
Mycobactérioses pulmonaires chez le sujet immunocompétent au Sénégal : Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs.

Abdourahmane Niang*^{1,2,3,4,5,6,7}

¹Niang (A) – Service de Maladies infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

²Ba (P.S) – Service de Maladies Infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

³Fall (B.) – Laboratoire de Biologie Clinique Hôpital Principal Dakar, Sénégal

⁴Mbengue (A.) – Service de Radiologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

⁵Diedhiou (I.) – Service Maladies infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

⁶Ba Fall (K.) – Service Maladies infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

⁷Mbaye (P.S.) – Service de Médecine Interne Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

Résumé

Introduction

Les Mycobactérioses pulmonaires (MP) sont des infections pulmonaires dues à des mycobactéries non tuberculeuses, germes opportunistes, répandus dans l'environnement. Dans nos régions à forte endémie tuberculeuse, peu de cas de MP sont rapportés, en dehors d'une infection à VIH. Nos objectifs étaient de rapporter les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des MP suivis dans notre structure.

Matériels Méthodes

Etude rétrospective sur 5 ans incluant les patients hospitalisés à l'Hôpital Principal de Dakar avec un diagnostic de MP confirmé. Le diagnostic était retenu selon les "critères de l'ATS/IDSA" (2007).

Résultats

Etaient inclus 5 hommes, âgés entre 27 et 69 ans. La seule comorbidité retrouvée était HTA (2 cas). Un tabagisme actif était trouvé chez 2 patients (32 PA et 5 PA). Quatre avaient des antécédents de tuberculose traitée avec 3 rechutes (2 cas) et 2 rechutes (1 cas) et 1 rechute (1cas). Les principaux signes cliniques étaient la toux chronique productive (5 cas) avec des crachats striés de sang (3 cas), une dyspnée d'effort (3 cas). Une dysphonie était révélatrice chez 1 patient avec atteinte ORL associée. L'état général était altéré chez tous (5 cas) avec amaigrissement et asthénie. La radiographie du thorax montrait des lésions bilatérales chez tous prédominant à droite. Le scanner thoracique, réalisé devant les aspects radiologiques peu typiques, montrait des lésions d'atélectasie, de bronchectasies localisées associées à des multiples excavations ou des micronodules. Les examens bactériologiques avec recherche de BAAR, des expectorations (3cas) et du LBA (2cas) étaient positifs aux BAAR à l'examen direct. La sérologie VIH était négative chez tous, sans autre cause d'immunodépression

*Intervenant

générale retrouvée. La culture des prélèvements (dans un laboratoire de référence) a permis l'identification de Mycobactéries atypiques confirmant la mycobactériose pulmonaire chez nos 5 patients. Le traitement antituberculeux initialement démarré devant les résultats BAAR+, a été réajusté chez 4 patients en proposant un traitement adapté associant rifampicine - éthambutol et clarithromycine à dose efficace. L'évolution était favorable chez les 3 patients après 12 mois de recul. Deux cas de décès étaient notés.

Conclusion

Les MP restent un diagnostic différentiel de la tuberculose, dans nos régions, devant toute rechute tuberculeuse BAAR+ chez un sujet immunocompétent antérieurement traité et déclaré guéri. Leur diagnostic repose sur la bactériologie. Le traitement n'est pas bien codifié mais repose sur une association d'antibiotiques adaptés pour une durée suffisamment longue..

Mots-Clés: mycobactéries atypiques, poumons, sénégal, immunocompétent