

## LES ETIOLOGIES DES PLEURESIES A LIQUIDE CLAIR DANS LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE DU CHU DE TREICHVILLE (COTE D'IVOIRE)

OUATTARA B.<sup>1</sup>, KADJO K.<sup>2</sup>, KRA O.<sup>3</sup>

- 1- Maître-Assistant, Service de Médecine Interne, CHU de Treichville.
- 2- Maître de Conférences Agrégé, Service de Médecine Interne, CHU de Treichville.
- 3- Maître Assistant, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Treichville

**Correspondance** : Dr Bourahima OUATTARA, Service de Médecine Interne  
CHU de Treichville, BP V3 Abidjan - Côte d'Ivoire  
Cell : (00 225) 07 34 39 90

---

### RESUME

**Contexte** : Les pleurésies constituent une préoccupation dans les services de Médecine Interne. C'est le cas de notre service.

**Objectifs** : Identifier les étiologies des pleurésies à liquide clair et évaluer leurs prévalences respectives.

**Patients et méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur 80 cas de pleurésie à liquide clair, réalisée dans le service de médecine interne du CHU de Treichville. Les données ont été colligées entre janvier 2002 et novembre 2004. Ont été inclus dans cette étude tous les patients âgés de plus de 15 ans et qui avaient des dossiers complets admis pour pleurésie à liquide clair. Les causes de la pleurésie ont été retenues sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques.

**Résultats** : Sur 7440 patients hospitalisés pendant cette période d'étude, nous avons recensé 80 cas de pleurésies à liquide clair soit une fréquence de 1%. La tuberculose était la cause la plus fréquente notée chez 48 patients (60%). Les autres causes étaient les cancers et le syndrome néphrotique notés dans 8 cas chacun (10%), l'insuffisance cardiaque et le lupus systémique dans 4 cas chacun (5%), la réaction pleurale par amibiase hépatique dans 3 cas (4%) et la pancréatite dans 2 cas (2%).

**Conclusion** : Les causes des pleurésies à liquide clair quoique variées sont dominées par la tuberculose qui connaît une véritable flambée avec la pandémie à VIH/SIDA.

**Mots-clés** : PLEURÉSIE, TUBERCULOSE, NÉOPLASIE, SYNDROME NÉPHROTIQUE, LUPUS SYSTÉMIQUE.

### SUMMARY

**Background** : The clear pleural effusion constitute a preoccupation in internal medicine service. It is the case in our service.

**Objectives** : Identify the aetiologies of the clear pleural effusion and evaluate their respective prevalences.

**Patients and methods** : It was about a retrospective and descriptive study concerning 80 cases of pleural effusion, realized in the service of Internal medicine (Treichville Teaching Hospital). The datas were collaged between January 2002 and November 2004,

**Results** : About 7440 patients who were hospitalized in the study period 80 patients had pleural effusion(1%). The tuberculosis was the most frequent cause, 48 cases (60%). The other causes were the cancers and the nephrotic syndrome 8 cases each over (10%), the cardiac insufficiency and the systemic lupus 4cases each over (5%), the pleural reaction by hepatic amibosis 3 cases (4%) and the pancreatitis 2 cases (2%).

**Conclusion** : The causes of the pleural effusion although varied are dominated from afar by the tuberculosis that knows a real blaze with the HIV/AIDS.

**KEY WORDS** : PLEURAL EFFUSION, TUBERCULOSIS, CANCERS, NEPHROTIC SYNDROME, SYSTEMIC LUPUS.

## INTRODUCTION

Les pleurésies, épanchements pleuraux liquidiens sont des affections courantes, orientées à priori dans le service de Pneumo-Phtisiologie<sup>10</sup>. Toutefois, une bonne partie est recrutée en Médecine Interne. Si le diagnostic positif est généralement facile, il n'en est pas de même des étiologies qui sont multiples et variées. Le but de notre étude était d'évaluer la fréquence des pleurésies dans notre service et d'en déterminer les étiologies.

