



Article Original

Etiologies des Pleurésies Néoplasiques de l'Adulte à Kara (Togo)

Aetiologies of Adult Neoplastic Pleurisy in Kara (Togo)

Efalou P^{1,2*}, Gbadamassi AG^{3,4}, Aziagbe KA^{3,4}, Kounkongou B², Adambounou TAS⁴, Adjoh KS^{3,4}

RÉSUMÉ

Introduction. Les pleurésies sont des situations fréquentes en pneumologie et ont des étiologies variées, souvent infectieuses ou néoplasiques. Notre étude avait pour but de décrire les aspects cliniques, étiologiques et évolutifs des pleurésies néoplasiques dans notre pratique. **Méthodologie.** Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive des cas de pleurésie néoplasique confirmée ou présumée, suivis au service de pneumologie du CHU Kara de janvier 2017 à décembre 2022. **Résultats.** Au total, 39 cas ont été colligés. La moyenne d'âge était de 61 ans et le sex-ratio H/F de 0,5. Douze patients avaient un cancer préexistant au moment du diagnostic de la pleurésie. Le liquide pleural était jaune citrin chez 17 patients (43,59 %) et séro-hématique chez 13 patients (33,33%). La biopsie pleurale a été réalisée chez 30 patients et a précisé le type histologique chez 22 patients, soit une rentabilité de 73,33%. Le type histologique le plus retrouvé était l'adénocarcinome (12 patients soit 30,77%). Le cancer primitif a été identifié chez 25 patients (64,10%) : il s'agissait du cancer du sein chez les femmes (07 patientes soit 26,92%) et du cancer du poumon (04 patients soit 30,77%) chez les hommes. Le taux de mortalité hospitalière était de 58,97% avec une survie médiane de 62 jours. **Conclusion.** Les pleurésies néoplasiques surviennent chez les sujets âgés. Le cancer du sein chez la femme et le cancer du poumon chez l'homme sont les plus incriminés. La mortalité hospitalière très élevée témoigne de la gravité de ces affections.

ABSTRACT

Introduction. Pleurisy is a frequent occurrence in pneumology, with a variety of etiologies, often infectious or neoplastic. The aim of our study was to describe the clinical, etiological and evolutionary aspects of neoplastic pleurisy in our practice. **Methodology.** We conducted a retrospective descriptive study of cases of confirmed or presumed neoplastic pleurisy followed up at the Pneumology Department of CHU Kara from January 2017 to December 2022. **Results.** A total of 39 cases were collected. The mean age was 61 years and the M/F sex ratio was 0.5. Twelve patients had pre-existing cancer at the time of pleurisy diagnosis. Pleural fluid was citrine yellow in 17 patients (43.59%) and serohematous in 13 (33.33%). Pleural biopsy was carried out in 30 patients, and the histological type was specified in 22, for a 73.33% yield. The most common histological type was adenocarcinoma (12 patients, 30.77%). The primary cancer was identified in 25 patients (64.10%): breast cancer in women (07 patients or 26.92%) and lung cancer (04 patients or 30.77%) in men. The in-hospital mortality rate was 58.97%, with a median survival of 62 days. **Conclusion.** Neoplastic pleurisy occurs in elderly subjects. Breast cancer in women and lung cancer in men are the most common causes. The very high in-hospital mortality rate reflects the seriousness of these conditions.

- 1- Service de Pneumologie du CHU Kara (Togo)
- 2- Faculté des Sciences de la Santé, Université de Kara (Togo)
- 3- Service de Pneumo-phtisiologie du CHU Sylvanus OLYMPIO (Togo)
- 4- Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé (Togo)

Auteur correspondant :

Dr Efalou Pwèmdéou

Email: jacquesefalou2002@yahoo.fr

Tel : +228 90188751

Kara-Togo.

Mots clés : Pleurésie néoplasique, Epidémiologie, Etiologies, Kara, Togo.

