



Article original

Profil clinique et bactériologique des pleurésies purulentes au service de pneumologie CHU de Coccody

Bacteriological profile of purulent pleurisy in the Pulmonology Department at Coccody University Hospital

AE Djegbeton^{*1,2}, A Kone^{1,2}, N Mobio^{1,2}, C Kouakou¹, BW Kouraogo^{1,2}, NB Koffi^{1,2}

Résumé

Introduction : La pleurésie purulente, complication grave d'origine infectieuse, évolue en trois phases et nécessite un diagnostic précoce et une antibiothérapie adaptée. En Côte d'Ivoire, le manque de données bactériologiques justifie cette étude visant à actualiser les connaissances locales pour améliorer la prise en charge.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur une période de 05 ans allant du 1er septembre 2016 au 31 août 2021 qui s'est déroulée au sein du service de Pneumologie du CHU de Cocody, en hospitalisation. Etaient inclus dans l'étude tous dossiers de patients ayant été hospitalisés pendant la période d'étude pour une pleurésie purulente et ayant bénéficié d'une recherche bactériologique.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 40,3 ± 13,4 ans (19 à 68 ans). La majorité était de sexe féminin à 70,6 % avec une sex-ratio de 0,42. Près de 44,1 % des hospitalisations provenaient d'un autre service du CHU et 20,6 % de l'unité de consultation de pneumologie. La dyspnée constituait le principal

motif d'admission dans 38,2 %. Le tabagisme était présent chez 50 %, la tuberculose (n=3) et le VIH chez 8,8 % chacun. Dans 79,4 % des cas, les symptômes respiratoires étaient chroniques. Tous présentaient un syndrome infectieux. Une anémie à 79,4 % et une hyperleucocytose à 61,8 % étaient fréquentes. La culture microbienne était positive chez 5,9 %, isolant *Klebsiella pneumoniae* à 50 % et *Pseudomonas aeruginosa* à 50 %. Les germes n'étaient pas associés. Le traitement antibiotique était majoritairement une bithérapie à 85,3 % dominée par les pénicillines A à 75 % et les fluoroquinolones à 65,6 %. L'issue était favorable dans 70,6 %, avec 5,9 % de décès. Aucun facteur (germe, culture positive, antécédents) n'était associé à la mortalité en analyse multivariée.

Conclusion : Notre étude montre une prédominance féminine, un retard de prise en charge, un faible rendement microbiologique et des bacilles Gram négatifs, compliquant le traitement en ressources limitées.

Mots-clés : Pleurésie purulente, Bactériologie, Cocody.

Abstract

Introduction: Purulent pleurisy, a serious complication of infectious origin, progresses in three phases and requires early diagnosis and appropriate antibiotic therapy. In Côte d'Ivoire, the lack of bacteriological data justifies this study, which aims to update local knowledge in order to improve care.

Methodology: This was a retrospective descriptive and analytical study covering a five-year period from September 1, 2016, to August 31, 2021, conducted in the Pulmonology Department of the Cocody University Hospital, inpatients. The study included all patient records of individuals who were hospitalized during the study period for purulent pleurisy and who underwent bacteriological testing.

Results: The average age of patients was 40.3 ± 13.4 years (range 19 to 68 years). The majority were female (70.6%), with a sex ratio of 0.42. Nearly 44.1% of hospitalizations came from another department of the university hospital and 20.6% from the pulmonology consultation. Dyspnea was the main reason for admission in 38.2% of cases. Smoking was present in 50%, tuberculosis and HIV in 8.8% each. In 79.4% of cases, respiratory symptoms were chronic. All presented with an infectious syndrome. Anemia was present in 79.4% and hyperleukocytosis in 61.8% of cases. Microbial culture was positive in 5.9%, isolating *Klebsiella pneumonia* in 50% and *Pseudomonas aeruginosa* in 50%. The germs were not associated. Antibiotic treatment was mainly dual therapy in 85.3% of cases, dominated by penicillins A in 75% and fluoroquinolones in 65.6%. The outcome was favorable in 70.6%, with 5.9% of deaths. No factor (germ, positive culture, history) was associated with mortality in multivariate analysis.

Conclusion: Our study shows a predominance of females, delayed treatment, low microbiological yield, and Gram-negative bacilli, complicating treatment in resource-limited settings.

Keywords: Purulent pleurisy, Bacteriology, Cocody.

Introduction

La pleurésie purulente, ou empyème pleural, se définit comme une collection de pus dans la cavité pleurale, résultant majoritairement d'une surinfection bactérienne d'une pneumonie communautaire ou nosocomiale. Plus rarement, elle peut survenir par dissémination hémotogène, ou à la suite d'un traumatisme thoracique ou d'un geste médico-chirurgical invasif [1]. Malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques, elle reste associée à une morbidité significative et à une mortalité non négligeable dans certaines séries hospitalières [2].

