

Profil étiologique du cœur pulmonaire chronique vu au service de Pneumologie de l'Hôpital Universitaire de Befelatanana

Etiologic profile of chronic cor pulmonale in Pneumology Unit at the University Hospital Befelatanana

Le cœur pulmonaire chronique (CPC) se définit par la présence d'hypertrophie et dilatation du cœur droit secondaire à l'hypertension pulmonaire (HTP) du groupe III de la nouvelle classification de l'European Society of Cardiology (ESC)/European Respiratory Society (ERS) 2009 ; c'est-à-dire due à une pathologie respiratoire et/ou hypoxémie chronique. Il s'agit par conséquent d'une définition anatomique des répercussions hémodynamiques pulmonaires en rapport avec une maladie respiratoire chronique. Son apparition constitue un tournant évolutif de la maladie respiratoire sous-jacente car le pronostic devient réservoir malgré les avancées thérapeutiques de ces dernières années [1]. Nous avons mené dans notre service une étude ayant comme objectif de déterminer les causes de CPC et d'évoquer les difficultés d'accès aux explorations diagnostiques ainsi que l'évaluation pronostique.

Il s'agissait d'une étude rétrospective des dossiers médicaux des patients hospitalisés dans le service de Pneumologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana (HURB) sur une période de trois ans allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2010. Le diagnostic de CPC a été retenu devant l'existence d'anomalies électriques du cœur droit (au minimum une hypertrophie ventriculaire droite) associées à une pathologie respiratoire sous-jacente. La gravité de la maladie était évaluée soit par la valeur de la saturation pulsée en oxygène (SpO₂) au repos (dont une valeur inférieure à 90% considérée comme grave et nécessiterait une mise en route d'une oxygénothérapie de longue durée), soit par la présence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite qui n'est que la traduction clinique de structurelle du cœur droit.

Quarante quatre dossiers étaient inclus dans notre étude. L'âge moyen des patients était de 60 ans avec un extrême de 32 ans et 83 ans, et un sexe ratio de 2/1. Les principales étiologies retrouvées étaient la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), suivies des séquelles pulmonaires d'une tuberculose (TB) ancienne, ainsi que les bronchectasies. Le tableau ci-après montre la répartition des étiologies de CPC retrouvées dans notre étude.

Tableau 1. Répartition selon les étiologies de CPC retrouvé dans le service de Pneumologie de l'HUJRB.

Etiologie	n (%)
BPCO	38 (86,4)
Séquelles rétractiles d'une tuberculose ancienne	13 (29,5)
<i>Fibrose rétractiles</i>	8 (18,1)
<i>Emphysèmes paracatriciels</i>	5 (11,4)%
Bronchectasies	5 (11,4)
Asthmes	2 (4,5)
Scoliose	1 (2,2)

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

Quatre-vingt onze pourcent de nos patients avaient une SpO₂ inférieure à 90%, et 40% présentaient des signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite, c'est-à-dire des patients graves. Tous ces patients ont bénéficié d'une oxygénothérapie pendant leurs hospitalisations, d'un diurétique de courte durée chez ceux présentant des signes cliniques d'insuffisance cardiaque

droite (moins de 07 jours), et des bronchodilatateurs en nébulisation chez les patients porteurs de BPCO, d'asthme et de dilatation des bronches, en plus de ses traitements habituels. A leurs sorties d'hôpital, deux patients seulement ont pu bénéficier d'une oxygénothérapie au long cours.

La BPCO est habituellement rapportée dans la littérature comme étant la principale cause de CPC, malgré sa prévalence qui varie considérablement de 20% à 91% selon les auteurs. Au Burkina Faso, Ouedraogo *et al.*, estimait à 91% la part de la BPCO dans l'étiologie de leurs CPC. Ainsi, la découverte d'une hypertension pulmonaire au cours de la BPCO est un facteur pronostic indépendant, avec altération considérable de la qualité de vie des patients [2,3]. Les séquelles respiratoires permanentes laissées par une tuberculose thoracique ancienne (pulmonaire ou pleurale) constituaient la deuxième principale cause. Dans 50% des cas, malgré un traitement bien conduit, cette forme pouvait-être à l'origine de certaines anomalies respiratoires (à type de syndrome obstructif, syndrome restrictif ou syndrome mixte) caractérisés par des emphysèmes et/ou dilata-tions des bronches paracatricielles, fibroses rétracti-les, pachypleurites [4]. Du point de vue physiopatholo-gique, toutes pathologies respiratoires chroniques sous-jacentes, pourraient être à l'origine d'une augmentation de la pression de l'artère pulmonaire par destruction ou remodelage vasculaire pulmonaire dont les facteurs pouvant les favoriser seraient l'hypoxémie alvéolaire chronique associée à une inflammation, puis la présence d'une polyglobulie, d'une hypercapnie ou l'existence d'une compression des vaisseaux pulmonaires à l'expira-tion chez les patients les plus obstructifs et distendus. Dans ce cadre peuvent rentrer les autres étiologies comme l'asthme, et les anomalies de la paroi thoraci-que [1]. De ce fait, le pronostic dépendrait surtout du traitement de la maladie respiratoire sous-jacente ainsi

que le dépistage précoce d'une éventuelle hypertension pulmonaire à l'échocardiographie. Arrivée à un stade d'insuffisance respiratoire chronique, il serait impératif de mettre en route une oxygénothérapie de longue du-rée, qui n'est pas encore à la portée de la plupart des nos patients.

Malgré, l'insuffisance de moyens diagnostiques, le résultat de cette étude devrait nous apporter quelques idées concernant l'importance de dépistage précoce de CPC chez les patients porteurs de pathologies respira-toires, dont le but étant de maintenir une meilleure qua-lité de vie et le plus longtemps possible. Néanmoins d'autres études prospectives nous paraissent nécessai-res pour permettre la mise en place d'une méthodologie de bonne pertinence, ainsi d'obtenir des résultats plus conséquents et significatifs.

M. Tiaray (1)*, F.H.R. Raveloson (2), K. Ravahatra (1), J. Rajaoarifetra (3), J. Rakotomizao (1), J. Rakotoson (1)

(1) Service de Pneumologie, HUJRB Antananarivo

(2) USIC, HUJRB Antananarivo, Madagascar

(3) Service de Médecine, HMP Toamasina, Madagascar

Références

1. Chaouat A. Le cœur pulmonaire chronique dans la BPCO. *Rev Mal Respir* 2009; 26(10): 1184-5.
2. Shujaat A, Minkin R, Eden E. Pulmonary hypertension and chronic cor pulmonale in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2007; 2 (3): 273-82.
3. Ouedraogo M, Niakara A, Lougue Sorgho LC, *et al.* Le cœur pul-monaire chronique : aspects épidémiologiques, cliniques, théra-peutiques et évolutifs au CHU Yalgado Ouedraogo. *Med Afr Noire* 2006; 53 (11): 620-2.
4. Marjani M, Baghaei P, Malekmohammad M. Effect of pulmonary hypertension on outcome of pulmonary tuberculosis. *Braz J Infect Dis* 2014; 18(5): 487-90.