Key words: Neoplastic pleurisy, Epidemiology, Aetiologies, Kara, Togo

INTRODUCTION

Les pleurésies sont des collections liquidiennes dans la cavité pleurale. Ce sont des situations fréquentes en pratique pneumologique. Les pleurésies posent souvent un problème de diagnostic étiologique. Selon le contexte, les étiologies sont d'ordres infectieux, néoplasiques, inflammatoires ou mécaniques. Les pleurésies néoplasiques sont définies par la présence de cellules

tumorales dans le liquide pleural ou dans le tissu pleural prélevé par biopsie de la plèvre pariétale [1]. La plèvre constitue avec la sphère médiastino-pulmonaire, le siège de prédilection des métastases. Selon les données de la littérature, la fréquence de survenue des pleurésies néoplasiques est estimée à 15 % des patients présentant un cancer de haut grade [2].

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

Les pleurésies sont fréquentes et posent souvent un problème de diagnostic étiologique.

La question abordée dans cette étude

Les étiologies et l'évolution des pleurésies néoplasiques dans le service de Pneumologie du CHU Kara.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. Les pleurésies néoplasiques affectaient les sujets âgés avec une prédominance du sexe féminin.
2. Le cancer du sein chez la femme et le cancer du poumon étaient les plus incriminés. Dans un tiers des cas, l'étiologie était indéterminée.
3. Le taux de mortalité hospitalière était de 58,97% avec une survie médiane de 62 jours.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Encourager la population à consulter précocement, étendre et vulgariser la thoracoscopie afin d'améliorer le pronostic.

Des séries africaines montraient une fréquence des pleurésies néoplasiques variant entre 14 et 18% [3-5]. Ces épanchements pleuraux liquidiens néoplasiques constituent un facteur de mauvais pronostic avec une moyenne de survie de 4 à 6 mois [6-7]. Les pays en développement payent le lourd tribut de ces affections avec des mortalités plus élevées en rapport avec une limitation des ressources financières et de disponibilité des infrastructures et équipements appropriés rendant difficiles leur prise en charge. Il importe donc de dresser un profil de ces affections afin d'orienter les pouvoirs politiques et sanitaires sur les mesures adéquates à prendre pour faire face à ce fléau dans nos milieux. Notre travail avait pour but de décrire les aspects épidémiocliniques, histologiques, étiologiques et évolutifs des pleurésies néoplasiques dans le service de Pneumologie du CHU Kara.

MATERIELS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive réalisée par exploitation des dossiers médicaux d'hospitalisation. L'étude a porté sur les cas de pleurésie néoplasique recensés parmi les patients suivis dans le service de pneumologie du CHU Kara (Togo) sur la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2022. L'échantillonnage était exhaustif et constitué de tous les patients respectant nos critères.

Nous avons inclus tous les dossiers des patients ayant présenté une pleurésie néoplasique de confirmation cytohistopathologique sur les prélèvements pleuraux (liquide et/ou tissu pleural) ou présumée néoplasique du fait de la présence d'un cancer connu préexistant et exclusion d'autres étiologies de cette pleurésie. Une fiche d'exploitation a permis de recueillir les informations à partir des registres d'hospitalisation et des dossiers médicaux des patients inclus. Les informations prenaient en compte les données sociodémographiques, cliniques, les moyens diagnostiques, les types histologiques, les principaux cancers en causes et les données évolutives. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi-data 3.1. Les textes et tableaux ont été élaborés à l'aide des logiciels Windows Excel et Word 2010.

L'exploitation des sources d'information a fait l'objet d'une autorisation préalable de la direction du CHU Kara. Toutes les données ont été exploitées dans la confidentialité et le strict anonymat durant toute l'étude.

RESULTATS

Notre étude nous a permis de répertorier un total de 39 cas de pleurésies néoplasiques pris en charge dans le service durant la période d'étude, soit une incidence de 6,5 cas par an. La moyenne d'âge des patients était de 61 ±12,4 ans avec des extrêmes de 19 et 94 ans. La sex-ratio H/F était de 0,5. Le tableau 1 décrit les caractéristiques socio-économiques des patients.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients

	Effectif (n)	Proportion (%)
Sexe		
Féminin	26	66,67
Masculin	13	33,33
Tranche d'âge (ans)		
[19-30]	02	05,13
[30-40[	02	05,13
[40-50[	08	20,51
[50-60[	08	20,51
[60-70[	07	17,95
[70-80[	08	20,51
[80- 90[	02	05,13
[90-94]	02	05,13
Profession		
Profession libérale*	10	25,64
Fonctionnaires	18	46,15
Salariés**	07	17,95
Elèves	02	05,13
Sans emploi	02	05,13
Provenance		
Milieu rural	17	43,59
Milieu urbain	22	56,41
*revendeurs, cultivateurs, couturiers, menuisiers, coiffeurs		
**chauffeurs, ménagères, agents de sécurité		

Un effectif de 12 patients avait un cancer préexistant au moment du diagnostic de la pleurésie.