## I- MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans le service de Médecine Interne. Les dossiers ont été colligés entre janvier 2002 et novembre 2004. Nous avons inclus dans cette étude, tous les patients âgés de plus de 15 ans hospitalisés pour pleurésie à liquide clair. Tous les patients âgés de moins de 15 ans et ceux qui avaient des dossiers inexploitable admis pour pleurésie à liquide clair ont été exclus. Les causes de la pleurésie ont été retenues sur un faisceau d'arguments. Ainsi, la tuberculose a été retenue sur des arguments cliniques, radiologiques, cytochimiques et histologiques ; la pleurésie maligne sur l'existence d'une tumeur primitive et ou de cellules malignes dans le liquide pleural ; le syndrome néphrotique sur une protéinurie massive supérieure à 3g/24H associée à une hypoprotidémie inférieure à 60g/l et à une hypo albuminémie inférieure à 30g/l ; l'insuffisance cardiaque sur des signes d'insuffisance cardiaques et une cardiomégalie à la radiographie pulmonaire ; le lupus systémique sur la présence d'anticorps anti DNA natif dans

le plasma du patient ; l'amibiase hépatique sur la présence d'image d'abcès à l'échographie abdominale et sur la positivité de la sérologie amibienne et la pancréatite sur les images échographiques du pancréas et sur l'élévation de l'amylasémie. Les sources de données étaient constituées par les registres d'hospitalisation et les dossiers médicaux. Nous avons apprécié les paramètres épidémiologiques, cliniques et para cliniques.

## II- RESULTATS

Sur 7440 patients hospitalisés pendant la période d'étude, nous avons recensé 80 cas de pleurésies à liquide clair, soit une fréquence de 1%. Le sex-ratio et l'âge moyen des patients figurent au tableau n°I. Les femmes étaient les plus concernées dans le lupus avec un sex-ratio de 4 femmes pour 1 homme. La tuberculose, le syndrome néphrotique et le lupus touchaient surtout les sujets jeunes avec un âge moyen respectivement de 35 ans (extrêmes : 21 et 55 ans), 25 ans (extrêmes : 17 et 45 ans) et 32 ans (extrêmes : 30 et 34 ans) alors que les cancers atteignaient plutôt les sujets âgés avec un âge moyen de 62 ans (extrêmes : 32 et 80 ans). Les différentes causes observées figurent au tableau n°I. Elles étaient variées mais dominées par la tuberculose.

Les signes cliniques (tableau n°II) et para cliniques (tableau n°III) ont permis pour certains d'orienter le diagnostic et pour d'autres de le retenir. Les signes d'appel étaient la toux notée chez 73 patients (91%), la douleur thoracique chez 77 patients (97%) et la dyspnée chez 46 patients (57%).

**Tableau n°I** : Paramètres épidémiologiques

Causes- effectifs	%	Sex-ratio	Age moyen (ans)
Tuberculose (n=48)	60%	1/2	35
Néoplasie (n=8)	10%	1	62
Syndrome néphrotique (n=8)	10%	1	25
Insuffisance cardiaque globale (n=4)	5%	2/1	51
Lupus (n=4)	5%	1/4	32
Amibiase hépatique (n=3)	4%	2/3	47
Pancréatite (n=2)	2%	1	37
Non déterminées (n=3)	4%	2/3	33

La grande majorité des pleurésies à liquide clair était liée à la tuberculose (60%). Venait ensuite le syndrome néphrotique et l'insuffisance cardiaque.

**Tableau n° II : Aspects cliniques**

<b>Affections</b>	<b>Signes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tuberculose	Fièvre au long cours	48	100
	Amaigrissement	39	81
	Sueurs nocturnes	31	64,5
	Polysérite	9	18,7
Néoplasie	Amaigrissement massif	8	100
	Cancers primitifs connus	8	100
	Métastases multiples	6	75
Syndrome néphrotique	Cédèmes de type rénal	8	100
Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque globale	4	100
Lupus	Poly arthrite	4	100
	Érythème cutané	4	100
	Fièvre	3	75
Amibiase hépatique	Fièvre	3	100
	HMG douloureuse	3	100
Pancréatite aiguë	Abdomen aigu	2	100

HMG : hépatomégalie

L'amaigrissement était constant dans la tuberculose et dans les cancers.

