

BURKINA FASO

-----  
*Le Patrie Ou La Mort, Nous Vaincrons*

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

-----  
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

-----  
(F.S.S.)

Année Universitaire 1995-1996

The B  
131  
ZON

Thèse N°

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES,  
ETIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS DE 120 CAS  
D'HEMOPTYSIE DANS LE SERVICE DE  
PNEUMO-PHTISIOLOGIE  
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL  
YALGADO OUEDRAOGO - BURKINA FASO**

*Thèse:*

Présentée et soutenue publiquement le 19 janvier 1996  
Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine - Diplôme d'Etat par:

**Ouango ZONGO**

Né le 06 novembre 1963 à Laye

Jury

**Directeur de thèse:**

Pr. Hilaire TIENDREBÉOGO

**Co-Directeur de thèse:**

Dr. Raphaël SANOU

**Président:**

Pr. Robert B. SOUDRE

**Membres:**

Pr. Hilaire TIENDREBÉOGO  
Pr. Ag. A. SAWADOGO  
Dr. Blaise K. SONDO

# **LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF**

Doyen	: Pr. R.B. SOUDRE
Vice-Doyen CHargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	: Pr. Ag. I.P. GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la Vulgarisation (VDR)	: Pr. Ag. B. KONE
Directeur des Stages de la Section Médecine	: Pr. Ag. R.K. OUEDRAOGO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	: Dr. M. SAWADOGO
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	: Pr. Ag. A. SANOU
Secrétaire Principal	: Mr. Gérard ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	: Mr. Vincent ILBOUDO
Conservateur de la Bibliothèque	: Mr. Salif YADA
Chef de la Scolarité	: Mme K. ZERBO
Secrétaire du Doyen	: Mme A. KEITA
Secrétaire du VDA	: Mme KABRE Hakièta
Secrétaire du VDR	: Mme BONKINA Edwige
Audio-Viduel	: Mr. P.A. PITROIPA
Reprographie	: Mr. Philippe BOUDA

## LISTE DES ENSEIGNANTS

### ENSEIGNANTS PERMANENTS

#### Professeurs titulaires

- |                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| - Rambré Moumouni OUIMINGA | Anatomie Organogenèse et Chirurgie |
| - Hilaire TIENDREBEOGO     | Sémiologie et Pathologie médicales |
| - Tinga Robert GUIGUEMDE   | Parasitologie                      |
| - Bobilwindé Robert SOUDRE | Anatomie-Pathologie                |

#### Professeur associé

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| - Ahmed BOU-SALAH | Neuro-chirurgie |
|-------------------|-----------------|

#### Maîtres de Conférences Agrégés

- |                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| - Amadou SANOU              | Chirurgie                 |
| - Julien YILBOUDO           | Orthopédie-Traumatologie  |
| - Bibiane KONE              | Gynécologie-Obstétrique   |
| - Alphonse SAWADOGO         | Pédiatrie                 |
| - Innocent Pierre GUISSOU   | Pharmacologie-Toxicologie |
| - Kongoré Raphaël OUEDRAOGO | Chirurgie                 |
| - François René TALL        | Pédiatrie                 |

#### Maîtres de Conférences associés

- |              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| - Jean TESTA | Epidémiologie-parasitologie |
|--------------|-----------------------------|

#### Maîtres-Assistants associés

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| - Rachid BOUAKAZ | Maladies infectieuses |
|------------------|-----------------------|

### **Maitres-Assistants**

- Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
- Mamadou SAWADOGO	Biochimie
- Blaise SONDO	Santé publique
- Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
- Issa SANOU	Pédiatrie
- Ludovic KAM	Pédiatrie
- Adama LENGANI	Néphrologie
- Omar TRAORE N° 1	Chirurgie
- Joseph Y. DRABO	Endocrinologie

### **Assistants chefs de cliniques**

- Tanguet OUATTARA	Chirurgie
- Albert WANDAOGO	Chirurgie
- Sophar Hien	Chirurgie
- Daman SANO	Chirurgie
- Si Simon TRAORE	Chirurgie
- Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
- T. Christian SANOU ( <i>in memoriam</i> )	Oto Rhino Laryngologie
- Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
- Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
- Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
- Virginie TAPSOBA	Ophtalmologie

- Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation, Physiologie
- Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation, Physiologie
- Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation, Physiologie
- Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
- Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
- Abdoulaye TRAORE	Santé publique
- Jean KABORE	Neurologie
- Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
- R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
- Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
- Raphael DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

### **Assistants**

- Michel AKOTONGA	Gynécologie-Obstétrique
- Seydou KONE	Neurologie
- Adama TRAORE	Dermatologie
- Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
- Raphael SANOU	Pneumo-Phtisiologie
- Théophile TAPSOBA	Biophysique
- Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie

### **ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

#### **Faculté des Sciences et Techniques (FAST)**

### **Professeurs Titulaires**

- |                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| - Alfred S TRAORE  | Immunologie                 |
| - Akry COULIBALY   | Mathématiques               |
| - Sita GUINKO      | Botanique-Biologie Végétale |
| - Guy V. OUEDRAOGO | Chimie Minérale             |

### **Maîtres de Conférences**

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| - Laya SAWADOGO                  | Physiologie-Biologie Cellulaire |
| - Boukari LEGMA                  | Chimie-Physique Générale        |
| - Laou Bernard KAM (in memorium) | Chimie                          |
| - François ZOUGMORE              | Physique                        |

### **Maîtres-Assistants**

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| - W. GUENDA                       | Zoologie                      |
| - Léonide TRAORE                  | Biologie Cellulaire           |
| - Adama SABA                      | Chimie Organique              |
| - Marcel BONKIAN                  | Mathématiques et Statistiques |
| - Longin SOME                     | Mathématiques et Statistiques |
| - Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO | Physique                      |
| - Aboubakary SEYNOU               | Statistiques                  |

### **Assistants**

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| - Makido B. OUEDRAOGO            | Génétique                |
| - Apolinaire BAYALA(in memoriam) | Physiologie              |
| - Jeanne MILLOGO                 | T.P. Biologie Cellulaire |
| - Raymond BELEMTUGOURI           | T.P. Biologie Cellulaire |

- Gustave KABRE Biologie

### **Institut du Développement Rural (IDR)**

#### **Maitres-Assistants**

- Didier ZONGO Génétique

### **Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)**

#### **Maitre-Assistant**

- Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

#### **Assistant**

- Mamadou BOLY Gestion

### **Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)**

#### **Assistant**

- Jean Claude TAITA Droit

### **ENSEIGNANTS VACATAIRES**

- Mme Henriette BARY Psychologie  
- Dr Bruno ELOLA Anesthésie-Réanimation  
- Dr Michel SOMBIE Planification  
- Dr Nicole PARQUET Dermatologie  
- Dr Annette OUEDRAOGO Stomatologie  
- Dr Adama THIOMBIANO Législation Pharmaceutique  
- Dr Sidiki TRAORE Galénique  
- Mr Paul Marie ILBOUDO Anglais  
- Dr Patrice ZABSONRE Sémiologie Médicale  
- Dr Badioré OUATTARA Galénique

- Dr Tométo KALOULE Médecine du Travail
- Dr Alassane SICKO Anatomie
- Dr Rigobert THIOMBIANO Maladies infectieuses

### **Enseignants Missionnaires**

#### **A.U.P.E.L.F.**

- Pr. Lamine DIAKITE Hématologie (Dakar)
- Pr. Abibou SAMB Bactério-Virologie (Dakar)
- Pr. José Marie AFOUTOU Histologie-Embryologie (Dakar)
- Pr. Makhtar WADE Bibliographie(Dakar)
- Pr. M.K.A. EDEE Biophysique (Lomé)
- Pr; Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG Physiologie (Dakar)
- Pr. Ag; R. DARBOUX Histologie-Embryologie (Bénin)
- Pr. Ag. E. BASSENE Pharmacognosie(Dakar)

#### **O.M.S.**

- Dr Jean-Jacques BERJON Histologie-Embryologie (Créteil)
- Dr Frédéric GALLEY Anatomie Pathologique (Lille)
- Dr Moussa TRAORE Neurologie (Bamako)
- Pr. Auguste KADIO Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
- Pr. Jean Marie KANGA Dermatologie (Abidjan)
- Pr. Arthur N'GOLET Anatomie Pathologique (Brazzaville)

### **Mission Française de Coopération**

- Pr. Etienne FROGE Médecine Légale
- Pr. Henri MOURAY Biochimie (Tours)



- Pr. Denis WOUESSI DJEWE

Pharmacie Galénique (Paris XI)

- Pr. M. BOIRON

Physiologie

**Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)**

- Pr. Marc VAN DAMME

Chimie Analytique-Biophysique

Pr. MOES

Galénique

## DEDICACE

Je dédie ce travail à mes parents :

- **A mon père** qui n'a ménagé aucun effort pour me soutenir constamment de son vivant. J'aurai aimé que vous assistiez à la présentation de ce travail malheureusement, la nature a décidé autrement et vous a arraché prématurément de notre affection.
- **A ma mère** qui a donné le meilleur d'elle-même durant toute ma carrière scolaire et estudiantine.
- **A NANEMA Gilberte et à ZONGO Estelle** qui ont tant souffert de mon absence pendant cette dernière année de mon cursus universitaire oh! combien difficile.
- **A feu Marie NACOULMA, épouse ZONGO Daniel** pour l'affection qu'elle n'a cessé de m'apporter de son vivant.
- **A ZONGO Malick et famille à Grand Bassam (RCI)** grâce à qui nous avons pu poursuivre les études.
- **A mes oncles paternels** pour les conseils précieux qu'ils m'ont prodigué constamment.
- **A ZONGO Daniel** et famille.
- **A ZONGO Robert** et famille.
- **A ZONGO André** et famille.
- **A ZONGO RAZOUGOU Moustapha** et famille.
- **A mes frères et cousins** pour leur assistance permanente lors de cette période difficile de fin d'étude.
- **A ZONGO Dieudonné** et famille.
- **A ZONGO Martin** et famille.
- **A ZONGO Alexandre** et famille.
- **A ZONGO Mathieu** et famille.
- **A ZONGO Rénie Paul** et famille.
- **A ZONGO Raphaël**
- **A KABORE Lazare**
- **A ZONGO Paul à Abidjan (RCI) - ZONGO Adolphe**

Qu'ils trouvent dans le présent travail l'expression de ma vive reconnaissance.

- ZONGO Alphonse à la BICIA-B et famille
- ZONGO Boniface à la BIB et famille
- ZONGO Roger à la Sûreté de l'Etat et famille
- ZONGO Marc et famille à Pouitenga
- ZONGO Roger et famille
- Monsieur et Madame OUEDRAOGO à Saponé

**A tous mes promotionnaires :**

Particulièrement :

- Dr. RAMDE Norbert
- Dr. SANON Seydou
- Dr. BONZI Mathurin
- Dr. DIARRA Abdrahamane

En souvenir des dures périodes d'étude passées ensemble.

**A tous mes amis :**

En particulier :

- TIENDREBEOGO Omar et famille
- SAWAODO Abdoulaye et famille
- KABORE Jean-Claude et famille
- SAWADOGO Amadé
- GUENDE Amado à l'INSD

# **A NOS MAÎTRES ET JUGES :**

## **\* A notre maître et Président du Jury :**

### **Le Professeur SOUDRE B. Robert**

C'est pour nous un honneur et un privilège de vous voir présider le Jury de ce modeste travail malgré vos multiples responsabilités.

Vos larges compétences, votre rigueur scientifique, votre sens du devoir bien accompli, ont gravé en nous la qualité de l'enseignement que vous nous avez dispensé.

Vous nous avez toujours inspiré confiance et admiration par vos qualités humaines. Soyez rassurés que ce travail n'est qu'une étape de l'apprentissage et que nous continuerons à apprendre toujours à votre école.

Trouvez ici, honorable maître, l'expression de notre profond respect. Veuillez cher maître, transmettre toute notre profonde reconnaissance à l'équipe administrative de la F.S.S. que vous dirigez avec admiration.

## **\* A notre maître et Directeur de Thèse :**

### **Le Professeur TIENDREBOEGO Hilaire, Professeur titulaire de la Chaire en Sémiologie et Pathologie médicales**

C'est à la fois un honneur et un privilège pour nous d'être votre élève. Malgré vos immenses responsabilités et la distance, vous avez accepté de diriger ce modeste travail.

Nous espérons très sincèrement ne vous avoir pas déçu. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

**\* A notre maître et Juge :**

**Le Professeur SAWADOGO Alphonse, Maître de Conférence agrégé**

C'est pour nous un honneur et un privilège que vous acceptiez malgré vos multiples occupations de juger ce modeste travail.

Vos connaissances scientifiques et vos immenses qualités humaines ont forcé en nous l'admiration depuis la faculté de médecine.

Si notre séjour dans votre service, nous a permis d'acquérir des connaissances scientifiques, il a achevé de nous convaincre que vous demeurez un modèle à suivre. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde admiration et gratitude.

**\* A notre maître et Juge :**

**Le Docteur B. SONDO**

Nous sommes profondément touché par l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail nonobstant vos multiples occupations. Soyez rassuré que vos enseignements en santé publique nous seront d'un intérêt capital pour notre pratique quotidienne.

Veuillez acceptez, cher Maître, notre profonde reconnaissance.

**\* A notre maître et Directeur de Thèse :**

**Le Professeur TIENDREBOEGO Hilaire, Professeur titulaire de la Chaire en Sémiologie et Pathologiemédicales**

C'est à la fois un honneur et un privilège pour nous d'être votre élève. Malgré vos immenses responsabilités et la distance, vous avez accepté de diriger ce modeste travail.

Nous espérons très sincèrement ne vous avoir pas déçu. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

**\* A notre maître et co-Directeur de Thèse :**

**Le Docteur SANON Raphaël Assistant**

Vous avez en dépit de votre emploi de temps très chargé, accepté de ce travail. Imminent pneumologue, nous avons bénéficié de vos connaissances scientifiques. De part votre accueil sympathique, vous nous avez attiré dans votre service.

Si ce travail a vu le jour, nous le devons à vos sacrifices et nous en sommes reconnaissant. Ce travail reste le vôtre.