Les signes fonctionnels respiratoires étaient marqués par la toux dans 89,74% des cas. On notait un amaigrissement comme signe général le plus retrouvé dans 92,31% des cas (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction des signes cliniques

	Effectif (n)	Proportion (%)
Symptômes respiratoires		
Toux	35	89,74
Dyspnée	20	51,28
Douleur thoracique	32	82,05
Hémoptysie	08	20,51
Signes généraux		
Amaigrissement	36	92,31
Asthénie	30	76,92
Anorexie	32	82,05
Anémie clinique	06	15,38
Hyperthermie	14	35,90

Comme caractéristiques radiologiques, nous avons 20 cas (51,28%) de pleurésies de grande abondance. Concernant la topographie, la pleurésie siégeait à droite chez 24 patients (61,54%) et était bilatérale chez 03 patients (07,69%) (tableau 3).

Tableau 3 : Signes radiographiques

	N	%
Topographie		
Droite	24	61,54
Gauche	12	30,77
Bilatérale	03	07,69
Abondance		
Grande	20	51,28
Moyenne	12	30,77
Faible	07	17,95
Lésions associées		
Syndrome alvéolaire et/ou interstitiel	17	43,59
Adénopathies médiastinales	05	12,82

Le liquide de ponction pleurale était jaune citrin chez 17 patients (43,59 %), séro-hématique chez 13 patients (33,33%) et hématique chez 9 patients (23,08%).

L'étude du liquide pleural a mis en évidence des cellules suspectes de malignité chez 06 patients. La biopsie pleurale était réalisée chez 30 patients. Cette biopsie a permis le diagnostic positif en précisant le type histologique chez 22 patients, soit une rentabilité de la biopsie pleurale de 73,33%. Le type histologique le plus retrouvé était l'adénocarcinome chez 12 patients (30,77% des cas), suivi du carcinome peu différencié chez 05 patients (12,82% des cas) (figure 1).

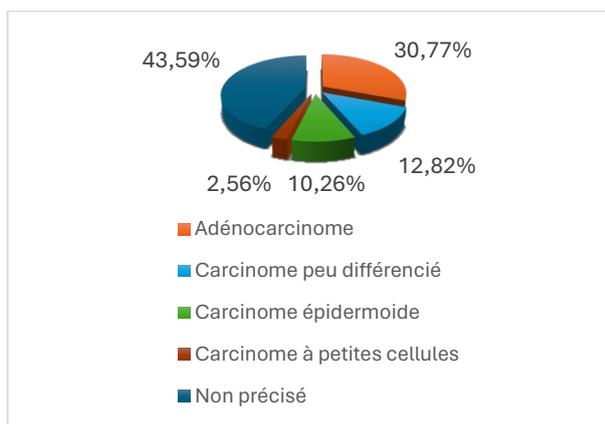


Figure 1 : types histologiques

Le cancer primitif était identifié chez 25 patients (64,10%) et dominé en fonction du sexe par le cancer du sein chez les femmes (07 patientes soit 26,92%) et le cancer du poumon (04 cas soit 30,77%) chez les hommes (tableau 4).

Tableau 4 : Tumeurs primitives en fonction du sexe

	Homme		Femme		Total	
	n1 (n1/N1)	%	n2 (n2/N2)	%	n (n/N)	%
Poumon	04	30,77	01	03,85	05	12,82
Foie	02	15,38	02	07,69	04	10,26
Lymphom	02	15,38	01	03,85	03	07,69
Ovaire	-	-	02	07,69	02	05,13
Col utérin	-	-	01	03,85	01	02,56
Prostate	02	15,38	-	-	02	05,13
Rein	00	00	01	03,85	01	02,56
Sein	00	00	07	26,92	07	17,95
Non retrouvé	03	23,09	11	42,30	14	35,90
Total	13	100	26	100	39	100

Le traitement local était constitué de ponctions pleurales évacuatrices itératives chez 22 patients (56,41%), d'un drainage pleural chez 12 patients (30,77%) (tableau 5). L'évolution était marquée par un taux de décès en hospitalisation à 58,97% (23 cas) avec une survie médiane de 62 jours.