**Tableau n°III : Aspects paracliniques**

<b>Affections</b>	<b>Paracliniques</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tuberculose	L. pleural lymphocytaire	48	100
	L. pleural exsudatif	48	100
	F. tuberculeux (histologie)	24	50
	VIH positif	30	62,5
Néoplasie	L. pleural exsudatif	8	100
	PSA élevé	4	50
Syndrome néphrotique	L. pleural transsudatif	8	100
	Protéinurie >3g /24h	8	100
	Protidémie<60g/l	8	100
	Albuminémie<30g/l	8	100
Insuffisance cardiaque	L. pleural transsudatif	4	100
	Cardiomégalie(RX)	4	100
Lupus	L. pleural transsudatif	4	100
	Présence d'Anti DNA natif	4	100
Amibiase hépatique	L. pleural transsudatif	3	100
	Hyper leucocytose(PN)	3	100
	VS >100mm/ 1 <sup>ere</sup> Heure	3	100
Pancréatite aiguë	L. pleural exsudatif	2	100

L : liquide. P : pleurésie. VS : vitesse de sédimentation

Le liquide pleural était de type exsudatif dans la tuberculose et dans les cancers, de type transsudatif dans le syndrome néphrotique et dans l'insuffisance cardiaque.

## DISCUSSION

Les pleurésies à liquide clair représentaient 1% des affections dans notre service. Cette fréquence était nettement inférieure à celles des études africaines réalisées dans les services de pneumologie qui étaient au dessus de 24%<sup>5,10</sup>. La différence s'expliquerait par le fait que les malades présentant des signes fonctionnels respiratoires étaient à priori orientés dans les services de Pneumologie. Les motifs de consultation étaient classiques<sup>3,4,5,10</sup>. La tuberculose était la cause la plus fréquente avec une fréquence de 60%. Cette fréquence se rapprochait de celle rapportée dans le service Pneumologie du CHU de Cocody qui était de 42%<sup>9</sup> et celles d'autres auteurs africains : 86% pour BATUNGWANAYO<sup>3,4</sup>, 78,8% pour OWINO<sup>11</sup>. Devant les pleurésies à liquide clair en Afrique quelque soit le service, il faut avant tout penser à la tuberculose. Selon BOGAERTS<sup>5</sup>, Cette affection serait en nette progression avec l'avènement du VIH/SIDA. L'âge moyen des patients était de 35 ans. Le jeune âge des patients a été signalé par d'autres auteurs : 34 ans pour BATUNGWANAYO<sup>4</sup>, 33,8 ans pour OWINO<sup>11</sup> et 35 ans pour ALLIER<sup>1</sup>. Les signes cliniques étaient semblables à ceux de la littérature africaine<sup>1,3,4,5,10,11</sup>. Il s'agissait surtout d'une fièvre au long cours observée chez tous nos malades associée à des sueurs nocturnes (65%) et à l'amaigrissement (82%), signes pouvant justifier les consultations en Médecine Interne. L'étude cyto-chimique du liquide pleural a montré comme dans la plupart des études<sup>2,4,10</sup> un liquide de type exsudatif riche en lymphocytes. Le diagnostic de certitude de la tuberculose a été porté dans la majorité des cas sur la base de la découverte du granulome tuberculeux à l'examen anatomo-pathologique. La séroprévalence VIH chez les patients était élevée. Elle représentait 62,5% des cas. Cette fréquence était proche de celle de KAMANFU<sup>8</sup> qui était de 59,7%.

Les autres causes représentaient 40% dans notre étude. Dans la quasi totalité des études réalisées en Pneumologie, ces causes étaient peu fréquentes et inférieures à 5%<sup>3,4</sup>. Cette différence s'expliquerait en partie par le fait qu'en Médecine Interne, la plupart des pathologies pouvaient se compliquer de pleurésie à liquide clair au cours de leur évolution. Les cancers ont été notés dans 10% des cas. L'âge moyen des patients était de 62 ans. Dans toutes les séries, aussi bien africaines qu'européennes les sujets âgés étaient les plus touchés par les cancers<sup>4,8</sup>. La pleurésie maligne d'origine métastatique était la seule cause retrouvée chez