# **REMERCIEMENTS**

- Aux médecins du service de pneumo-phtisiologie ;
- Au Docteur SANOU Raphaël
- Au Docteur SOME Laurent
- Au Docteur DIMTONDA Benoît
- Au Docteur OUEDRAOGO Koudaogo du C.N.L.A.T.
- Aux infirmiers et infirmières de P.P.H.
- A TIENDREBEOGO Ernest
- A BELEM Abel
- A Mme KABORE née LINGANI Fati
- A Mme ILBOUDO née ZONGO Fati
- A OUEDRAOGO Chantal
- A ZONGO Pierre André
- A Mme KIENON Martine
- A OUEDRAOGO Moumini

Que toutes les personnes qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à l'élaboration du présent travail, trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

## **A MONSIEUR Francis Alain BERE**

Nous vous devons ce qu'est ce travail dans sa forme. Nous avons beaucoup admiré votre sens du travail bien présenté et de votre esprit rigoureux dans l'organisation de votre emploi de temps.  
sincère remerciement

**LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE  
A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES  
DANS LES DISSERTATIONS QUI SERONT  
PRESENTEES DOIVENT ETRE  
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS  
AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND LEUR  
DONNER AUCUNE APPROBATION NI  
IMPROBATION.**



# SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b>	
<b>II.</b>	<b>GENERALITES</b>	
	II.1. Définition	03
	II.2. Classification	03
	II.3. Physiopathologie	04
	II.4. Conduite à tenir	08
<b>III.</b>	<b>OBJECTIFS</b>	
	III.1. Objectif général	12
	III.2. Objectifs spécifiques	12
<b>IV.</b>	<b>CADRE DE L'ETUDE</b>	
	IV.1. Burkina Faso	13
	IV.2. La ville de Ouagadougou	15
	IV.3. Le Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo	16
	IV.4. Le service de pneumo-phtisiologie	17
<b>V.</b>	<b>METHODOLOGIE</b>	
	V.1. Recrutement des patients	20
	V.2. Critères d'exclusion	20
	V.3. Type d'enquête	21
	V.4. Collecte des données	23
	V.5. Limites et contraintes	23
<b>VI.</b>	<b>RESULTATS</b>	
	VI.1 Aspects Epidémiologiques	25
	VI.2 Données Cliniques	29
	VI.3 Données radiologiques	35
	VI.4 Données Etiologiques	38
	VI.5 Aspects Evolutifs	41
<b>VII.</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b>	
	VII.1 Aspects Epidémiologiques	45
	VII.2 Données Cliniques	48
	VII.3 Données radiologiques	52
	VII.4 Données Etiologiques	53
	VII.5 Aspects Evolutifs	59
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSION</b>	
<b>IX.</b>	<b>SUGGESTION</b>	
<b>X.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>XI-</b>	<b>ANNEXES</b>	

## **ABREVIATIONS**

<b>C.H.N.</b>	<b>Centre Hospitalier National</b>
<b>C.M.</b>	<b>Centre Médical</b>
<b>C.S.P.S.</b>	<b>Centre de Santé et de Promotion Sociale</b>
<b>O.M.S.</b>	<b>Organisation Mondiale de la Santé</b>
<b>P.S.P.</b>	<b>Poste de Santé Primaire</b>
<b>S.M.I.</b>	<b>Santé Maternelle et Infantile</b>
<b>C.H.N.Y.O.</b>	<b>Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo</b>
<b>B.A.A.R.</b>	<b>Bacille Acido Alcoolo Résistant</b>
<b>I.D.R.</b>	<b>Intra Dermo Réaction</b>
<b>B.C.G.</b>	<b>Bacille de CALMETTE et GUERIN</b>
<b>B.P.C.O.</b>	<b>Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive</b>
<b>H.T.A.</b>	<b>Hypertension Artérielle</b>
<b>I.R.C.</b>	<b>Insuffisance Rénale Chronique</b>
<b>D.D.B.</b>	<b>Dilatation Des Bronches</b>
<b>C.N.L.A.T.</b>	<b>Centre National de Lutte Anti Tuberculeuse</b>
<b>R.C.I.</b>	<b>République de Côte d'Ivoire</b>
<b>P.PH.</b>	<b>Pneumo-phtisiologie</b>
<b>I.E.C.</b>	<b>Information Education Communication</b>
<b>L.A.T.</b>	<b>Lutte Anti Tuberculeuse</b>
<b>I.R.A.</b>	<b>Infection Respiratoire Aigue</b>

# **I-INTRODUCTION**

**Symptôme connu depuis la haute antiquité, décrit comme un accident évolutif d'une affection connue (8, 28) ou révélateur d'une affection non connue, l'hémoptysie est restée pendant longtemps synonyme de tuberculose pulmonaire. Signe d'alarme en pathologie pulmonaire, l'hémoptysie est une cause fréquente de consultation (5, 7).**

**Par rapport aux hospitalisations dans les services de pneumo-phtisiologie de divers pays, on enregistre des taux d'incidence variables de: 2,50% en Côte d'Ivoire[11], 5,60% à Zadar en Yougoslavie [04] 8,80% au Maroc[02], 10% en France [05].**

**L'introduction de méthodes modernes de diagnostic au cours de ces quatre dernières décennies a permis une réduction de la fréquence relative de la tuberculose en faveur des autres étiologies [6,13, 18, 22, 25]. Ces techniques modernes constituées par la fibroscopie bronchique, la bronchographie, l'artériographie et la tomодensitométrie ont également contribué à une meilleure prise en charge thérapeutique des hémoptysies et une meilleure reconnaissance des étiologies autres que la tuberculose. Au Burkina Faso nous n'avons trouvé aucune étude sur les hémoptysies. Cependant un séjour dans le service de pneumophtisiologie permet de reconnaître la place importante de ce symptôme qui constitue "un problème" quotidien du service. Ce problème est de deux ordres :**

- Prise en charge immédiate notamment dans les cas "graves";**
- Limites du bilan étiologique pour le praticien burkinabè qui ne dispose que de peu de moyens. Si en s'alignant sur les données classiques, le diagnostic premier est la tuberculose dans un pays en voie de développement, les autres étiologies infectieuses ou non méritent qu'on y pense.**

**De diagnostic relativement facile à condition d'assister à sa survenue, l'hémoptyisie pose un problème de conduite à tenir immédiate et de diagnostic étiologique.**

**Le but de notre travail est de contribuer à une meilleure connaissance de l'hémoptyisie en milieu spécialisé (service de pneumophtisiologie) par la description des aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs des cas d'hémoptyisies hospitalisés au cours de 18 mois.**

## **II-GENERALITES**

## **II-1- DEFINITION [13,27,28,30]**

---

**L'hémoptysie est définie comme un rejet par la bouche de sang rouge aéré provenant de la partie sous glottique de l'arbre respiratoire au cours d'un effort de toux. Cette définition permet d'éliminer :**

- **tout ce qui n'est pas du sang ;**
- **tout sang provenant de la partie sus glottique (sphère O.R.L);**
- **tout sang provenant des voies digestives (hématémèse).**

## **II-2. CLASSIFICATION SELON L'ABONDANCE DE L'HEMOPTYSIE [30]**

---

**Le problème immédiat devant toute hémoptysie une fois le diagnostic établi reste l'évaluation de la spoliation sanguine qui est le plus souvent surestimée par le patient et son entourage. Lorsqu'on n'a pas assisté à sa survenue, on accordera un crédit mesuré au volume estimé par le malade ou son entourage en recherchant son retentissement sur l'état hémodynamique.**

**Selon l'abondance, l'hémoptysie est classée en trois grands groupes(30) :**

- **Hémoptysie minime : lorsqu'elle est réduite à des crachats striés de sang ou de filets sanglants ;**

- **Hémoptysie de moyenne abondance : lorsque la quantité de sang varie entre 100 à 300 ml ;**
- **Hémoptysie de grande abondance : quand la quantité de sang dépasse 500ml,marquée dans ce cas par un retentissement hémodynamique ;**
- **Un quatrième groupe cité par Gérard(13) est dit hémoptysie cataclysmique entraînant la mort en quelques minutes.**

## **II-3- PHYSIOPATHOLOGIE[27,28,30]**

---

**D'étiologies extrêmement diverses,les hémoptysies possèdent en commun un même processus physiopathologique. Depuis les travaux de Delarue, la physiopathologie de la plupart des hémoptysies a été démontrée.**

**L'appareil broncho-pulmonaire comprend deux compartiments dont l'un aérien et l'autre sanguin. Le compartiment sanguin se compose de deux types de vascularisations, l'une systémique et l'autre fonctionnelle. L'hémoptysie provient de l'irruption du compartiment sanguin dans celui aérien et schématiquement on retrouve trois types de situations :**

- **L'effraction d'un gros vaisseau dans l'arbre bronchopulmonaire. Ce sont des hémoptysies volontiers cataclysmiques. Il s'y associent une perte de substance de la paroi bronchique ou d'une cavité néoformée communiquant avec l'arbre bronchique et une solution de continuité de la paroi vasculaire au même endroit. Dans ce mécanisme, on peut citer la rupture d'un anévrisme artérioveineux pulmonaire ou celle**



**d'un anévrysme de l'aorte thoracique ou l'effraction par un corps étranger ;**

- **Le franchissement de la barrière alvéolocapillaire par le sang. L'hémoptysie est l'expression d'un passage de sang dans les alvéoles pulmonaires. L'atteinte de la circulation fonctionnelle peut être due à plusieurs facteurs:**
  - \* **Les lésions directes de la barrière alvéolo-capillaire pouvant être : la nécrose du parenchyme comme dans les pneumopathies bactériennes surtout lorsqu'elles sont suppurées ; l'agression immunologique de la paroi alvéolaire;**
  - \* **L'augmentation des pressions dans la circulation capillaire. Elle favorise une extravasation des hématies et est l'expression d'un obstacle hémodynamique situé en aval; on peut citer l'insuffisance ventriculaire gauche, le rétrécissement mitral, les ruptures de varices bronchiques.**
- **Hémoptysies d'origine systémique : le développement anormal d'un réseau systémique à haute pression est à l'origine de la plupart des hémoptysies.**

#### **II-3-1- A l'état normal :**

**Des connexions existent entre la circulation artérielle bronchique née de l'aorte et celle fonctionnelle pulmonaire. Ces anastomoses peuvent se faire à plusieurs endroits (capillaire, précapillaire, postcapillaire):**

- **Les artères sont destinées à la paroi des bronches où elles donnent des rameaux perforants intercartilagineux qui se répandent en un réseau capillaire étendu sans discontinuité des grosses bronches aux bronches de 2 à 3 millimètres de diamètre. De là, le réseau capillaire**

**bronchique se confond avec le réseau pulmonaire pour former les anastomoses capillaires.**

- **Les artères bronchiques émettent également des branches collatérales longeant les artères pulmonaires et se réunissant avec elles pour donner naissance à des anastomoses précapillaires entre le système artériel pulmonaire et le système artériel systémique : ces anastomoses pouvant être distales, situées au niveau des lobules pulmonaires ou de la plèvre viscérale implantées latéralement entre deux artérioles voisines; proximales, situées au voisinage des bronches segmentaires formant une arcade terminolatérale tendue entre l'artère bronchique et l'artère pulmonaire.**
  
- **Le sang de retour de la circulation artérielle bronchique est recueilli par les veines bronchiques qui, de la périphérie du poumon aux bronches de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ordre, se jettent dans les veines pulmonaires périlobulaires, rejoignant ainsi le sang veineux pulmonaire. Les veines des bronches se constituent en troncs veineux bronchiques parcourant la surface externe des bronches et se jetant dans les veines de la circulation systémique (veine cave, veine azygos). Dans leur parcours intrapulmonaire, ces veines s'anastomosent avec celles pulmonaires, donnant naissance à des anastomoses veino-veineuses post-capillaires. Une grande partie de la circulation artérielle bronchique se draine dans la circulation pulmonaire. Ainsi les connexions entre ces deux circulations sont responsables à l'état normal de shunts physiologiques.**

### **II-3-2. A l'état pathologique**

**Le shunt physiologique peut devenir prépondérant par un développement considérable de la circulation systémique. Il apparaît alors une véritable circulation néoformée à partir des pédicules artériels bronchiques. De cette hypervascularisation systémique à haut régime de**

**pression naissent les hémoptysies à la faveur d'un certain nombre de facteurs :**

**- La réduction de la perfusion artérielle pulmonaire :**

**Elle engendre un développement compensateur de la circulation systémique et peut avoir une cause congénitale (cardiopathie congénitale avec obstacle sur la voie pulmonaire, atrésie ou agénésie de l'artère pulmonaire) ou acquise (séquelles d'embolie pulmonaire, compression de l'artère pulmonaire).**

**- La fibrose :**

**Les tissus de fibrose, de granulation, de cicatrisation d'une lésion parenchymateuse sont le siège d'une hypervascularisation systémique. L'exemple le plus courant est la tuberculose séquellaire.**

**- L'infection :**

**Toute suppuration brochopulmonaire aiguë ou chronique est à l'origine d'une hypervascularisation systémique.**

**- Les tumeurs :**

**Les tumeurs bronchiques primitives sont vascularisées par les artères systémiques organisées en néovaisseaux.**

**- Obstruction veineuse pulmonaire :**

**Elle est responsable d'une baisse du flux artériel pulmonaire et d'un développement compensateur de la circulation systémique.**

Quelque soit le mécanisme physiopathologique des hémoptysies, c'est l'artériographie bronchique qui en le confirmant a été d'un intérêt non négligeable sur le plan thérapeutique.

## **II-4- CONDUITE À TENIR [3,27,28,29,30]**

---

L'hémoptysie reste une des urgences médicales en pathologie pulmonaire. Si elle pose pour le praticien un problème de diagnostic étiologique, son risque vital pose également un problème de conduite à tenir immédiate. Ce risque vital est aussi bien la mort par asphyxie que par la spoliation sanguine. Bien que le critère le plus communément admis pour parler d'hémoptysie grave est celui de Crocco et Collaborateurs (6), soit plus de 600 ml en 48 heures, l'appréciation de l'abondance n'est pas toujours aisée si l'on n'a pas assisté à sa survenue. Cependant, la plupart des auteurs sont unanimes à admettre que toute hémoptysie si minime soit-elle peut annoncer un accident cataclysmique.

Devant une hémoptysie grave, le clinicien est confronté à un problème d'hémostase urgente et secondairement un problème de diagnostic étiologique.

Sans revenir sur les moyens ni sur les méthodes thérapeutiques existants, nous envisageons l'attitude pratique devant une hémoptysie. Cette attitude comporte :

### **II-4-1. La reconnaissance de l'hémoptysie :**

Il s'agit lorsqu'on n'a pas assisté à sa survenue, d'éliminer une hématomèse par l'interrogatoire et une fibroscopie digestive ou un saignement d'origine susglottique d'où la nécessité d'un examen ORL.

**II-4-2. L'appréciation des éléments de gravité et de diagnostic étiologique :**

Elle se fera par l'anamnèse et l'examen physique en appréciant l'abondance du saignement et son retentissement sur les fonctions circulatoire et respiratoire puis les éléments d'orientation étiologique dont la radiographie pulmonaire fait partie.