Tableau 5 : Gestes thérapeutiques réalisés

	N	%
Ponctions pleurales itératives	22	56,41
Drainage pleural	12	30,77
Pleurodèse médicale avec le talc	03	07,69
Abstention	02	05,13
TOTAL	39	100

DISCUSSION

Le caractère rétrospectif de l'étude a constitué le principal biais durant l'étude. De ce fait, certains dossiers étaient inexploitable compte tenu de données manquantes. Cependant, cette étude nous a permis de dresser plusieurs aspects des pleurésies néoplasiques dans nos milieux.

Nous avons recensé 39 cas de pleurésies néoplasiques, soit une incidence de 6,5 cas par an durant la période d'étude. Adjoh et al. à Lomé avaient recensé 117 cas sur 10 ans soit une incidence de 11,7 cas par an [8]. Dans une série malgache, Rakotoson et al. avaient trouvé une prévalence de pleurésie métastatique de 14,85 % des pleurésies exsudatives sur 05 ans [9]. Adambounou et col, avaient retrouvé une origine néoplasique chez 32,54% des sujets âgés ayant présenté une pleurésie [10]. Au Tchad, les pleurésies métastatiques représentaient 17,4% des pleurésies toutes formes confondues [11].

Nous avons retrouvé une moyenne d'âge de 61 ans. Adjoh à Lomé avait retrouvé une moyenne d'âge de 56 ans [8]. Ces moyennes d'âge élevées confirment le fait que le risque de pathologie néoplasique croît avec l'âge. La prédominance féminine (ratio H/F=0,5) retrouvée dans notre étude a été décrite également par Adjoh à Lomé [8]. La population togolaise à prédominance féminine d'une part, la fréquence des cancers gynéco-mammaires chez la femme au Togo d'autre part, pourrait expliquer ce constat [12-13].

La majorité des patients avait une pleurésie de grande abondance (51,28%). Adjoh avait retrouvé une pleurésie de moyenne abondance chez la majorité de ces patients (52,1%) [8].

L'abondance de l'épanchement pleural témoigne d'une part du caractère quasi permanent de l'infiltration pleurale par les cellules néoplasiques, d'autre part des retards de consultation classiquement remarqués dans nos milieux pour des raisons multiples notamment la limitation des ressources financières, les automédications pré-hospitalières souvent non adaptées et des difficultés d'accessibilité des services médicaux spécialisés. Concernant la topographie, l'épanchement siégeait préférentiellement à droite (61,54%). Le liquide de ponction pleurale était jaune citrin chez 17 patients (43,59 %), séro-hématique chez 13 patients (33,33%) et hématique chez 9 patients (23,08%). Adjoh avait fait le même constat avec un liquide hématique ou séro-hématique dans 58% des cas [8].

La biopsie pleurale à l'aveugle était le moyen d'exploration étiologique le plus utilisé et avait une rentabilité diagnostique de 73,33%. Bien que la thoroscopie constitue l'examen de choix pour explorer la plèvre, la biopsie pleurale à l'aveugle occupe encore une place prépondérante au cours de l'exploration des pleurésies dans les pays en développement.

L'adénocarcinome était le type histologique le plus retrouvé. Plusieurs auteurs ont abouti au même constat [8-9 ; 14]. La tumeur primitive était retrouvée chez 64,10% des patients et dominée par le cancer du sein chez la femme et le cancer du poumon chez l'homme. La tumeur primitive était retrouvée dans 60,7% dans la série de Lomé, dominée par les mêmes types de cancer en fonction du sexe [8]. Le cancer du sein demeure un problème important de santé publique et une cause majeure de décès chez la femme dans le Monde [15]. En France, le cancer du sein et du poumon étaient responsables à eux seuls d'environ 50 % des pleurésies néoplasiques [16].

