27 10,43 7,11 2,84	
		Pathologies Bactériennes	Pneumopathie bactérienne Pleurésie bactérienne Pleuropneumopathie bactérienne	37 6 5	17,53 2,84 2,37	
				11	5,21	
		Affections pulmonaires	D'origine Non infectieuse	BPCO		
				Asthme	5	2,37
				DDB	4	1,89
Affections non pulmonaire		Cardiopathies	16	7,6		

TB : Tuberculose, *DDB* : dilatation des bronches, *BPCO* : Bronchopneumopathie chronique et obstructive.

Discussion : La fréquence de la dyspnée au cours de la période d'étude représentait 37,28% des hospitalisations au service de pneumologie. Ces hospitalisations provenaient des transferts du service des urgences, de la consultation externe et de l'hôpital du jour. La dyspnée est l'un des symptômes les plus fréquents chez les patients se présentant aux urgences [14] cette fréquence observée aux urgences pourrait justifier la fréquence de dyspnée en milieu spécialisé de pneumologie. En effet la dyspnée est un problème courant qui touche près de 50% des patients admis dans les soins aigus et tertiaires et 25% des patients en ambulatoire. [3,15,16]. Il a été démontré dans de nombreuses études de populations que la prévalence était de 9 à 13% de dyspnée légère à modérée pour les adultes, de 15 à 18% pour les adultes âgés de 40ans et plus, de 25% à 37% pour les adultes âgés de 70ans et plus. [17,18,19,20,21,22,]. La fréquence de dyspnée de nos patients 37,28% était largement supérieure à la prévalence de dyspnée chez les adultes 9-13% car nos patients ne constituaient pas un échantillon représentatif de la population ivoirienne. Aussi, Nos patients étaient des adultes jeunes avec un âge moyen de 45,16 ±17,36 ans contrairement aux populations européennes. Les signes de lutte respiratoire observés (la tachypnée 70,14%, le tirage intercostal 55,45%, et les battements des ailes du nez 50,71%), justifiaient l'atteinte des différentes fonctions du système respiratoire. La tachypnée et le battement des ailes du nez s'expliquent à travers l'atteinte de la fonction de ventilation et d'échange par altération de l'épithélium alvéolaire ce qui va augmenter le travail respiratoire. Le tirage intercostal, s'explique à travers l'atteinte de la fonction de pompe par altération du diaphragme et mobilisation des muscles accessoires, quoique tous les mécanismes peuvent être intriqués simultanément. Les signes généraux étaient principalement des signes d'imprégnation tuberculeuse qui peuvent orienter le clinicien vers les

étiologies infectieuses d'origine tuberculeuse. La radiographie thoracique de face avait mis en évidence chez plus de la moitié de nos patients des lésions interstitielles (51,3%). Cet outils diagnostique permet d'orienter également le clinicien vers certaines pathologies. Les facteurs de risques de dyspnée ne doivent pas être négliger dans la recherche diagnostique. Des facteurs comme le tabac peuvent orienter le clinicien vers des pathologies comme la BPCO. Dans notre étude les facteurs de risques étaient essentiellement l'infection à VIH et le tabagisme. En somme, l'anamnèse et l'examen physique doivent être minutieusement réalisés car ces étapes peuvent apporter la certitude diagnostique sans avoir recours obligatoirement aux examens paracliniques. En effet, il a été démontré que la présentation clinique à elle seule est suffisante pour établir un diagnostic chez 66% des patients atteints de dyspnée. [23] Dans notre étude, les étiologies étaient majoritairement respiratoires et infectieuses d'origine tuberculeuse (42,65%) et bactérienne (22,74%). Les étiologies respiratoires non infectieuses étaient l'asthme (2,37%) et la BPCO (5,21%) dans des proportions inférieures à 10%. Les cardiopathies (7,6%) étaient également dans une proportion faible inférieure à 10% des cas. A travers la littérature, il en ressort que les cardiopathies et maladies pulmonaires non infectieuses sont les causes prédominantes de dyspnée.[10] Contrairement à notre étude et celles des autres pays d'Afrique subsaharienne, ou l'étiologie prédominante c'est la tuberculose pulmonaire et la pneumonie bactérienne. Cette tendance contradictoire pourrait s'expliquer par l'âge avancé des populations européennes, le tabagisme, l'exposition aux gaz toxiques, à l'obésité, la sédentarité, les maladies cancéreuses et l'insuffisance cardiaque qui sont les facteurs favorisant la survenue de dyspnée dans les pays développés.

En Afrique subsaharienne, les pathologies respiratoires infectieuses sont prédominantes en pratique pneumologique du fait de l'infection à VIH incontestablement la cause de l'explosion des infections respiratoires.[24] **Conclusion** : La dyspnée est un symptôme courant en pratique médicale dont les étiologies sont nombreuses. Elles sont à prédominance respiratoire et infectieuse chez le noir africain.