**II-4-3. La distinction de plusieurs éventualités :**

- **L'hémoptysie est abondante et menace la vie du patient. Alors, quelques gestes utiles et urgents comportant les éléments ci-dessous cités s'imposent:**

- \* **pose d'un abord veineux de sécurité et compensation des pertes sanguines, administration d'anxiolytiques non dépresseurs de la fonction respiratoire;**
- \* **radiographie pulmonaire ;**
- \* **un bilan biologique comprenant :**
  - . **une numération globulaire**
  - . **un groupage sanguin**
  - . **un bilan d'hémostase**
  - . **une gazométrie artérielle**
- \* **un électrocardiogramme ;**
- \* **une oxygénothérapie par sonde nasale ;**
- \* **mise en route d'une perfusion continue d'extraits de posthypophyse dont la suppression sur le marché et son remplacement par d'autres substances fait l'objet d'étude actuellement (20) ;**
- \* **administration d'hémostatiques ;**

- \* **la localisation topographique du saignement par la fibroscopie bronchique en période de saignement malheureusement non réalisable dans nos conditions ;**
  - \* **une surveillance de l'évolution de l'hémoptyisie et de son retentissement hémodynamique s'impose.**
- **Si l'hémoptyisie persiste, une embolisation artérielle guidée par l'artériographie ou une hémostase chirurgicale qui dans le contexte du Burkina Faso ne sont pas praticables doivent être envisagées.**
- \* **Mise en route d'un traitement étiologique une fois la phase aiguë passée.**
- **Dans le cas d'hémoptyisie cataclysmique, certains auteurs [27,30] proposent une bronchoscopie rigide de la bronche qui saigne ou une intubation sélective de la bronche saine dans l'attente d'une hémostase définitive.**
- **L'hémoptyisie symptomatique d'une affection nécessitant un traitement urgent. La conduite à tenir varie selon le contexte :**
- \* **Contexte évoquant une embolie pulmonaire : mise en route d'un traitement anticoagulant ou fibrinolytique ;**
  - \* **Contexte évoquant une insuffisance cardiaque gauche aiguë : diminuer l'hypertension veineuse pulmonaire et adjoindre un traitement étiologique ;**
  - \* **Contexte évoquant une pneumopathie bactérienne : instituer une antibiothérapie.**

- **Hémoptysie de petite abondance sans gravité immédiate : le problème est alors étiologique mais l'évolution est toujours imprévisible ;**
  
- **Hémoptysie avec image thoracique normale : dans ce cas, il faut revoir le patient ultérieurement pour d'autres investigations ;**
  
- **Hémoptysie récidivante : dans ce cas, il faut localiser le saignement puis rechercher une éventuelle lésion curable chirurgicalement par la bronchographie ou par l'angiographie.**

### **III-OBJECTIFS**



### **III-1- OBJECTIF GENERAL**

---

**Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs des hémoptysies recrutées dans le service de pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO.**

### **III-2- OBJECTIFS SPECIFIQUES**

---

- 1) Déterminer les principaux aspects épidémiologiques des hémoptysies dans le service de pneumophtisiologie.**
- 2) Déterminer les aspects cliniques des hémoptysies dans le service de pneumophtisiologie.**
- 3) Identifier les aspects radiologiques au cours des hémoptysies.**
- 4) Déterminer les principales étiologies des hémoptysies.**
- 5) Déterminer les modalités évolutives des hémoptysies.**

## **IV-CADRE ET ETUDE**

## **IV-1. LE BURKINA FASO**

---

### **IV-1.1. Géographie physique (12)**

Situé au coeur de l'Afrique Occidentale dans la boucle du Niger, le Burkina Faso est un pays sahélien d'une superficie de 274.200 km<sup>2</sup>. Il s'étend entre les 9<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> degrés de latitude Nord et les longitudes 2°20' Est et 50°3' Ouest. Il possède des frontières communes avec le Mali au Nord et à l'Ouest, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud et le Niger à l'Est. Le pays mesure 625 km du Nord au Sud et 850 km de l'Est à l'Ouest. C'est un pays intertropical à climat soudano-sahélien.

Le découpage de l'année en saisons se caractérise par l'alternance d'une saison sèche dont la durée varie de huit mois au Nord à cinq ou six mois au Sud, et d'une saison humide d'Avril à Octobre au Sud, de Juin à Septembre au Nord avec des inter-saisons plus ou moins marquées.

### **IV-1.2. La démographie (12)**

De 7.964.705 habitants en 1985, la population est estimée à 9.491.232 habitants en 1992. Les femmes représentent plus de 52 %. C'est une population jeune comprenant environ 48,9 % des moins de 15 ans. La population rurale occupe près 87 % contre 13 % en zone urbaine. Le taux d'accroissement global est estimé à 3,2 %.

### **IV-1.3. Situation socio-économique (12)**

Pays enclavé, ses communications par voies maritimes avec le monde extérieur s'opèrent par les ports de Lomé (Togo) et d'Abidjan (Côte

d'Ivoire). L'activité économique principale du pays reste l'élevage et l'agriculture.

Comme tous les pays sahéliens, le Burkina Faso est confronté à des difficultés telles que les contraintes naturelles (pluviométrie capricieuse, désertification) et la détérioration des termes de l'échange. A ces difficultés s'ajoutent les méfaits de la dévaluation du franc CFA depuis Janvier 1994. Le produit intérieur brut est à 552,4 milliards de francs CFA. Le secteur informel est en pleine expansion.

#### **IV-1.5. Données sanitaires (09,16)**

Le système de santé est géré par le Ministère de la Santé et de la l'Action Sociale. Ce système reçoit l'appui des Organismes non Gouvernementaux (ONG). Malgré les efforts fournis, les données statistiques en matière de santé restent insatisfaisantes. En effet le taux brut de mortalité est de 18 %, l'espérance de vie à 48,5 ans.

A l'approche de la date butoir fixée par l'OMS pour la santé pour tous, les ratios en matière de santé restent en dessous des normes de l'OMS pour la partie Ouest Africaine :

- un médecin pour 29.335 habitants contre 1/10.000 habitants (OMS);
- une sage-femme pour 28.342 habitants contre 1/5000 habitants (OMS) ;
- un infirmier pour 11.514 habitants contre 1/5000 habitants (OMS).

Les infrastructures sanitaires se composent de 2 hôpitaux nationaux (CHN), 9 centres hospitaliers régionaux (CHR), 54 centres médicaux (CM), 474 centres de santé et de promotion sociales (CSPS), 152 dispensaires, 18 maternités, 294 dépôts pharmaceutiques et 10 officines. A celles-ci

s'ajoutent 5.704 postes de santé primaires (PSP) dont la majorité est non fonctionnelle.

A côté de ce système de santé existent d'autres tels que les tradipraticiens et autres guérisseurs dont le nombre croissant méritent d'être signalés.

## **IV-2. LA VILLE DE OUAGADOUGOU**

---

Située au centre du pays, la ville de Ouagadougou est la capitale politique et administrative du Burkina Faso. D'une superficie de 10.564 ha, son climat est soudano-sahélien avec une température minimale absolue de 10°c en saison sèche et froide, et maximale de 45° en avril. Chef-lieu de la Province du Kadiogo, la ville est divisée en 30 secteurs et possède 17 villages satellites. Sa population estimée à 634.479 habitants en 1991 représente plus de la moitié de la population urbaine de tout le Burkina Faso. Le taux de croissance dépasse de nos jours 8 %.

Dans cette ville les voies de communication sont étroites et défectueuses et la plus grande partie est sans bitume. Le taux de chômage atteint 13 % de la population de 10 ans et plus.

L'infrastructure sanitaire publique comporte :

- Le centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (CNHYO) ;
- 22 dispensaires seuls ;
- 2 maternités seules ;
- 3 centres de santé maternelle et infantile (SMI) ;
- 5 centres médicaux ;
- 11 centres sociaux ;

- 1 centre de santé et de promotion sociale (CSPS) ;
- 1 service de médecine scolaire et universitaire ;
- 1 service d'hygiène ;
- 1 service de médecine de travail ;
- 1 léproserie ;
- Divers cabinets médicaux privés.

### **IV-3 PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO**

---

**Le centre hospitalier national Yalgado est situé à l'Est de la ville de Ouagadougou, au Secteur 4. Construit dans les années 1960 pour une population urbaine de 59.126 habitants, sa capacité d'accueil est de 750 lits.**

**Il comporte :**

- **des services administratifs ;**
- **des services chirurgicaux ;**
- **des services médicaux dont la pneumo-phtisiologie.**

**Sur le plan administratif, l'hôpital est dirigé par un Directeur Général assisté de Directeurs Techniques. L'effectif actuel de son personnel est "d'environ" 569 agents dont 69 médecins, 176 infirmiers et 39 sages-femmes d'Etat.**

## **IV-4. LE SERVICE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE:**

---

Notre étude s'est déroulée dans le service de pneumophtiosologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Ce service aux bâtiments datant des années 1960 comprend:

Les locaux :

- Le pavillon "A" comprend :

- \* 6 salles d'hospitalisation d'une capacité totale de 37 lits;
- \* 2 bureaux pour médecins ;
- \* 1 salle de soins ;
- \* 1 bureau pour coordinateur des unités de soins ;
- \* 1 salle de radioscopie qui est aussi la salle des ponctions pleurales ;
- \* 1 magasin.

Ce pavillon accueille les malades souffrant de pathologies pulmonaires autres que les tuberculoses pulmonaires bacillifères.

- Le pavillon "B" comprend :

- \* 8 salles d'hospitalisation dont la moitié au toit défectueux ne peut abriter de malades en saison pluvieuse. Ces salles ont une capacité de 48 lits ;
- \* 1 bureau pour médecin ;
- \* 1 salle de soins.

**Le personnel :**

**Le service comporte actuellement :**

- **une équipe de 3 médecins dont un seul spécialiste ;**
- **une équipe paramédicale de 8 agents composée de deux infirmiers d'état, de six infirmières et infirmiers brevetés ;**
- **du personnel de soutien constitué de deux filles de salle et de deux manoeuvres.**

**L'équipement :**

- **une radioscopie ;**
- **du matériel de ponctions pleurales ;**
- **du matériel stérilisation et autres petits matériels soins infirmiers;**
- **Pas d'endoscopie fonctionnelle à la période de notre étude (équipement livré incomplet).**

**Ce service, craint par les agents de santé pour ses "tuberculeux", indexé par l'opinion publique comme étant le centre par excellence d'hospitalisation des malades atteints de SIDA, ne dispose pas jusqu'à nos jours de salle de réanimation ni de radiographie.**

**Il reçoit les patients de tout âge et de tout sexe souffrant en général de pathologie pulmonaire. Les patients proviennent en majorité de la province du Kadiogo, mais aussi des autres provinces du Burkina Faso et même de certains pays limitrophes.**

**Le service de pneumophtisiologie travaille en étroite collaboration avec le Centre National de Lutte Anti-Tuberculeuse qui est le seul centre de la ville de Ouagadougou équipé d'un laboratoire pour recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR). Ce centre en plus des**



**consultations quotidiennes est chargé du dépistage, du traitement, du suivi bacilloscopique et de la prévention de la tuberculose.**

# **V-METHODOLOGIE**

## **V-1. RECRUTEMENT DES PATIENTS**

---

**Notre étude a porté sur tous les cas d'hémoptyxies hospitalisés au service de pneumophtologie du CHN-YO durant une période de 18 mois allant du 1<sup>er</sup> Janvier 1994 au 30 Juin 1995 inclus.**

**Le recrutement a intéressé tous les patients ayant parmi leurs motifs d'hospitalisation présenté une hémoptyxie quel que soit son abondance ou son délai d'apparition. Ces patients devaient posséder un dossier clinique comportant leur identité (nom et prénoms, âge, sexe, domicile), la durée d'hospitalisation (date d'entrée, date de sortie), le type de sortie (guérison, évasion, décédé) et au moins un cliché radiographique de face.**

## **V-2. CRITERES D'EXCLUSION**

---

**Nous avons exclu de notre étude les patients qui ne possédaient pas un dossier clinique, ou dont les dossiers ne comportaient pas les informations élémentaires sus citées. Les patients n'ayant pas bénéficié d'une hospitalisation ont été également exclus. Les patients ayant présenté une hémoptyxie seulement au cours de l'hospitalisation n'ont pas été retenus.**

## **V-3. METHODE**

---

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur cent vingt (120) dossiers de malades hospitalisés dans le service de pneumophtologie de Janvier 1994 à Juin 1995 et ayant présenté une hémoptysie à l'entrée.

Les dossiers constitués en pratique routinière dans le service comportent en principe les informations suivantes :

- **anamnèse**
- **examen clinique**
- **examens complémentaires**
- **radiographie**
- **BAAR**
- **tests tuberculiques (IDR)**
- **examens biologiques**

L'intradermo-réaction à la tuberculine (IDR) a été effectuée chez la plupart de nos patients exception faite des tuberculeux bacillifères reconnus aux 1<sup>ères</sup> bacilloscopies. Les résultats des examens biologiques de pratique systématique en P.P.H. n'ont pas toujours été retrouvés :

- **azotémie**
- **glycémie**
- **hémogramme**

Du fait de la limitation du plateau technique du PPH, aucun malade n'a bénéficié d'une endoscopie bronchique, de bronchographie, ni de biopsie bronchique. Les ponctions pleurales exploratrices effectuées systématiquement dans les pleurésies n'ont été que d'un apport de présomption pour le diagnostic étiologique. Les autres investigations à

visée étiologique comme la tomodensi-tométrie, l'artériographie bronchique, à l'extrême la thoracomie exploratrice, n'ont pas été pratiquées.

**Les cancers broncho-pulmonaires n'ont pas bénéficié le plus souvent d'une confirmation histologique.**

Ces conditions de travail propres à beaucoup de pays les moins avancés nous ont contraints à considérer comme diagnostic étiologique le diagnostic principal de sortie des malades, arrêté par le médecin.

Ce diagnostic est basé sur les arguments anamnestiques, cliniques, radiologiques, bactériologiques, évolutifs et souvent thérapeutiques. Pour l'étiologie "tuberculose", nous avons regroupé les tuberculoses évolutives et les séquelles de tuberculose. Celui des pneumopathies aiguës a reposé sur l'existence d'un syndrome infectieux et d'image alvéolo-interstilielle.

Les abcès du poumon ont été jugés sur la présence d'image hydro-aérique. Notons que les pneumopathies aiguës abcédées ou non n'ont pas fait leur preuve bactériologique. L'aspect évolutif se limite à la période d'hospitalisation, le suivi après sortie des malades n'ayant pas été consigné dans les dossiers. Nous avons regroupé sous le terme de guérison tous les cas où l'évolution clinique a été soit favorable (pneumopathies aiguës), soit stationnaire (cancers bronchopulmonaires, séquelles de tuberculoses, et autres bronchopneumopathies chroniques). Pour les tuberculoses pulmonaires bacillifères, la guérison a consisté à une "négativation des BAAR" dans les crachats.

### **V-3. LA COLLECTE ET LE TRAITEMENT DES DONNEES**

---

Les informations utiles ont été transcrites à partir des dossiers cliniques sur une fiche standardisée de collecte des données comportant :

- La date de sortie ;
- L'état civil du malade ;
- Les motifs d'hospitalisation ;
- Les caractères de l'hémoptysie ;
- Les autres signes associés ;
- Les résultats de l'examen clinique ;
- les résultats des examens paracliniques ;
- Le mode évolutif ;
- Le diagnostic de sortie.

Un exemple de notre fiche de collecte des données est présenté en annexe.

Les données collectées ont été traitées avec le logiciel d'épidémiologie Epi-info.