Les mesures thérapeutiques d'évacuation du liquide pleural étaient dominées par les ponctions pleurales évacuatrices itératives et peu de patients avaient bénéficié d'un drainage pleural et d'une pleurodèse. Certaines mesures diagnostiques et thérapeutiques indiquées par plusieurs sociétés savantes internationales [17-18] n'ont pas été réalisées, compte tenu de leur indisponibilité au nord du Togo. Une proportion de 25,7 % des patients avait bénéficié d'une pleurodèse médicale dans la série de Lomé [8]. En Tunisie, 40 % des cas de pleurésie néoplasique avaient bénéficié d'une pleurodèse [20]. Les pleurésies néoplasiques sont dans la majorité des cas récidivants avec reconstitution rapide de l'épanchement, nécessitant idéalement un drainage chirurgical pour une évacuation optimale ainsi qu'une pleurodèse pour éviter les récidives. Cependant le coût élevé de ces actes avait justifié le fait que ces derniers n'ont pas été de pratique courante, compte tenu de la limitation des moyens financiers de nos patients. L'assurance maladie universelle devrait pallier à ce déficit et améliorer la prise en charge.

La mortalité en hospitalisation était de 58,97 % avec une survie médiane de 62 jours. Adjoh avait retrouvé une mortalité hospitalière de 33,3 % [8]. Hamdi et al au Maroc avaient retrouvé une mortalité de 42 % dans leur série [21]. Ces taux élevés témoignent de la gravité de ces affections comme décrite dans la littérature [6-7]. En effet, la présence d'une métastase pleurale au cours d'une affection néoplasique signe un stade avancé de la maladie, entraîne une limitation des possibilités thérapeutiques étiologiques notamment des inéligibilités à la chirurgie compte tenue de l'atteinte respiratoire rendant difficile l'anesthésie. Les patients ayant également à ce stade un état général altéré, une réserve est émise concernant les possibilités de la chimiothérapie. Ceci soulève la nécessité d'un diagnostic précoce des tumeurs primitives pour instituer une prise en charge précoce et adéquate en vue d'éviter l'extension de l'affection à l'origine de l'assombrissement des pronostics dans la plupart des cas.

CONCLUSION

Les pleurésies néoplasiques demeurent une pathologie du sujet âgé de plus de 50 ans. Les sujets de sexe féminin sont les plus touchés dans nos milieux. Le cancer du sein et le cancer du poumon étaient les plus pourvoyeurs de pleurésies néoplasiques respectivement chez la femme et chez l'homme. La mortalité au cours des pleurésies néoplasiques est élevée, soulevant la nécessité d'un dépistage précoce des tumeurs malignes ainsi qu'une prise en charge adéquate de ces affections. Ces mesures devraient être facilitées d'une part, par la sensibilisation de la population à vite consulter les centres médicaux appropriés en cas de problème de santé, d'autre part, l'assurance maladie universelle ainsi que l'amélioration du plateau technique notamment la vulgarisation de la thoroscopie.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué au déroulement, à la rédaction, à la relecture et à la mise en forme de ce travail.