Références

1. **Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al.** Déclaration officielle de l'American thoracic society : mise à jour sur les mécanismes, l'évaluation et la prise en charge de la dyspnée. *The American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2012 ; 185(4) : 435–452
2. **Société américaine de thoracologie.** Dyspnée : mécanismes, évaluation et prise en charge. Déclaration de consensus. *Am J Respir Crit Care Med* 1999 ; 159 : 321–340
3. **Desbiens NA, Mueller-Rizner N, Connors AF et al.** Relation entre nausées et dyspnée et douleur chez les patients gravement malades. *Pain* 1997;71:149–156
4. **Parshall MB, et al.** An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 2012;185:435–452
5. **Laviolette L, Laveneziana P.** Dyspnée : une approche multidimensionnelle et multidisciplinaire. *Eur. Respir. J.* 2014;43:1750–1762.
6. **Dyer DS, Mohammed T-LH, Kirsch J, et al.** Critères d'adéquation de l'ACR (R) dyspnée chronique : origine pulmonaire suspectée. *J Thorac Imaging*. 2013 ; 28 : 64–6.
7. **Wahls SA.** Causes et évaluation de la dyspnée chronique. *Am Fam Physician*. 2012;86:173–82.
8. **Pratter MR, Abouzgeib W, Akers S, et al.** Une approche algorithmique de la dyspnée chronique. *Respir Med*. 2011; 105:1014–21..
9. **Manning HL, Schwartzstein RM.** Physiopathologie de la dyspnée. *N Engl J Med*. 1995;333: 1547–53.
10. **Sundh J, Ekstrom M.** Essoufflement invalidant persistant dans la bronchopneumopathie chronique obstructive. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis*. 2016 ; 11 : 2805–2812.
11. **Afane Ze E, DjifackTafeukeng N.** Pneumopathies Bactériennes non Tuberculeuses en Milieu Pneumologique à Yaoundé. *HealthSci. Dis*. September 2013;14(3):1-4.
12. **Mbouemboue O, Kingue S.** Epidemiological aspects of cardiovascular diseases in Ngaoundéré Regional Hospital. *HealthSci. Dis*. March 2015;15(6):75-78
13. **Kombila UD1*, Ayo Bivigou EB2 , Igala M1** Principales étiologies trouvées chez les patients admis en consultation spécialisée de pneumophysiologie pour dyspnée chronique au Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Libreville, Gabon.
14. **Sahu S, Shah DN, Vempati R, et al.** Rapid N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide (NT-proBNP) Kit as a Differentiating Tool for Acute Dyspnea in a Resource-Limited Setting. *Cureus*. 2023;15(11)
15. **Hammond EC.** Quelques résultats préliminaires sur les plaintes physiques issues d'une étude prospective portant sur 1 064 004 hommes et femmes. *Am J Public Health Nations Health* 1964;54:11–23
16. **Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD.** La prévalence des symptômes chez les patients en consultation externe et l'adéquation du traitement. *Arch Intern Med* 1990;150:1685–1689.
17. **Frostad A, Soyseth V, Andersen A, et al.** Symptômes respiratoires comme facteurs prédictifs de mortalité toutes causes confondues dans une communauté urbaine : un suivi de 30 ans. *J Intern Med* 2006;259:520–529,
18. **Currow DC, Plummer JL, Crockett A, et al.** Une enquête communautaire sur la prévalence et la gravité de la dyspnée chez les adultes. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38 : 533–545
19. **Bowden J, To T, Abernethy A, et al.** Prédicteurs de l'essoufflement chronique : une étude de grande ampleur. *BMC Public Health* 2011;11:33.
20. **Hawthorne VM, Watt GC, Hart CL, et al** Maladies cardiorespiratoires chez les hommes et les femmes en Écosse urbaine : caractéristiques de base de la population étudiée de Renfrew/Paisley (milieu de l'étude). *Scott Med J* 1995;40:102–107.,
21. **Shin C, Lee S, Abbott R, et al.** Relations entre symptômes respiratoires et VEMS chez les hommes et les femmes ayant une fonction pulmonaire normale : étude coréenne sur la santé et le génome. *Poumons* 2005 ; 183 : 301–309.
22. **Ho SF, O'Mahony MS, Steward JA, et al.** Dyspnée et qualité de vie chez les personnes âgées à domicile. *Age Ageing* 2001;30:155–159.
23. **Pratter MR, Curley FJ, Dubois J, et al.** Cause et évaluation de la dyspnée chronique dans une clinique de pneumologie. *Arch Intern Med*. 1989;149(10):2277–2282.
24. **Horo K, Koffi M.O, Dje Bi H, et al ;** Profil clinique, paraclinique et évolutif du sujet infecté par le VIH comparé à celui du sujet non infecté par le VIH en milieu pneumologique hospitalier à Abidjan, *Rev des maladies respiratoires vol 33, Supplement, january 2016, page A221*