### **V-4. LIMITES ET CONTRAINTES**

---

Notre étude s'étant déroulée dans un service de pneumo-physiologie, les résultats ne peuvent être généralisés à tout le centre hospitalier ni à toute la population du Burkina Faso. Une étude

**beaucoup plus élargie intégrant tous les autres services du CNHYO serait plus intéressante.**

**Notre étude étant rétrospective, comporte certaines limites qui sont celles de toute étude rétrospective sur les dossiers hospitaliers dans nos conditions de travail:**

- Informations anamnestiques incomplètes ;**
- Examens complémentaires non retrouvés ou non pratiqués ;**
- Les hémoptysies de minime abondance sont souvent omises par les patients ;**
- L'interrogatoire ne recherche pas systématiquement l'existence ou non d'une hémoptysie ;**
- La non hospitalisation de certaines hémoptysies soit par leur abondance jugée minime ou par refus des patients.**

## **VI-RESULTATS**



## **VI-1- LES ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

---

### **VI-1-1 les fréquences globales**

**Notre étude a permis de dénombrer du 1<sup>er</sup> janvier 1994 au 30 juin 1995 inclus, 1256 hospitalisations ainsi réparties: 888 malades de sexe masculin (70,70%) et 368 de sexe féminin (29,30%).**

**Nous avons enregistré au cours de cette même période 120 cas d'hémoptysie soit un taux d'incidence de 09,55% des hospitalisés.**

### **VI-1-2 L'âge de nos patients**

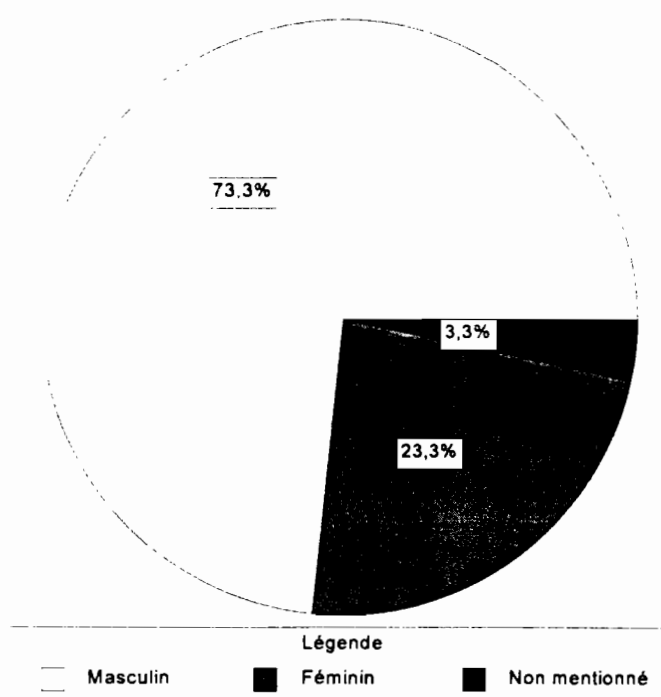
**Tableau I: Répartition de 120 cas d'hémoptysies selon l'âge des patients**

<b>Tranches d'âge (année)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
[01-20]	5	4,17
[21-40]	72	60
[41-60]	33	27,5
> 60	10	8,33
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Dans notre étude, l'âge varie entre 06 et 90 ans avec une moyenne arithmétique d'âge de 37 ans. La classe d'âge de 21 à 40 ans est la plus concernée avec un taux de 60 %.**

### VI-1-3 répartition de 120 cas d'hémoptysies selon le sexe des patients.

De nos 120 patients, le caractère sexe n'a pas été précisé dans les dossiers dans 04 cas. On note une prédominance masculine (73,33%) contre 23,33% de sexe féminin. Le sex ratio est 3,14. Le graphique 1 illustre cette répartition.



### 1: REPARTITION DES 120 PATIENTS AYANT PRESENTE UNE HEMOPTYSIE SELON LE SEXE

### VI-1-4 La situation socio-professionnelle des malades

Les professions présentées dans le tableau II sont celles retrouvées lors du dépouillement des dossiers cliniques.

**Tableau II: Répartition des 120 malades ayant présenté une hémoptysie selon la profession**

Professions	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	35	29,2
Ménagère	22	18,3
Fonctionnaire	12	10
Retraité	6	5
Commerçant	9	7,5
Militaire	1	0,8
Elève/ Etudiant	3	2,5
Ouvrier	11	9,2
Mineur	2	1,7
Secteur informel	3	2,5
Sans profession	10	8,3
Non mentionnée	6	5
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

Sur nos 120 patients, le caractère professionnel a été mentionné dans 114 cas. Notre population est dominée par les cultivateurs qui représentent 29,20%. Les ménagères occupent le deuxième rang avec un taux de 18,30%.

#### **VI-1-5 La provenance de nos patients**

Nos patients proviennent de 13 provinces du Burkina Faso et de 02 pays limitrophes.

**Tableau III: Répartition de 120 patients admis pour hémoptysie selon le lieu de résidence**

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Kadiogo	73	60,8
Bazèga	5	4,2
Oubritenga	4	3,3
Passoré	3	2,5
Boulkiemdé	2	1,7
Mouhoun	2	1,7
Seno	2	1,7
Houet	1	0,8
Zounwéogo	1	0,8
Nahouri	1	0,8
Namentenga	1	0,8
Soum	1	0,8
Gnagna	1	0,8
Côte d'Ivoire	7	5,8
Mali	2	1,7
Non mentionnée	14	11,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

En ce qui concerne la résidence de nos patients, 106 dossiers étaient exploitables. La province du Kadiogo vient en tête avec 60,80% des cas. Les autres provinces du Burkina les plus représentées sont respectivement le Bazèga (04,20%) et l'Oubritenga (03,30%). Cependant, il est à noter une proportion non négligeable de malades en provenance de la République de Côte d'Ivoire (05,80%). Nous avons rencontré 01,70% de cas en provenance du Mali.

## **VI-2 - LES DONNEES CLINIQUES**

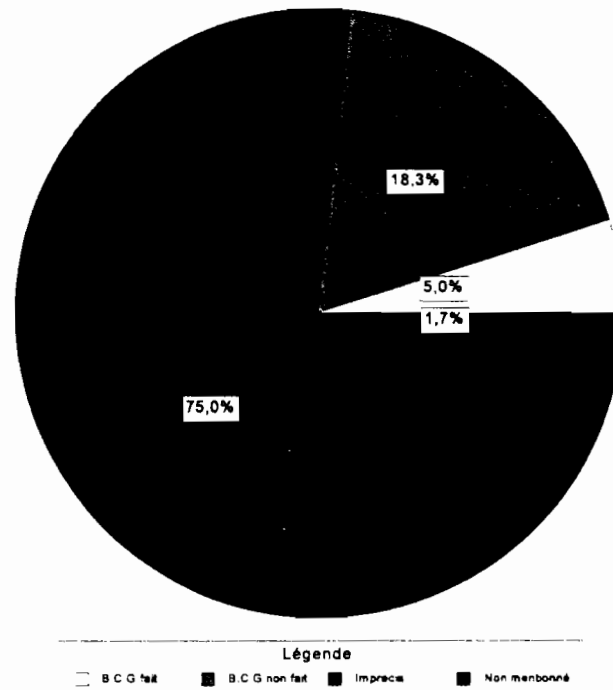
---

### **VI-2.1 Les motifs de consultation**

**Selon les motifs de consultation, l'hémoptysie a motivé à elle seule la consultation chez dix (10) patients soit 08,30 % des cas. Dans les 110 cas restant elle s'est associée à une symptomatologie fonctionnelle très variée. Nous retrouvons:**

- **une toux associée à l'hémoptysie dans 38% des cas;**
- **toux et douleur thoracique dans 24 % des cas;**
- **toux et fièvre dans 05,80 % des cas;**
- **on note des associations à un amaigrissement, à une dyspnée, ou à une diarrhée dans des proportions très variées.**

## VI-2.2 - l'état vaccinal au B.C.G. de notre population



**Graphique 2: Répartition des 120 cas d'hémoptysie selon l'état vaccinal au B.C.G. des patients.**

Le statut vaccinal n'a pas été mentionné dans deux cas. Dans 75,00% des cas, les patients ignorent leur passé vaccinal. Seulement 05% de sujets sont vaccinés.

## VI-2.3 - Les antécédents pathologiques des malades.

La rubrique antécédent dans les observations concerne les pathologies déjà connues et retrouvées dès l'arrivée du malades par l'interrogatoire.

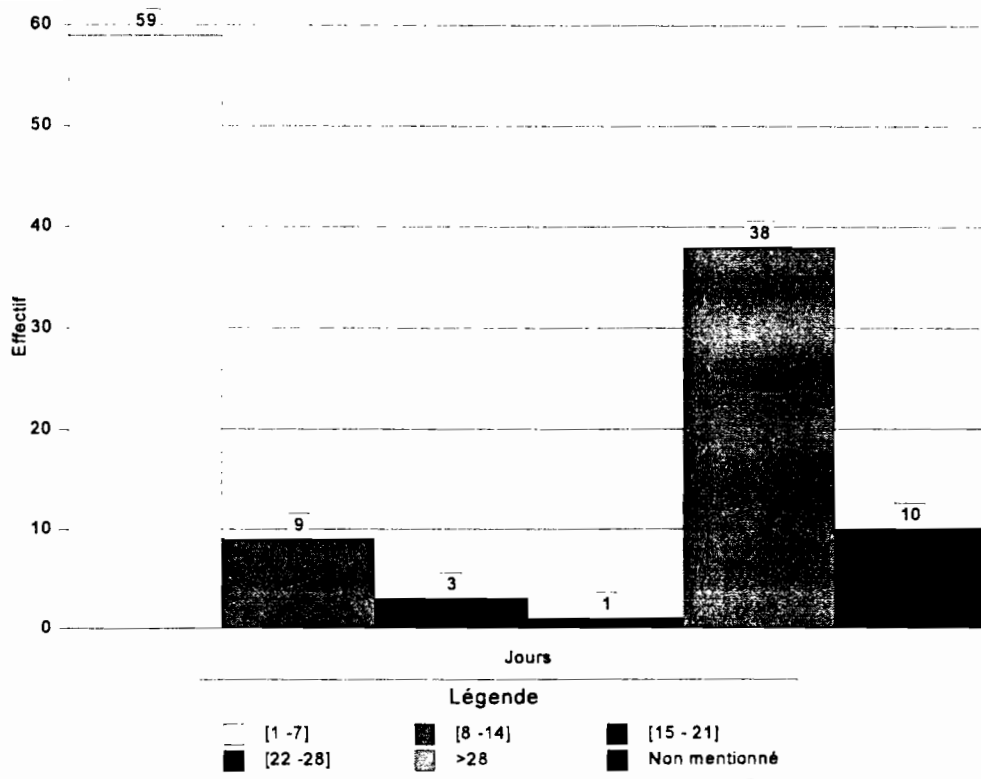
**Tableau IV: Répartition des 120 patients ayant présentée une hémoptysie selon les antécédents pathologiques**

<b>Antécédents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Tuberculose</b>	<b>15</b>	<b>12,5</b>
<b>B.P.C.O.</b>	<b>11</b>	<b>9,2</b>
<b>H.T.A.</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
<b>Diabète</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
<b>I.R.C.</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
<b>Zona intercostal</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
<b>Ostéosarcome</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
<b>Sans antécédents connus</b>	<b>87</b>	<b>72,6</b>
<b>Non mentionné</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

**21,70% des malades présentant un hémoptysie ont dans leurs antécédents pathologiques une affection pulmonaire. 25,70% des patients avaient des 'antécédents pathologiques reconnues.**

#### **VI-2.4 - Délai d'hospitalisation par rapport à la survenue de l'hémoptysie**

**Le délai écoulé entre le début de l'hémoptysie et l'hospitalisation est représenté par le graphique 3.**



**Graphique 3: Répartition des 120 patients selon le délai d'hospitalisation.**

De notre étude il ressort que le délai moyen d'admission à l'hôpital par rapport à la survenue de l'hémoptysie est de 07 jours. Il existe des cas de consultation après 02 ans environ d'évolution de l'hémoptysie.



## VI-2.5 - L'abondance des hémoptysies

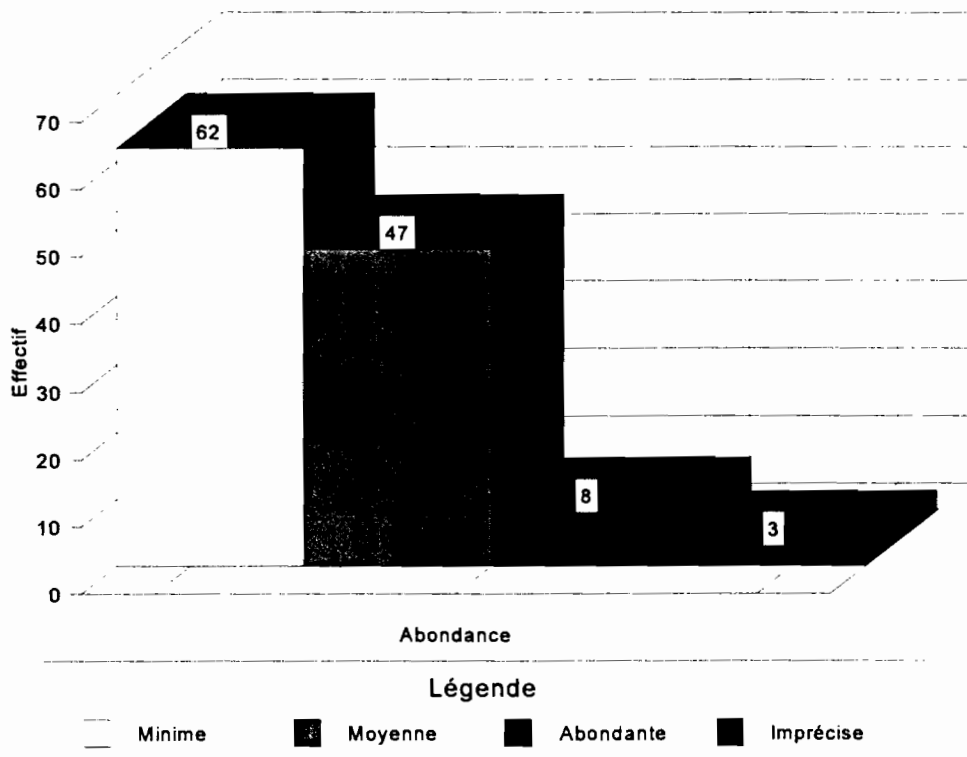
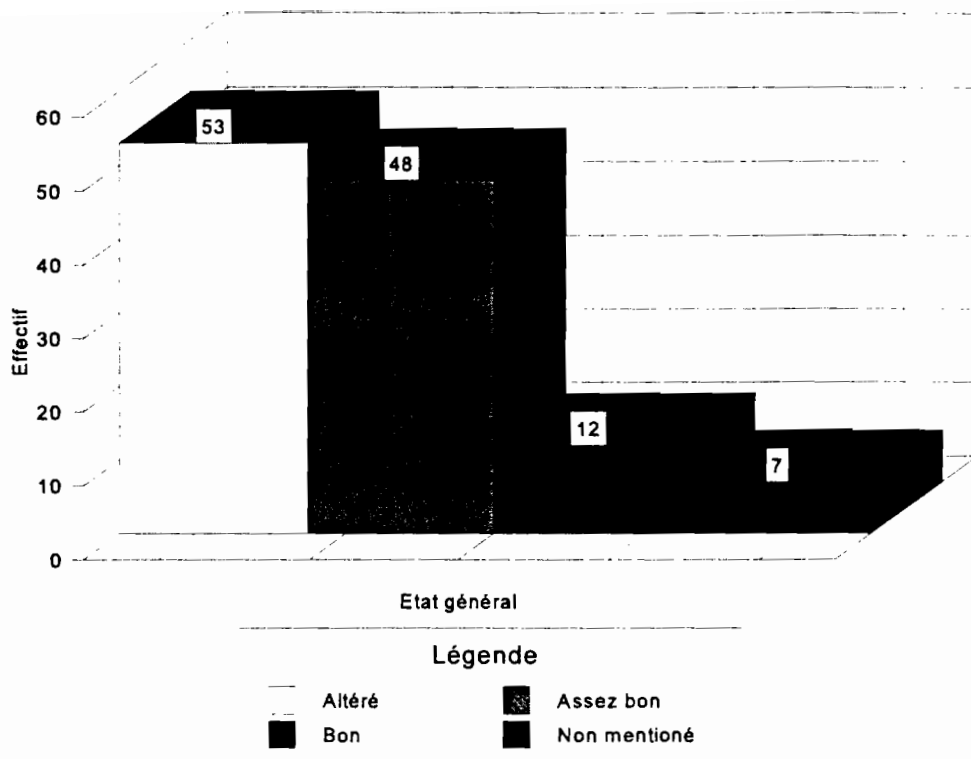