nos patients. Il s'agissait le plus souvent de patients cancéreux connus (prostate, sein) et en traitement qui ont été hospitalisés pour amaigrissement massif avec des métastases multiples. Le Syndrome néphrotique représentait également 10% des cas. Les patients étaient jeunes comme dans la littérature avec un âge moyen de 35 ans<sup>9</sup>. L'insuffisance cardiaque et le lupus représentaient 5% chacun. L'insuffisance cardiaque était globale avec une cardiomégalie associée à la pleurésie à la radiographie pulmonaire. Quant au lupus, les 3/4 des patients étaient des femmes avec un âge moyen de 32 ans. Le lupus est une affection réputée fréquente chez la femme jeune avec un sex-ratio variant de 8 à 13 femmes pour 1 homme<sup>6</sup>. Les manifestations cliniques sont variables. Dans notre étude, la plupart des malades ont consulté pour fièvre associée à une polyarthrite et à des lésions cutanées. L'Amibiase hépatique et la pancréatite représentaient respectivement, 4% et 2%. L'hépatomégalie douloureuse et fébrile était constante dans l'abcès du foie. Quant aux 2 cas de pancréatite, les patients avaient tous présentés un abdomen aigu avec un examen clinique pauvre.

## CONCLUSION

Les pleurésies à liquide clair représentaient 1% des affections observées dans notre service. Les causes étaient de loin dominées par la tuberculose (60%). Venait ensuite le syndrome néphrotique et l'insuffisance cardiaque, 10% chacun. Ces résultats nous permettent de retenir que devant une pleurésie à liquide clair, il faut avant tout penser à la tuberculose. Les mesures préventives visant la tuberculose d'une part et la pandémie à VIH doivent réduire cette affection.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ALLIER I, CADRANEL J., PARQUIN F : Pleurésies chez les malades infectés par le VIH. *Presse Méd* : 1991 ; 20 , 39 : 1931 - 34
- 2- ARMBRUSTER C, SCHALLESCHAK J: Pleural effusions in Human Immunodeficiency Virus - infected patients. Correlation with concomitant pulmonary diseases. *Acta Cytologica*. 1995 ; 39 : 698 - 700.
- 3- BATUNGWANAYO J, MONTANE J., TAE LMAN H: Pleural tuberculosis in Rwanda: a study of 182 cases. *Int Conf on AIDS*. 1993 ; 9 : 326.
- 4- BATUNGWANAYO J, TAE LMAN H: Pleural effusion and HIV infection in Kigali, Rwanda. *Int Conf on AIDS*. 1990, 6 : 103.
- 5- BOGAERTS J, TAE LMAN H, ABDEL AZIZ M: AIDS related cryptococcosis in Rwanda, epidemiological features. *Int. Conf on AIDS*. San Francisco, 1990.
- 6- DELIGNY C, THOMA L, DUBREUIL F : Lupus systémique en Martinique : enquête épidémiologique. *Rev Méd. Interne* 2002 ; 23 : 21-9

- 7- JUNGERS P : Epidémiologie de l'insuffisance rénale terminale en Ile de France : enquête coopérative en 1998. *Néphrologie*. 2001 ; 21 : 7 - 218.
- 8- KAMANFU G, MLIKA-CABANNE N, GIRARD PM.: Pulmonary complications of human immunodeficiency virus infection in Bujumbura, Burundi. *Am Rev Respir Dis*. 1993 ; 147 : 658 - 663.
- 9- KOUASSI B, KOFFI N, HORO K, SOUMAHORO A, N'GOM A, DADIE E, AKA-DANGUI E. Etiologies des pleurésies du sujet âgé africain dans le service de pneumologie du CHU de Cocody Abidjan. *Rev. Pneumol. Trop*. 2005, 3, 26 - 28.
- 10- OSBORNE ME, SEGUIN N, SAMSON L: Pleural effusion in AIDS patients : Correlation with underlying pulmonary involvement. *Int Conf on AIDS*. 1992 ; 8 : 115.
- 11- OWINO EA, MCLIGEYO SO, GATHUA SN, NIONG'O: Prevalence of human immunodeficiency virus infection : its impact on the diagnostic yields in exudative pleural effusions at the Kenyatta Nation Hospital, Nairobi. *East Afr Med J*. 1996 ; 73 : 575 - 578.