REFERENCES

- [1]. Astoul P. Management of symptomatic and metastatic pleural effusions. *Interactive clinical case. Rev Mal Respir Actual.* 2014;6:502-513
- [2]. American Thoracic Society. Management of malignant pleural effusions. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000 Nov;162(5):1987-2001
- [3]. Toloba Y, Diallo S, Sissoko BF et Kamaté B. Ponction biopsie pleurale dans le diagnostic étiologique des pleurésies. *Rev Mal Respir.* 2011 ; 28(7) : 881-4
- [4]. Fiawoo KV. Pleurésies dans le Service des Maladies Infectieuses et de Pneumo-phtisiologie du CHU-S.O de Lomé. Thèse de Médecine n°25. Université de Lomé ; 2015 : 82p
- [5]. Bitchong C, Kouassi A B, Horo K, Godé C, Ahui B, Doukouré I et al. Apport de la biopsie pleurale à l'aiguille d'Abrams dans le diagnostic de la pleurésie sérofibrineuse. *Rev Mal Respir.* 2007; 24 (1): 131
- [6]. Heffner JE, Nietert PJ and Barbieri C. Pleural fluid pH as a predictor of survival for patients with malignant pleural effusions. *Chest.* 2000 Jan;117(1):79-86
- [7]. Khaleeq G and Musani AI. Emerging paradigms in the management of malignant pleural effusions. *Respir Med.* 2008 Jul;102(7):939-48
- [8]. Adjoh KS, Kuiré M, Adambounou AS, Aziagbé K, Gbadamassi AG, Efalou P et Al. Epidemiological, etiological and evolutionary aspects of neoplastic pleurisy in the pneumo-phtisiology department of the University Hospital Sylvanus Olympio of Lomé (TOGO). *J Lung Pulm Respir Res.* 2018;5(6):180-183
- [9]. Rakotoson JL, Andrianasolo RL, Rakotomiazio JR, Vololontiana HMD, Ravahatra K, Rajaoarifetra J et al. Etiologies des pleurésies exsudatives: à propos de 424 cas à Madagascar. *Pan African Medical Journal.* 2011;9:35. doi: [10.11604/pamj.2011.9.35.937](https://doi.org/10.11604/pamj.2011.9.35.937)
- [10]. Adambounou AS, Adjoh KS, Hamadou BB, Fiogbé AA, Aziagbé KA, Efalou PJ et al. Etiologies des pleurésies du sujet âgé au Togo. *Eur Sci J* 2015, 11 (30) : 122-131
- [11]. Ngakoutou R, Ahmet A, Mahamat Ali B, Vadandi V, Joseph M, Dieudonne D et al. Profil Clinique, Étiologique et Évolutif des Pleurésies au Centre Hospitalier Universitaire d'Abéché (Tchad). *Health Sci. Dis* 2023 ; 24 (9) : 66-70

- [12]. Ministère de la santé et de la protection sociale, Division de l'information Sanitaire. Principaux Indicateurs de santé. Lomé-Togo. 66p
- [13]. Amégbor K, Alfa AK, Darré T, Napo-Koura GA et Akpadza K. Epidemiological and pathological aspects of the gynecological and mammary cancers in Togo. *Med Trop*. 2011; 71(5):451-3
- [14]. Karsenty T. Drain pleural tunnelisé dans le cadre de pleurésies récidivantes néoplasiques : expérience au centre hospitalier de Périgueux de 2011 à 2013 : à propos de 17 cas. *Médecine humaine et pathologie*. 2016. dumas-01371074
- [15]. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2010. Atlanta American Cancer Society. 2010
- [16]. Diagnostic and therapeutical management of malignant pleural effusion, Tassi, *Ann. Onc* 2006 Mar, 17. Google Scholar
- [17]. Feller-Kopman DJ, Reddy CB, DeCamp MM, Diekemper RL, Gould MK, Henry T et al. Management of Malignant Pleural Effusions. An Official ATS/STS/STR Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018 Oct 1;198(7):839-849. doi: 10.1164/rccm.201807-1415ST
- [18]. Clive AO, Kahan BC, Hooper CE, Bhatnagar R, Morley AJ, Zahan-Evans N et al. Predicting survival in malignant pleural effusion: development and validation of the LENT prognostic score. *Thorax*. 2014 Dec;69(12):1098-104. doi: 10.1136/thoraxjnl-2014-205285
- [19]. Bibby AC, Dorn P, Psallidas I, Porcel JM, Janssen J, Froudarakis M, et al. ERS/EACTS statement on the management of malignant pleural effusions. *Eur Respir J*. 2018 Jul 27;52(1):1800349. doi: 10.1183/13993003.00349-2018
- [20]. Aouadi S, Zribi H, Ben-Tkhatat A, Gharsalli H, Brahem E, Maalej S et al. Les pleurésies néoplasiques : à propos de 100 cas. *Rev Mal Respir* 2018 ; 35. Supplement A227-A228, <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2017.10.527>
- [21]. Hamdi B, Akkad A, Benbdira B, Jalal A, Anissa B et Agnès H. Profil clinique et évolutif des pleurésies néoplasiques. *Rev Mal Respir* 2018. 35. A221-A222. 10.1016/j.rmr.2017.10.511