Image 1

**Grahiqne 4: Répartition des 120 malades selon l'abondance de l'hémoptysie**

**L'hémoptysie de petite abondance a été le motif de consultation le plus fréquent (51,60%) contre 06,60% pour les cas de grande abondance.**

## VI-2.6 L'état Général de nos malades



**Graphique 5: Répartition des 120 cas d'hémoptysie selon l'état général des malades.**

**L'état général de nos patients était très souvent altéré (44,20% des cas) et rarement bon (10,00%). Cette appréciation a manqué dans 07 cas.**

## VI-2.7 - Les principaux syndromes rencontrés

**Tableau V: Répartition des 120 cas d'hémoptysie selon les principaux syndromes**

Syndromes	Effectif	Pourcentage (%)
Syndrome de condensation	95	79,2
Syndromes d'épanchement liquidien	17	14,2
Syndrome d'épanchement gazeux	4	3,3
Syndrome d'insuffisance cardiaque	12	10
Syndrome infectieux	68	56,7
Examen normal	6	5

Le tableau clinique de nos 120 patients hospitalisés pour hémoptysie a été largement dominé par le syndrome de condensation pulmonaire (79,20%) et le syndrome infectieux (57,50%). Il faut noter que ces syndromes ont été souvent associés chez un même patient.

## VI-3- DONNEES RADIOLOGIQUES

---

### VI-3.1 - Les différents types de lésions rencontrées

Tous les 120 patients ayant présenté une hémoptysie ont bénéficié au moins d'une radiographie pulmonaire. Le tableau VII représente les principaux types de lésions rencontrées.

**Tableau VI: Répartition des 120 malades selon le type de lésion**

<b>TYPE DE LESIONS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Opacité homogène	28	23,33
Opacité hétérogène	43	35,83
Opacité réticulonodulaire	20	16,66
Pleurésie	19	15,83
Image hydro-aérique	04	03,33
Caverne	08	06,66
Evidement	14	11,66
Opacité rétractile	09	07,50
Autres	06	05,00

Tous les patients admis pour hémoptysie ont présenté au moins une anomalie à la radiographie pulmonaire. Ces lésions sont dominées par des opacités hétérogènes (35,83%) .

### **VI-3.2 Le siège des lésions**

Le tableau VII précise le siège des lésions radiologiques observées à la lecture des clichés thoraciques.

**Tableau VII: Répartition des lésions radiologiques chez les 120 cas d'hémoptysie selon le siège**

<b>Siège des lésions</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Droit	40	33,3
Gauche	20	16,7
Bilatéral	60	50
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

Les lésions sont bilatérales dans la moitié des cas contre seulement 16,70% des lésions gauches.

### VI-3.3 l'étendue des lésions

L'étendue a été jugée minime lorsqu'elle occupe moins du 1/3 du champ pulmonaire, moyenne lorsqu'elle occupe environ la moitié du champ pulmonaire et importante quand elle occupe plus de la moitié de celle-ci.

**Tableau VIII: Répartition des lésions selon leurs étendues**

<b>Etendues</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Importante</b>	<b>80</b>	<b>66,7</b>
<b>Moyenne</b>	<b>27</b>	<b>22,5</b>
<b>Minime</b>	<b>13</b>	<b>10,8</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

L'analyse du tableau VIII indique que les anomalies radiographiques étaient très étendues dans 66,70% des cas contre 10,80% de lésions minimes.

## VI-4- LES DONNEES ETIOLOGIQUES

### VI-4.1 Les principales étiologies des hémoptysies

Tableau IX: Répartition des 120 cas d'hémoptysie selon les étiologies

Etiologies	Effectif	Pourcentage
Tuberculose pulmonaire	39	32,5
Pneumopathies aiguës	39	32,5
Cancers bronchopulmonaires	8	6,7
Pleurésies purulentes	8	6,7
Causes cardiovasculaires	6	5
Abcès du poumon	4	3,3
Fibroses pulmonaires	3	2,5
Bronchites chroniques	2	1,7
Abcès de foie	2	1,7
Aspergillose pulmonaire	1	0,8
Dilatation des bronches	1	0,8
Indéterminées	7	5,8
Total	120	100

Dans notre série, les principales étiologies des hémoptysies sont la tuberculose pulmonaire et les pneumopathies bactériennes aiguës avec la même fréquence de 32,50%. L'aspergillome et les D.D.B. sont les moins fréquents: 0,80% chacun. Une cause inhabituelle a été retrouvée dans notre série: l'abcès du foie dans 01,70% des cas. L'étiologie tuberculeuse est constituée de 24 cas révélés par une hémoptysie et de 15 cas déjà diagnostiqués comprenant 06 cas de récurrences, 01 cas de rechute et 08 séquelles.

Les causes non pulmonaires identifiées (causes cardio vasculaires et abcès du foie) représentent 06,70% des étiologies dans notre série.

## VI-4.2 Les étiologies en fonction de l'âge de nos patients

**Tableau X: Répartition des étiologies des hémoptysies selon l'âge des patients.**

Tranches d'âge (années)	0-20		21-40		41-60		60 et +		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
<b>Etiologies</b>									
<b>Tuberculose plumonaire</b>	0	0	27	38	9	27	3	30	39
<b>Pneumopathies aiguës</b>	2	40	26	36	10	30	1	10	39
<b>Cancers bronchopulmonaires</b>	0	0	0	0	4	12	4	40	8
<b>Pleuresies purulentes</b>	1	20	5	6,9	2	6,1	0	0	8
<b>Causes cardiovasculaires</b>	1	20	1	1,4	4	12	0	0	6
<b>Abcès de poumons</b>	0	0	3	4,2	0	0	1	10	4
<b>Fibroses pulmonaire</b>	1	20	1	1,4	1	3	0	0	3
<b>Bronchites chroniques</b>	0	0	1	1,4	1	3	0	0	2
<b>Abcès de foie</b>	0	0	2	2,8	0	0	0	0	2
<b>Aspergilose pulmonaire</b>	0	0	0	0	0	0	1	10	1
<b>Dilatation des bronches</b>	0	0	1	1,4	0	0	0	0	1
<b>Indéterminées</b>	0	0	5	6,9	2	0	0	0	7
<b>Total</b>	5	100	72	100	33	100	10	100	120

Nous remarquons une prédominance des étiologies infectueuses dans la tranche d'âge de 21 à 40 ans. Alors que tous les cancers broncho pulmonaires sont rencontrés au delà de 40 ans .

### VI-4.3 Les étiologies des hémoptysies et leurs abondances

**Tableau XI: Répartition des 120 cas d'hémoptysie selon l'étiologie et l'abondance.**

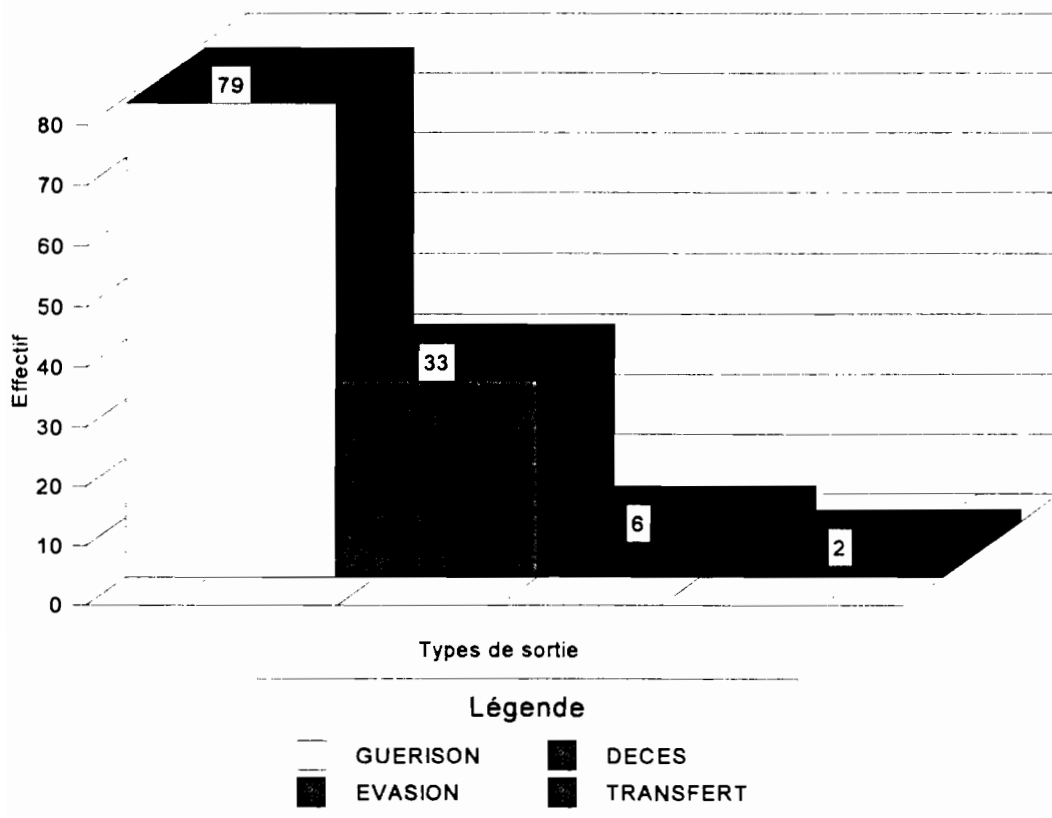
Abondances Etiologies	Minime		Moyenne		Abondante		Imprécise	Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%		
Tuberculose pulmonaire	23	37,1	10	21	6	75	0	39
Pneumopathies aiguës	15	24,2	23	49	1	13	0	39
Cancers bronchopulmonaires	4	6,5	4	8,5	0	0	0	8
Pleurésies purulentes	4	6,5	4	8,5	0	0	0	8
Causes cardiovasculaires	2	3,2	4	8,5	0	0	0	6
Abcès de poumons	4	6,5	0	0	0	0	0	4
Fibroses pulmonaire	2	3,2	1	2,1	0	0	0	3
Bronchites chroniques	2	3,2	0	0	0	0	0	2
Abcès de foie	2	3,2	0	0	0	0	0	2
Aspergillose pulmonaire	0	0	1	2,1	0	0	0	1
Dilatation des bronches	0	0	0	0	1	13	0	1
Indéterminées	4	6,5	0	0	0	0	3	4
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>120</b>

Ce tableau ne montre pas de différence statistiquement significative dans la répartition des étiologies selon l'abondance de l'hémoptysie. Nous notons que la plupart des étiologies se sont révélées par un saignement minime. Seule une proportion importante des pneumopathies aiguës a été à l'origine d'une hémoptysie de moyenne abondance. Le seul cas de D.D.B. a occasionné un saignement important. 75% des hémoptysies abondantes sont imputables à la tuberculose pulmonaire. Nous n'avons pas pu déterminer une étiologie chez les 03 patients dont l'abondance de l'hémoptysie n'a pas été précisée.



## VI-5. LES ASPECTS EVOLUTIFS

### 5.1 évolution clinique générale



**GRAPHIQUE 6: REPARTITION SELON LE TYPE DE SORTIE**

Selon le type de sortie, l'évolution a été favorable dans 79 cas soit 65,80% de guérison contre 27,50% de décès.

## VI-5.2 - Evolution selon l'âge des patients

**Tableau XII: Répartition des types de sorties des 120 cas d'hémoptysie selon l'âge des patients.**

Tranches d'âge	< 20		21-40		41-60		> 60		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
<b>Guérison</b>	4	80	50	69	19	58	6	60	79
<b>Décès</b>	0	0	18	25	12	36	3	30	33
<b>Evasion</b>	1	20	3	4,2	1	3	1	10	6
<b>Transfert</b>	0	0	1	1,4	1	3	0	0	2
<b>Total</b>	5	100	72	100	33	100	10	100	120,00

L'évolution a été favorable chez tous nos patients de moins de 20 ans.

## VI-5.3 Evolution selon le sexe des patients

**Tableau XIV: Répartition des types de sortie des 120 cas d'hémoptysie selon le sexe des patients.**

Sexe	Masculin		Féminin		Non-mentionné		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
<b>Guérison</b>	57	64,77	19	67,86	3	75	79
<b>Décès</b>	24	27,27	8	28,57	1	25	33
<b>Evasion</b>	6	6,82	0	0	0	0	6
<b>Transfert</b>	1	1,14	1	3,57	0	0	2
<b>Total</b>	88	100	28	100	4	100	120,00

Le sexe ne semble pas influencer l'évolution des hémoptysies.

#### VI-5.4 Evolution selon l'état général

**Tableau XV: Répartition des types de sorties des 120 cas d'hémoptysie selon l'état général des malades.**

Etat général	Bon		Assez bon		Altéré		Imprécis		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Guérison	12	100	36	75	28	53	3	43	79
Décès	0	0	7	15	23	43	3	43	33
Evasion	0	0	4	8,3	2	3,8	0	0	6
Transfert	0	0	1	2,1	0	0	1	14	2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>120,00</b>

L'analyse de ce tableau montre que l'altération de l'état général des patients à l'admission est un facteur de mauvais pronostic. Nous ne notons aucun cas de décès chez les patients ayant un bon état général à l'entrée alors que nous avons déploré 43,40% de décès chez les patients admis avec un mauvais état général.

#### VI-5.5 Evolution selon l'abondance de l'hémoptysie

**Tableau XV: Répartition des types de sortie des 120 malades selon l'abondance de l'hémoptysie.**

Abondance	Minime		Moyenne		Abondante		Imprécis		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Guérison	41	66	32	68	5	63	1	33	79
Décès	16	26	12	26	3	38	2	67	33
Evasion	4	6,5	2	4,3	0	0	0	0	6
Transfert	1	1,6	1	2,1	0	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>120,00</b>

Ce tableau ne montre pas de différence statistiquement significative quand à l'évolution selon l'abondance de l'hémoptysie. Cependant ont note 02 décès parmi les 03 patients dont l'abondance n'a pas été précisée.

#### VI-5.6 Taux de mortalité et de létalité par étiologie

**Tableau XVI: Répartition des étiologies selon la létalité chez nos 120 cas d'hémoptysie.**

Etiologies	Effectif	Nombre de décès	Taux de létalité	Taux de mortalité
Tuberculose pulmonaire	39	11	28,2	9,2%
Pneumopathies aiguës	39	8	20,5	6,7%
Cancers bronchopulmonaires	8	5	62,5	4%
Pleurésies purulentes	8	1	12,5	0,8%
Causes cardiovasculaires	6	4	66,7	3%
Abcès de poumons	4	1	25	0,8%
Fibroses pulmonaires	3	1	33,3	0,8%
Bronchites chroniques	2	0	0	-
Abcès de foie	2	0	0	-
Aspergillose pulmonaire	1	0	0	-
Dilatation des bronches	1	0	0	-
Indéterminées	7	2	-	1,7%
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>33</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Ce tableau montre que le taux de mortalité varie de 0,8% pour les abcès de poumons à 9,2% pour la tuberculose pulmonaire. Les causes-cardio vasculaires possèdent le plus fort taux de létalité (66,70%). Elles sont suivies de près par les cancers bronchopulmonaires (62,50%).

## **VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## **VII-1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES**

---

### **VII-1.1. Le taux d'admission des hémoptysies :**

**Notre étude a permis de dénombrer dans le service de pneumophtisiologie au cours de 18 mois, 120 cas d'hémoptysies sur une population hospitalière de 1.256 malades pendant la même période. Le taux d'incidence dans notre série est de 9,55 % de notre population hospitalière. Ce taux est proche de ceux trouvés par Brocard et collaborateur qui est de 10 % à Paris [05], par Alaoui et collaborateurs au Maroc [02] qui est de 8,8 %. Cependant notre taux d'incidence est supérieur à celui de Baric [04] de 5,6 % et à celui noté par Doumoua et collaborateurs de 2,5 % en Côte d'Ivoire [11]. L'incidence de 1,79 % trouvée par Meyer [18] est largement en dessous de la nôtre.**

**La littérature médicale montre que ce taux d'incidence est variable selon les séries. Il ressort de notre étude que l'hémoptysie constitue une cause fréquente d'hospitalisation en pneumophtisiologie. Cette incidence apparemment élevée semble être encore en dessous de la réalité dans notre série pour plusieurs raisons :**

- Ce symptôme n'est pas mentionné dans le diagnostic de sortie ni dans le registre du service ;**
- Certaines hémoptysies notamment minimales ne sont pas rapportées par les patients ou n'ont pas bénéficié d'hospitalisation ;**
- Les hémoptysies survenues au cours de l'hospitalisation n'ont pas été recensées ;**

- **Certaines causes d'hémoptysies comme les séquelles de tuberculose ou les accidents évolutifs des tuberculoses sous traitement après la phase d'attaque sont prises en charge par le Centre National de Lutte Anti-Tuberculeuse (CNLAT) en ambulatoire.**

### **VII-1.2. L'âge**

**Dans notre série, la moyenne d'âge est de 37 ans. La tranche d'âge dominante est de 21-40 ans. La moyenne d'âge est intermédiaire entre celle trouvée par Domoua et collaborateurs à Abidjan en Côte d'Ivoire(11) et celle de Aloui A.Y et collaborateurs à Casablanca au Maroc (2).**

**Les moins de 41 ans occupent 60 % de notre population contre 56,3 % dans la série d'Abidjan. Cela serait dû en partie à la présence dans notre étude de cas pédiatriques. La forte proportion de tuberculeux dont on sait la prédominance chez les adultes jeunes, au Burkina explique aisément cette prédominance.**

### **VII-1.3. Le sexe :**

**Le sexe masculin a été largement dominant dans notre étude soit 73,3 % contre 23,3 % de femme avec un sex ratio de 3,14.**

**Cette prédominance masculine a été notée par beaucoup d'auteurs tels que Aloui A.Y. et collaborateurs au Maroc (2), Domoua et collaborateurs en Côte d'Ivoire (11), et Baric D. à Zadar en Yougoslavie (4).**

**Cependant, il existe une discordance entre la répartition par sexe de nos patients et celle dans la population générale où les femmes représentent plus de 52 % [16]. Cette différence pourrait être en partie imputable à la différence des conditions sociales entre les femmes et les hommes qui détiennent le pouvoir décisionnel et matériel (les hommes**

auraient plus de moyens de consulter dans une formation sanitaire que les femmes).

#### **VII-1.4. La situation socio-professionnelle :**

Les cultivateurs et les ménagères représentent 47,5 % de notre série. Cette prédominance répond à leur proportion dans la population générale, mais est aussi due à d'autres catégories socio-professionnelles qui, pour le besoin d'une assistance sociale, se prêtent la profession de cultivateur ou de ménagère. Dans tous les cas, le niveau socio-économique de nos patients comme le montre le tableau II est bas comme la majorité de la population générale.

#### **VII-1.5. Lieu de résidence :**

L'analyse du tableau III nous montre que 60,8 % de nos hospitalisés pour hémoptysie proviennent de la province du Kadiogo. Cela serait du fait que notre étude s'est déroulée au CHNYO situé dans la capitale de la province du Kadiogo.

Les autres provinces les plus en vue qui sont le Bazéga, l'Oubritenga et le Boulkiemdé qui sont des provinces limitrophes du lieu de notre étude, ne disposent pas de services spécialisés, et sont fréquemment contraintes de se référer au CHNYO. Cependant un fait qui a retenu notre attention est la proportion des patients en provenance de la R.C.I. (5,8 %). Ces patients, en majorité des ouvriers agricoles au pouvoir d'achat bas, seraient contraints de revenir au pays natal, vu le coût indirect élevé des soins dans leur pays hôte.



## **VII-2. DONNEES CLINIQUES**

---

### **VII-2.1. Selon les motifs de consultation :**

Dans notre série, l'hémoptysie a été inaugurale dans 10 cas (8,3 %). Elle est diversement appréciée par les auteurs. Ainsi Domoua et collaborateurs à Abidjan (11) notaient 66,9 %, 35,4 % pour Alaoui et collaborateurs au Maroc(2), 18 % pour Brochard et collaborateur en France (5).

Le taux d'hémoptysies dites révélatrices motivant à elles seules la consultation est faible par rapport à ceux rapportés par la littérature médicale. Cet état de fait serait lié à un retard de consultation, la plupart des patients arrivant en milieu hospitalier dans un tableau clinique complexe témoignant du stade avancé de leur maladie.

### **VII-2.2. L'état vaccinal au BCG :**

Le graphique 2 nous permet le constat suivant :

- sur nos 120 cas d'hémoptysies, seulement 6 cas soit 5 % des malades ont été vaccinés par le BCG ;
- 18,30 % des malades n'ont pas été vaccinés au BCG.

Une forte proportion de sujets (75 %) ignore son statut vaccinal.

Ce fort taux de sujets non vaccinés ou de statut vaccinal non précis s'expliquerait par l'âge moyen de nos patients qui est de 37 ans. Si beaucoup d'entre eux ont échappé à la vaccination, certains du fait de la méconnaissance des vaccins effectués il y a longtemps ont pu être bien

**vaccinés. Une recherche de cicatrice de BCG serait un bon indicateur sur l'état vaccinal. La recherche de cicatrice vaccinale n'a pas été systématique.**

**De toutes les façons, cette notion est d'un intérêt limité pour les malades tuberculeux de notre série vu la protection peu significative par le BCG contre la tuberculose pulmonaire de l'adulte.**

#### **VII-2.3. Délai d'hospitalisation par rapport à la survenue de l'hémoptysie:**

**Le graphique 3 nous renseigne que si la majorité des patients a été admise au CHNYO dans la semaine de survenue de leur hémoptysie (49,20 %), beaucoup (31,70 %) de malades sont vus après quatre semaines (28 j).**

**Le bas niveau socio-économique de la plupart de nos patients, aggravé par la dévaluation du franc CFA, les conditions de plus en plus difficiles d'accès au CHNYO seraient aussi responsables de ce retard à la consultation dans les services spécialisés. Ce tableau montre que l'hémoptysie qui devait constituer une des urgences médicales en pathologie pulmonaire ne l'est pas pour les patients et pour les praticiens de la périphérie qui ne les réfèrent pas à temps.**

#### **VII-2.4. Selon l'abondance de l'hémoptysie :**

**Notre étude étant rétrospective, nous nous sommes fié aux dossiers cliniques. Cette abondance que nous rapportons dans notre série pourrait être biaisée car souvent notée selon le récit du patient ou de son entourage mais aussi selon la subjectivité de l'examineur.**

**Sous réserve de cette limite, notre étude a permis de noter que le saignement a été minime dans 62 cas (51,60 %), moyen dans 47 cas (39,30 %) et abondant donc inquiétant dans 8 cas (6,60 %). Dans 3 cas (2,5 %), l'abondance n'a pas été précisée.**

D'une manière générale, l'hémoptysie a été de petite abondance, souvent de moyenne abondance et rarement de grande abondante dans les séries de la plupart des auteurs. Ainsi, le saignement a été minime dans 31,7 %, moyen dans 31,7 % et abondant dans 18,3 % pour Domoua et collaborateurs à Abidjan (11), il a été minime dans 71,1, moyen dans 26,8 % et abondant dans 1,1 % pour Alaoui et collaborateur au Maroc (2). Brochard et collaborateurs à Paris notaient 5,6 % d'hémoptysie abondante (5), cependant que Baric D. à Zadar (4) signalait 4 cas d'hémoptysie massive sur 289 malades soit 1,3 %.

Le faible taux d'hémoptysie abondante par rapport à ceux rencontrés à Abidjan et à Paris s'expliquerait par la non prise en considération des hémoptysies survenues au cours de l'hospitalisation qui ont été souvent cataclysmiques emportant les patients et qui ne sont malheureusement pas prises en compte dans notre étude. De plus les hémoptysies de grande abondance d'évolution rapidement fatale survenant à domicile auraient peu de chance d'être vues en milieu hospitalier.

## **VII-2.5. Les résultats de l'examen physique**

### ***VII-2.5.1. L'état général de nos patients***

L'analyse du graphique 5 a permis d'apprécier l'état général de nos patients à l'admission. Ainsi, dans 53 cas soit 44,20 %, une altération de l'état général s'est associée à l'hémoptysie. Dans 48 cas soit 40 % les patients avaient un état général assez bon contre 10 % de cas où l'on note un état général conservé.

L'état général de nos patients semble être plus souvent alarmant que dans la série de Brochard H., et BLANCHON F à Paris (5) qui notent dans 35% des cas une altération de l'état général. Ceci est sans doute en rapport avec le délai de consultation dans les affections chroniques

**(tuberculose) et l'atteinte de l'état général dans les affections telles que les pneumopathies massives et abcès du poumon.**

#### ***VII-2.5.2. L'examen physique***

**Des résultats de l'examen physique, il ressort que l'hémoptysie fait partie de tableaux cliniques divers. En effet par 95 fois soit 79,20 %, un syndrome de condensation pulmonaire est retrouvé.**

**Un syndrome d'épanchement gazeux ou liquidien a été signalé 21 fois soit 17,50 %. L'hémoptysie a été associée à un syndrome infectieux 68 fois soit 56,70 %. L'examen physique n'a pas décelé d'anomalie seulement 6 fois soit 05 %. Dans notre série, nous retrouvons 12 fois (10 %) des signes cardio-vasculaires. Contrairement à Brochard et collaborateur (5), nous n'avons pas enregistré de syndrome cave supérieur, ni de paralysie récurrentielle.**

**D'une manière générale, la presque totalité de nos patients a présenté une anomalie clinique évocatrice d'une pathologie thoracique. Ces anomalies cliniques en rapport avec le délai de consultation seraient les témoins d'une évolution avancée de la maladie chez la plupart de nos patients. Le bas niveau socio-professionnel de la majorité des malades de notre série favoriserait cet état de fait. L'hôpital pour la plupart est le dernier recours après un itinéraire thérapeutique long et décevant.**

## **VII-3- LES ASPECTS RADIOLOGIQUES**

---

### **VII-3.1. Les types de lésions**

**Dans notre série, au moins une radiographie pulmonaire de face a été effectuée pour chaque malade. Sur les 120 clichés pulmonaires colligés, tous présentaient au moins une anomalie. Ces images anormales ont consisté à :**

- des opacités homogènes 28 fois soit 23,30 % ;**
- des opacités hétérogènes 43 fois (35,8 %) ;**
- 04 fois soit 03,33 %, une image hydroaérique.**

**Ces lésions sont souvent associées donnant des images complexes dites d'images historiques ailleurs. Si beaucoup d'auteurs ont abordé les aspects radiologiques, la description des lésions a toujours manqué. Ainsi, Alaoui et collaborateurs au Maroc (2) ont trouvé une anomalie dans toutes les radiographies thoraciques de même que Domoua et collaborateurs à Abidjan en RCI (11). Cependant que Brochard et collaborateurs (5) ne trouvaient que dans 87,50 % des cas une anomalie radiologique.**

**D'une manière générale, la littérature africaine mentionne une anomalie radiologique chez tous les patients ayant présenté une hémoptysie. Le stade avancé de la maladie causale lié au retard de consultation pourrait en être la raison. Pour notre part une autre raison serait le fait que tout malade devant être hospitalisé doit effectuer une radiographie pulmonaire auparavant. Les hémoptysies avec image normale ont pu être traitées en ambulatoire soit à partir du service de pneumophthysiologie soit à partir des services des urgences.**

### **VII-3.2. Le siège et l'étendue des lésions**

A la lumière des clichés thoraciques, nous avons constaté que dans 40 cas soit 33,30 % des cas les lésions siégeaient dans le champ pulmonaire droit. Elles ont été bilatérales dans 60 cas soit 50 % des cas et gauches dans 16,70 %. Si la prédominance droite par rapport à la localisation gauche peut être du fait de la disposition anatomique de la bronche droite, le taux élevé de lésions bilatérales témoigne d'une évolution assez longue donnant lieu à l'extension des lésions. Cette hypothèse semble être en parfaite harmonie avec l'étendue des lésions constatée au cours de notre étude. Celle-ci a été importante occupant plus de la moitié du champ pulmonaire dans 66,70% des cas et moyenne occupant environ la moitié du champ pulmonaire dans 22,50 % des cas contre 10,80% de lésions minimales occupant moins du 1/3 du champ pulmonaire où elles siègent.

Si ces lésions radiologiques n'ont pas toujours été rattachées à une étiologie, elles ont été d'un intérêt capital dans les arguments d'orientation diagnostique.

Contrairement à certains auteurs (7) qui prônent la systématisation de la fibroscopie bronchique dans les hémoptysies, nous préconisons une radiographie thoracique de routine. L'endoscopie devant être réservée aux cas où une bronchographie ou biopsie s'impose.

## **VI-4. ASPECTS ETIOLOGIQUES**

---

### **VII-4.1. REPARTITION SELON LES ETIOLOGIES**

Dans notre étude, les étiologies sont dominées par la tuberculose et les pneumopathies aiguës bactériennes qui occupent les premiers rangs

avec une fréquence de 32,50 % chacune. Les pleurées purulentes et les cancers broncho-pulmonaires tiennent les troisièmes places dans des proportions de 6,70 % chacune.

Les causes cardio-vasculaires qui sont du ressort d'autres services spécialisés occupent le cinquième rang dans notre série et représentent 5 % des étiologies.

### **Les tuberculoses pulmonaires et les pneumopathies bactériennes aiguës**

Etiologies occupant les premières places avec un taux de 32,50 % dans notre service, elles ont été signalées par Domoua et collaborateurs à Abidjan (11) qui trouvent respectivement 49,30 % et 13,38 %. Cependant que DEFENOYL et collaborateurs (07) ont trouvés une proportion plus importante des pneumopathies aiguës (39,70 %).

La proportion de tuberculose pulmonaire qui occupent le premier rang dans notre étude est proche de celle trouvée par Baric D (04) qui est de 33,56 %. Elles sont en neuvième position dans la série marocaine (1,10 %) (02). Cet écart entre la série marocaine et la notre serait dû au recrutement qui a été réalisé dans un service de pneumologie pour Alaoui (02) et dans un service de pneumophtisiologie chez nous où sont admis aussi bien les tuberculeux que les autres pathologies pulmonaires.

La prédominance de la tuberculose a été également notée par Meyer 58 % (16) et Brochard (31 %) (05) Crocco et coll. (06) (73%) contre respectivement 4 %, 8,75 % et 9 % pour les pneumopathies aiguës bactériennes.

### **Les cancers broncho-pulmonaires**

Au troisième rang dans notre série avec 6,70 % des cas, les cancers broncho-pulmonaires occupent le premier rang pour Alaoui et Coll. (02) le

**deuxième rang (18 %) pour Lemoine (17) et Smiddy (23), au troisième rang (5,8 %) pour Meyer (18), au quatrième rang (2,8 %) pour Souder (24), au cinquième rang (43,05 %) pour DEFENOYL et collaborateurs (07). Gong et Coll. (14) signalaient 24 % de cancers bronchopulmonaires.**

**Plus que pour les étiologies infectieuses, les disparités de fréquence des cancers bronchopulmonaires dans les causes d'hémoptysie tiennent aux conditions de recrutement des patients, aux capacités d'explorations complémentaires et à l'importance de facteurs tels que le tabagisme dans le pays.**

### **Les pleurésies purulentes**

**Dans notre série, les pleurésies purulentes sont à égalité avec les cancers broncho-pulmonaires (6,70 %). La plupart des auteurs que nous avons consulté ne les ont pas notées comme cause d'hémoptysie. Seul 1 cas (0,70%) a été signalé par Domoua et collaborateurs à Abidjan (11).**

**Il s'agit dans notre cas comme dans celui d'Abidjan d'une complication à type de fistule pleuro-bronchique qui expliquerait son expression par une hémoptysie.**

### **Les causes cardio-vasculaires**

**Elles ont tenu une part non négligeable dans notre étude (5 %) et occupent le cinquième rang. Elles représentent 1,4 % des étiologies pour Domoua et collaborateurs (11), (4,40 %) pour Brochard et collaborateurs à Paris (5), 3,11 % pour Baric D. (4) (9,5 %) pour Souders et collaborateurs (24).**

**Leur fréquence relativement élevée dans notre série tient aux erreurs de diagnostic avec orientation vers le service de**



**pneumophtisiologie mais aussi à la difficulté de réorientation vers les services les mieux indiqués.**

### **Les abcès du poumon**

**Au sixième rang avec une fréquence de (3,30 %), ils ont été diversement appréciés par les différents auteurs. Certains les classant parmi les pneumopathies aiguës (2, 5, 11). Du fait de leur évolution subaiguë ou chronique, de leurs aspects radiologiques identifiables, nous en avons fait une entité nosologique. Ils ont représenté 0,34 % des causes dans la série Yougoslave (Baric D.) (4), (1,25 %) pour Brocard (5), (0,9 %) pour Souders et collaborateur (24).**

**Le taux de 4,23 % pour Domoua à Abidjan (11), et le notre sont similaires et sont supérieurs à ceux des autres auteurs. Un retard de prise en charge thérapeutique correcte lié à un délai plus ou moins long de consultation en Afrique serait une cause de formation de véritables abcès de beaucoup de pneumopathies aiguës.**

### **Dilatations de bronches et aspergillose pulmonaire**

**Peu fréquentes dans notre série avec 0,80 % chacune, elles ont occupé une place importante chez la plupart des auteurs. Ainsi, Brochard (5) et collaborateurs notaient 7,50% de DDB, Domoua et collaborateurs (11) signalaient 11,8 % de DDB et 7,75 % d'aspergillose, cependant que Aloui et collaborateurs (2) trouvaient 15,10 % de DDB et 6,90 % d'aspergillose. En milieu chirurgical 71 cas d'aspergillose pulmonaire symptomatiques et 76 cas de dilatations de bronches. post tuberculeuses ont bénéficié d'une intervention chirurgicale en RCI. (25, 26)**

**Cette différence tient à la pratique de fibroscopie, de scanner, de bronchographie et de sérologie aspergillaire qui ont permis de déceler**

**beaucoup de cas qui dans notre série ont été considérés comme séquelles de tuberculose.**

### **Une étiologie inhabituelle**

**Notre étude a permis de déceler une cause inhabituelle du fait de son absence dans la littérature médicale. Il s'agit de 2 cas d'abcès amibien du foie de découverte échographique confirmés par l'examen parasitologique du liquide de ponction pleurale.**

**Leur expression par l'hémoptyisie serait une complication à type de migration thoracique de ces abcès constituant des pleurésies purulentes droites qui se seraient secondairement fistulées à des bronches. Leur symptomatologie pulmonaire témoigne d'une longue évolution. D'autres causes rares d'hémoptyisie telles que la paragominose pulmonaire [01], la thrombose néoplasique de la veine cave inférieure étendue à l'oreillette droite en rapport avec un corticosurréalome [12], un granulome plasmocytaire avec bourgeon endobronchique [14], la sténose des bronches de l'artère pulmonaire par une adénopathie hodgkinienne [21] et une broncho lithiase (10) ont été décrites.**

### **Autres étiologies**

**Elles sont constituées dans notre étude par deux bronchites chroniques, trois fibroses pulmonaires d'origine indéterminée.**

### **Causes indéterminées**

**Parmi nos 120 cas d'hémoptyisie hospitalisés, nous avons dénombré 7 cas où le diagnostic est indéterminé soit 5,80 %. Ce taux d'hémoptyisies dites cryptogéniques par plusieurs auteurs varie de 0 % pour Smiddy et collaborateur (23) à 25 % pour Lemoine (17). Il est de 7,75 % pour Domoua**

et collaborateurs (11), de 3,1 % pour Alaoui et collaborateurs (2), de 3,11 % pour Baric (4), de 18 % pour Souder et collaborateur (24) et de 10 % pour Brochard et collaborateurs (5).

Ces cas comme l'affirme Alaoui et collaborateurs (02) sont des hémoptysies de causes non diagnostiquées plutôt que cryptogénique, car tous présentaient soit à l'examen physique soit à la radiographie une anomalie. Ce groupe est constitué essentiellement de décès précoces et d'évasion. Ce taux intermédiaire entre ceux trouvés en Afrique (2, 11), contrastant avec la limitation du plateau technique de nos investigations s'explique en partie par le stade avancé de la maladie qui a permis d'identifier dans la presque totalité de cas une étiologie probable.

Les écarts dans la distribution des étiologies seraient en partie dûs à la différence de méthodes de diagnostic, du mode de sélection des cas, du niveau sophistiqué ou non du matériel d'investigation et du contexte socio-sanitaire des localités où ces études ont eu lieu mais aussi des services de recrutement des hémoptysies.

#### **VII-4.2. REPARTITION DES ETIOLOGIES SELON L'AGE**

La prédominance des pathologies infectieuses dans la tranche d'âge de 21 à 40 ans est due à la tuberculose pulmonaire dont la prédilection chez l'adulte jeune est connue.

Tous les cancers broncho-pulmonaires sont rencontrés au delà de 40 ans. Alaoui et collaborateurs (2) notent 64,4 % de cancers dans la tranche d'âge de 50-60 ans. Ce constat confirme les données de la littérature médicale qui situent les cancers bronchopulmonaire au delà de 40 ans.

### **VII-4.3. ETIOLOGIES ET ABONDANCE DE L'HÉMOPTYSIE**

**Si toutes les étiologies se sont révélées par une hémoptysie de petite ou de moyenne abondance, les hémoptysie de grande abondance sont imputable dans 75% des cas à la tuberculose pulmonaire. Même si ce constat s'explique par la physiopathologie des hémoptysies, notre étude confirme que toute hémoptysie si minime soit-elle peut révéler une pathologie grave.**

## **VII-5. ASPECTS EVOLUTIFS**

---

### **VII-5.1. REPARTITION SELON LE MODE DE SORTIE**

**Selon le type de sortie, l'évolution a été favorable dans 79 cas (65,80%) contre 33 cas (27,50 %) de décès.**

### **VII-5.2. MODE DE SORTIE SELON L'AGE ET LE SEXE**

**L'âge et le sexe n'ont pas été des facteurs déterminants dans le mode sortie dans notre série.**

### **VII-5.3. MODE DE SORTIE ET L'ETAT GENERAL DE NOS PATIENTS**

**De notre étude se dégagent les constats suivants :**

- Tous les patients admis avec un bon état général sont "guéris";**

- Dans 75 % des cas l'évolution a été favorable contre 14,58 % de décès chez les patients ayant un assez bon état général ;
- 52,83 % des malades ayant un mauvais état général sont guéris et 43,30% sont décédés.

L'altération de l'état général à l'admission a été un facteur de mauvais pronostic dans l'issue de la maladie. L'état général serait un facteur de brouillement car il est aussi bien lié à la pathologie causale qu'au retard de consultation.

#### **VII-5.4. EVOLUTION SELON L'ABONDANCE DE L'HÉMOPTYSIE**

De même que dans la répartition des étiologies, l'abondance de l'hémoptysie ne laisse pas préjuger de l'évolution de la pathologie causale.

#### **VII-5.5. TAUX DE MORTALITE ET DE LETALITE**

**Taux de mortalité :**

Les publications sur les hémoptysies ne traitent pas du caractère évolutif des causes de celles-ci. Nous avons estimé du fait de l'inexistence de statistiques sur ce sujet, qu'il serait intéressant d'avoir un aperçu sur le devenir des étiologies des hémoptysies.

Ainsi notre étude montre une variation importante de la mortalité par étiologie. Ce taux est de 0,8 % pour les abcès du poumons, les fibroses pulmonaires et les pleurésies. Dans 4 % des cas, les décès sont imputables aux cancers broncho-pulmonaires contre 3 % pour les causes cardiovasculaires. Les pneumopathies aiguës et les tuberculoses pulmonaires ont présenté les forts taux de mortalité avec respectivement 6,7 % et 9,2% des cas.

### **Taux de létalité :**

**Il varie de 12,50 % pour les pleuresies purulentes à 66,70 % pour les causes cardio-vasculaires qui ont présenté le taux le plus alarmant. Ce taux est de 25 % pour les abcès du poumon, de 33,30 % pour les fibroses pulmonaires. Les pneumopathies aiguës et les tuberculoses pulmonaires qui ont présentés les forts taux de mortalité, ont des taux de létalité respectifs de 20,50 % et de 28,20 %.**

**Nous remarquons dans notre série que les cancers broncho-pulmonaires ont un taux de létalité de 62,50 %. Cependant, ce taux est en dessous de la réalité quand on sait que les tumeurs broncho-pulmonaires primitives ou secondaires au stade de diagnostic sont d'évolution toujours fatale au Burkina Faso. Cette sous-estimation de la létalité de la pathologie cancéreuse s'explique par le fait que nous avons considéré l'évolution pendant seulement la période d'hospitalisation.**

## **VIII-CONCLUSION**

**Au terme de notre étude il ressort que :**

- **L'hémoptysie est un motif fréquent d'hospitalisation (9,95 % de toutes les hospitalisations en PPH au cours de notre étude);**
- **Celle-ci est rarement inaugurale (8,30 % d'hémoptysie isolée) et fait partie le plus souvent d'une symptomatologie fonctionnelle et générale très variée ;**
- **Le délai de consultation est relativement long (en moyenne une semaine) ;**
- **L'hémoptysie est fréquemment minime, souvent de moyenne abondance et rarement inquiétante mettant en jeu le pronostic vital;**
- **La radiographie pulmonaire est d'un intérêt capital dans les arguments d'orientation diagnostique (100 % des malades ont présenté au moins une anomalie thoracique) ;**
- **Les pathologies infectieuses dont la tuberculose pulmonaire et les pneumopathies bactériennes aiguës restent encore de nos jours les causes dominantes des hémoptysies dans notre étude (65,00 %) ;**
- **Les cancers broncho-pulmonaires qui font la hantise des praticiens ailleurs sont moins fréquents dans notre série (06,70%);**
- **Les causes infectieuses intéressent surtout les adultes jeunes (21 à 40 ans) alors que les cancers broncho pulmonaires se rencontrent au delà de 40 ans;**



- **L'évolution clinique dépend des étiologies mais aussi de l'état général des patients à l'admission ;**
- **Les taux de mortalité (9,20%) et de létalité (28,20%) de la tuberculose restent alarmants malgré l'existence d'un traitement bien codifié et gratuit au Burkina Faso.**



## **IX-SUGGESTIONS**

**A l'issue de ce travail, le premier du genre dans notre pays, au regard même des insuffisances méthodologiques et tirant leçons de quelques résultats, nous formulons les suggestions et recommandations suivantes :**

**1. Au vue de la place de la tuberculose pulmonaire et des I.R.A.:**

- **La mise en oeuvre du programme national de Lutte Anti-Tuberculeuse (L.A.T.) dans tous ses volets en particulier la formation du personnel et l'I.E.C. pour la population en vue diminuer le fléau ;**
- **Accélérer l'élaboration et l'adoption et mise en oeuvre du programme national de lutte contre les I.R.A. pour l'instant inexistant.**

**2. Au vue de l'insuffisance des méthodes de diagnostic des autres affections :**

- **L'équipement notamment en endoscope fonctionnelle pour la pratique des bronchoscopie et de bronchographie dans le service de P.P.H. ;**
- **L'équipement du service de P.P.H. d'une unité de radiologie ou l'augmentation du cota des clichés thoraciques ;**
- **La formation du personnel spécialisé, médical et infirmier ;**
- **L'accessibilité aux examens complémentaires usuels non spécialisés (hémogramme, examens bactériologiques, etc.).**

### **3. Au service de P.P.H. :**

- **Une meilleure élaboration des observations médicales standardisées et tenue plus assidue notamment les mises à jour des observations dans les dossiers cliniques ;**
- **Entreprendre d'études plus complètes, précises et prospectives si possibles, pour déterminer la prévalence de tous les types, des étiologies et gravité réelle des hémoptysies, afin d'élaborer une stratégie la mieux adaptée de prise en charge.**

# **X-BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

1. **AKA KOUASSI E.D., TCHARMA M.T., FADIGA D., YAPI A.**  
**Paragonimose pulmonaire, une autre cause d'hémoptysie**  
**Service de pneumologie CHU de Cocody**  
**22 BP 318 - Abidjan 22**
2. **ALAOUI A.Y., BARTAL M., EL BUNTAMIRI A., BOUAYAD Z.,**  
**BANLAOUI A., EL MEZIANE A., NACIRI A.**  
**Caractéristiques cliniques et étiologiques des hémoptysies dans un**  
**service de pneumologie : à propos de 291 cas**  
**Revue des maladies respiratoires, 1992, 9:295-300**
3. **BARBRY M., TONNEL A.B., REMY J. et VOISIN C.**  
**Diagnostic et traitement d'urgence d'une hémoptysie**  
**Encyclopédie médicale Chir. (Paris, France) urgences 24113 A10, 3-**  
**1985, 6p.**
4. **BARIC D.**  
**Origine de l'hémoptysie chez les malades hospitalisés dans le**  
**service de pneumologie à l'hôpital de ZADAR entre 1970 et 1980.**  
**BUICT 1984,**  
**59 : 4, 205-6**
5. **BROCARD H., BLANCHON : Etiologie actuelle des hémoptysies**  
**Sem hôp Paris 1978, 54 : 21-4, 691-5**
6. **CROCCO J.A., ROONEY J.J., FANKUSHEN D.S., DIBENETTO R.J. et**  
**LYONS H.A.**  
**Massive hémoptysies Arch. intern, med 1968, 121, 495-498**
7. **DEFENOYL O., LEBARGY F., BRECHOT J.M., LAABAN J.P.,**  
**RACHEMAURE J.**  
**La fibroscopie bronchique doit-elle être systématique en cas**  
**d'hémoptysie?**  
**Annuaire médicale interne 1985, 136 : 7, 555-8**
8. **DELAVAL Ph., DESRUES B.**  
**Hémoptysie : orientation diagnostique**  
**Rev. Prat., 1991, 41 : 1025-1027**
9. **D.E.P. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale Burkina Faso.**  
**Statistiques Sanitaires, rapports annuels, 1986, 87-89.**
- 10 **D'ODEMONT J.P., REMY JARDIN M., DELCAMBRE V., TONNEL A.B.**  
**Hémoptysie d'étiologie inhabituelle**  
**Revue des maladies respiratoires 1989, 6 : 391-392**

11. **DOMOUA K., N'DHATZ M., COULIBALY G., AKA DANGUY E., TRAORE F., N'DA ALLECHI P., KONAN J.B., ZOUBGA A., YAPI A.**  
**Hémoptysies : principes étiologies observées dans un service de pneumo-phtisiologie en Afrique**  
**Revue de pneumologie clinique, 1994, 50 : 59-62**
  
12. **GEORGES L.**  
**Les atlas jeune Afrique, Atlas du Burkina 2<sup>ème</sup> Ed. (Paris) 1993, 54 p.**
  
13. **GERARD A.**  
**Hémoptysie, LARCAN A., LAPREVOTTE-HEULY M.C.**  
**Eds. urgences médicales, 4<sup>ème</sup> Edition, Paris : Masson 1991 : 31-37**
  
14. **GONG H. et SALVATIERRA C.**  
**Clinical efficacy of ealy and delayed fibroptic bronchoscopy in patients with hemoptysis**  
**Am. Rev. respir. Dis., 1981, 124, N°3, 221-225**
  
15. **HUGHET C., CAPORAOSI M., GAVELLI A., HARB J., MC NAMARA M.,**  
**ANDRE ASSIAN B.**  
**Trombose néoplasique de la veine cave inférieure étendue à l'oreillette droite en rapport avec un corticosurrénaome : une nouvelle indication de l'exclusion vasculaire du foie**  
**Annales de chirurgie 1994, 48 : 364-369**
  
16. **I.N.S.D.**  
**Enquête démographique et de santé, Ouagadougou 1993**
  
17. **LEMOINE J.M.**  
**Les hémoptysies trachéo-bronchiques, Bronches 1958, 8 : 229-32**
  
18. **MEYER A., CHRETIEN J.**  
**Les hémoptysies trachéo-bronchiques, Bronches 1958, 8 : 184-222**
  
19. **PARENT B., COULOMB M., PERDRIX A., BRAMBILLA C., PARANELLE B.**  
**Apport de l'artériographie systémique thoracique dans le diagnostic et le traitement des hémoptysies graves d'origine indéterminée**  
**Rév. Fr. Mal. resp. 1976, 4 : 847-854**
  
20. **RAMON Ph., WALLAERT B., DEROLLEZ M., D'ODEMONT J.P., TENNEL A.B.**  
**Traitement des hémoptysies graves par la terlipressine : étude de l'efficacité et de la tolérance du produit**  
**Revue des maladies respiratoires 1989, 6 : 365-368**

21. **RIGAULT J.Y., PREVOST J.M., BRUN J., GALATEAU F.**  
**Hémoptysie relevant un granulome plasmocytaire avec bourgeon endo-bronchique**  
**Revue des maladies respiratoires, 1991, 8 : 253-255**
  
22. **SCHLEICH J.M., AL MANGE C., LAURANT M., LEBORGNE O., GRAS D., GOUEROU A. et coll.**  
**Sténoses des branches de l'artère pulmonaire par des adénopathies hodgkiniennes**  
**Archives des maladies du coeur et des vaisseaux 1991, 84 : 123-126**
  
23. **SMIDDY J.F., ELLIOT R.C.**  
**The evaluation of hemoptysis with fibropic bronchoscopy - Ches**  
**1973, 64 : 158-62**
  
24. **SOUDER C.R., SMITH A.T.**  
**Clinical significance of hemoptysis, N Engl.**  
**I med 1952, 247 : 790-3**
  
25. **TANAUH, KENDJAK, YANGNI ANGATE H., BAKASSA S., YAPOBI Y., KANGAM M., COULIBALY A.O., METRAS D.**  
**Aspergillome pulmonaire symptomatique : à propos de 71 cas opérés**  
**Médecine d'Afrique Noire, 1994, 41 : 315-318**
  
26. **TANAUH Y., KENDJAK, YANGNI ANGATE H., BAKASSA S., YAPOBI Y., KANGAM M., COULIBALY A.O., METRAS D.**  
**Les dilatations de bronches post-tuberculeuses : soixante seize (76) cas opérés. Médecine d'Afrique Noire, 1994, 41 : 345-348**
  
27. **VALEYRED D.**  
**Une hémoptysie : orientation diagnostique et conduite à tenir**  
**Rev. pratique 1989, 39 : 15, 1338-42**
  
28. **VIAU F.**  
**Hémoptysies**  
**Revue des maladies respiratoires 1989, 6 : 291-293**
  
29. **VIAU F., GRENIER Ph., FOURNIER M., NAHUM H., PARIENTER**  
**L'artériographie bronchique dans le diagnostic topographique et le traitement des hémoptysies**  
**Rev. Fr. maladies respiratoires, 1981, 9 : 393-401**
  
30. **VIAU F., GRENIER Ph., LECOGUIC Y., PARIENTE R.**  
**Hémoptysies : principales étiologies et conduite à tenir ;**  
**Encyclopédie méd. chir. Paris, Poumon 11-1983, 6090 A10**

-----\*-----



## **XII-ANNEXES**

# FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

Hémoptyses : Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques au service de Pneumo-physiologie du CNHYO

## **1. Identité**

1.1. Numéro : .....

1.4. Date d'entrée : .....

1.2. Age : .....

1.5. Date de sortie: .....

1.3. Sexe Masc. /\_/ Fém. /\_/

1.6. Résidence : .....

1.7. Profession : /\_/\*)

## **2. Antécédents**

### 2.1. Médicaux

#### 2.1.1. Pulmonaires

- Tuberculose pulmonaire Oui /\_/ Non /\_/

- Bronchopneumopathie chronique obstructive Oui /\_/ Non /\_/

Préciser : .....

#### 2.1.2. Cardio-vasculaires

- HTA Oui /\_/ Non /\_/

- Cardiopathie Oui /\_/ Non /\_/

Préciser : .....

2.1.3. Autres /\_/ Préciser : .....

### 2.2. Vaccinaux

- BCG : Oui /\_/ Non /\_/ Imprécis /\_/

- Autres /\_/ Préciser : .....

---

\*) 1 = Cultivateur ; 2 = Ménagère ; 3 = Fonctionnaire ; 4 = Retraité ;  
5 = Commerçant ; 6 =

### 2.3. Chirurgicaux

- Traumatisme thoracique                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/
- Intervention thoracique                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/
- Autres /\_/\_/                      Préciser :.....

\*1 : 1= cultivateur 2= ménagère 3= fonctionnaire                      4= retraité                      5= commerçant  
6= militaire                      7= élève/étudiant                      8= ouvrier                      9= mineur                      10= secteur informel  
11= sans profession

### 2.4. Habitudes alimentaires

- Tabac                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/                      Nbre de paquets/Année :.....
- Alcool                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/

## 3. Symptomatologie clinique

### 3.1. Motifs d'hospitalisation

.....  
.....

### 3.2. Signes fonctionnels

.....

#### 3.2.1. Hémoptysie

- Abondance : Minime /\_/\_/                      Moyenne /\_/\_/                      Abondants /\_/\_/
- Délai d'apparition : ..... jours

3.2.2. Toux                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/                      Délai d'app. .... jours

3.2.3. Expectoration                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/                      Délai d'app. .... jours

3.2.4. Douleurs thorac.                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/                      Bilat /\_/\_/                      D /\_/\_/                      G /\_/\_/

3.2.5. Dyspnée                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/                      Délai d'app. .... jours

3.2.6. Hyperthermie                      Oui /\_/\_/                      Non /\_/\_/                      Délai d'app. .... jours

## **4. Résultats de l'examen physique**

### 4.1. Examen général

Etat général :      Bon /\_/                      Assez bon /\_/                      Altéré /\_/

### 4.2. Examen pleuro-pulmonaire

4.2.1. Synd. de condens.      Oui /\_/      Non /\_/      Bilat /\_/      D /\_/      G /\_/

4.2.2. Syndrome d'épanchement      Oui /\_/      Non /\_/      Bilat /\_/      D /\_/      G /\_/

- Liquidien                      Oui /\_/      Non /\_/      Bilat /\_/      D /\_/      G /\_/

- Gazeux                      Oui /\_/      Non /\_/      Bilat /\_/      D /\_/      G /\_/

4.2.3. Examen normal      Oui /\_/      Non /\_/

### 4.3. Cardio-vasculaire

- T.A. : .....

- Syndrome. d'insuf. card.      Oui /\_/      Non /\_/      Globale /\_/      D /\_/      G /\_/

4.4. Autres appareils                      Oui /\_/      Non /\_/      Préciser : .....

## **5. Explorations complémentaires**

5.1. IDR      Positive /\_/      Négative /\_/      Non faite /\_/

### 5.2. Hémogramme

- Taux d'hémoglobine : ..... g/dl
- Numération blanche : ..... /ml
- Vitesse de sédimentation : ..... 1<sup>ère</sup> heure

### 5.3. Sérologie VIH

- VIH1 : Positif /\_/      Négatif /\_/      VIH1 + 2 : Positif /\_/      Négatif /\_/
- VIH2 : Positif /\_/      Négatif /\_/

5.4. Crachats BAAR      Positif /\_/    Négatif /\_/    Non fait /\_/

### 5.5. Radiographie pulmonaire

<u>Type de lésions</u>	<u>Etendue</u>			<u>Siège</u>	
	Import	Moyen	Min.	Bilat.	Drte Gche
a. Opacité. homogène	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/
b. Opac. inhomogène	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/
c. Réticulo-nodulaire	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/
d. Miliaire	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/
e. Caverne	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/
f. Rétraction	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/
g. Evidement	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/
h. Pleurésie	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/
i. Pneumothorax	/_/	/_/	/_/	/_/	/_/ /_/

## 6. Evolution

- Aggravation de l'hémoptysie : Oui /\_/    Non /\_/    Date :..... jours
- Sédation de l'hémoptysie    : Oui /\_/    Non /\_/    Date :..... jours
- Décédé /\_/    Evadé /\_/    Transféré /\_/    Guérison /\_/

## 7. Diagnostic de sortie

1. Tuberculoseo. pulmonaire /\_/
  - a. Tuberculose évolutive /\_/
  - b. Séquelle de tuberculose /\_/
  - c. Récidive de tuberculose /\_/

2. Cancer bronchopulmonaire /\_/
3. Dilatations. des bronches /\_/
4. Bronchites. Chroniques. /\_/
5. Aspergillose. pulmonaire /\_/
6. Fibrose pulmonaire. /\_/
7. Abscès du poumon /\_/
8. Rétrécissement. mitral /\_/
9. Insuffisance. mitrale /\_/
10. Insuffisance. cardiaque. globale. /\_/
11. Pleurésie /\_/
12. Abscès foie /\_/
13. Pneumopathies aiguës /\_/
14. Autres /\_/ Préciser :
15. Indéterminé. /\_/

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes Chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.**

**Admis à l'interieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur part.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.**

## **ASPECTS EPIDMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ETIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS DE 120 CAS D'HEMOPTYSIE DANS LE SERVICE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO.**

Le but de ce travail est de déterminer les caractères épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs des hémoptysies sur une étude rétrospective de 120 cas colligés en 18 mois chez des malades hospitalisés dans le service de pneumo-phtisiologie du CHN-YO.

L'incidence des hémoptysies est de 9,95 % du recrutement du service. La moyenne d'âge est de 37 ans. Le sexe masculin est le plus représenté (73,35%). L'hémoptysie est inaugurale dans 8,30 % ; elle est minime dans 51,60 %, de moyenne abondance dans 39,30 % et abondante dans 06,60 %.

La radiographie pulmonaire a montré une anomalie dans tous les cas. Les étiologies des hémoptysies sont dominées par la tuberculose pulmonaire (32,50%), les pneumopathies bactériennes aiguës (32,50 %), les pleurésies (6,70 %) et les cancers broncho-pulmonaires (6,70 %). Les abcès du poumon constituent 3,30% et les causes cardio-vasculaires représentent 5 %. Les fibroses pulmonaires constituent 2,50 %. Les autres causes sont : l'aspergillose, les bronchites chroniques et les dilatations de bronches, qui ont constitué 3,30% de notre population. Une cause inhabituelle constituée par 2 abcès amibiens du foie (01,70 %) a été retrouvée dans notre série.

Les hémoptysies de causes non diagnostiquées sont rares (5,80%).

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'évolution clinique d'une part et d'autre part l'âge, le sexe, et l'abondance de l'hémoptysie. Les taux de mortalité sont variables selon les étiologies et sont dominés par les tuberculoses pulmonaires (33,33 %) et les pneumopathies aiguës (24,20%). Les taux de létalité les plus alarmants sont le fait des causes cardio-vasculaires (66,70 %) et des cancers broncho-pulmonaires (62,50 %).

Mots clés : Hémoptysies, étiologies, évolution, Burkina Faso.