Sur le plan physiopathologique, l'évolution de l'empyème pleural est classiquement triphasique à savoir une phase exsudative initiale caractérisée par un épanchement stérile ; une phase fibrino-purulente avec prolifération bactérienne et formation de cloisons fibrineuses ; puis une phase d'organisation marquée par l'apparition de membranes fibroniques encapsulant le poumon, rendant sa ré expansion difficile [2]. Le diagnostic repose sur une approche combinée : évaluation clinique, imagerie thoracique (échographie pleurale, tomodensitométrie), et analyse cytot bactériologique du liquide pleural [3].

La prise en charge optimale repose sur l'identification rapide de l'agent pathogène en cause, ainsi que sur la connaissance actualisée du profil de résistance bactérienne locale, afin de guider une antibiothérapie empirique ciblée.

En Côte d'Ivoire, comme dans la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest, les données récentes relatives au profil bactériologique des pleurésies purulentes demeurent limitées. Cette carence souligne la nécessité d'une mise à jour des connaissances locales, essentielle pour affiner les protocoles thérapeutiques et améliorer le pronostic des patients. C'est dans cette optique que nous avons mené cette étude avec comme objectif principal de déterminer les caractéristiques bactériologiques locales des pleurésies purulentes dans notre service.

Méthodologie

Type et période de l'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur une période de 05 ans allant du 1er septembre 2016 au 31 août 2021.

Lieu et population d'étude

Cette étude s'est déroulée au sein du service de Pneumologie du CHU de Cocody, à Abidjan en Côte d'Ivoire. Nous avons inclus dans l'étude tous dossiers de patients ayant été hospitalisés pendant la période d'étude dans le service de Pneumologie pour une pleurésie purulente et ayant bénéficié d'une recherche bactériologique. Nous avons exclu tout patient ayant un dossier incomplet ou ayant reçu un traitement antituberculeux.

Déroulement de l'étude

Pour la réalisation de ce travail, nous avons consulté les registres et dossiers des patients hospitalisés dans le service de Pneumologie du CHU de Cocody durant la période d'étude. Pour les aspects bactériologiques

nous avons consulté la base de données de l'Institut Pasteur de Cote d'Ivoire. Les données relatives à chaque patient ont été recueillies sur une fiche individuelle informatisée.

Les variables d'étude

Les variables étudiées concernaient les caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, profession, situation matrimoniale, la provenance et les facteurs favorisants), les caractéristiques bactériologiques (espèces bactériennes et profil de sensibilité aux antibiotiques, et l'évolution.

Traitement et analyse statistique des données

Les variables qualitatives ont été présentées sous la forme d'un pourcentage et les variables quantitatives sous la forme de moyenne. La saisie des données, le traitement et l'analyse ont été faits à base du logiciel EPI INFO. Le test exact de Fisher a été utilisé, avec une significativité retenue pour $p \leq 0,05$. Cette étude a été faite selon les principes de la Déclaration d'Helsinki.

Résultats

• Caractéristiques sociodémographiques des patients

Tableau I: Répartition selon caractéristiques socio-démographiques des patients.

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif	Pourcentage (%)
Sexe (n=34)		
Masculin	10	29,4
Féminin	24	70,6
Profession (n=34)		
Agent administratif privé	1	2,9
Autres	1	2,9
Elève	3	8,8
Etudiant	1	2,9
Fonctionnaire	5	14,7
Sans emploi	6	17,6
Secteur informel	17	50

L'âge moyen des patients était de $40,29 \pm 13,37$ ans avec des extrêmes allant de 19 et 68 ans. Les patients étaient majoritairement de sexe féminin à 70,6% avec une sex-ratio de 0,42. Pour ce qui est de la profession, la moitié des sujets soit 50% travaillait dans le secteur informel.

- **Caractéristiques cliniques**

Tableau II : Répartition selon les caractéristiques cliniques des patients

	Effectif	Pourcentage (%)
Provenance		
Hors du CHU	1	2,9
Autre service du CHU	15	44,1
Consultation PPH	7	20,6
Urgences médicales	11	32,4
Motif d'admission		
Douleur thoracique	10	29,4
Détresse respiratoire	3	8,8
Dyspnée	13	38,2
Infection pulmonaire	1	2,9
Pleurésie	6	17,6
Toux productive	1	2,9
Antécédents médicaux et mode de vie		
Tuberculose	3	8,8
Pneumopathie bactérienne	1	2,9
Asthme	2	5,8
VIH	3	8,8
Tabagisme	17	50
Mode d'évolution des signes		
Aigue	7	20,6
Chronique	27	79,4

Les patients hospitalisés provenaient dans 44,1% d'un autre service du CHU. Les patients provenant des urgences médicales étaient en deuxième position à 32,4% suivi de ceux provenant de la consultation PPH à 20,6%. La majorité des patients avaient pour motif d'admission la dyspnée dans 38,2%. Le tabagisme était retrouvé chez 50% des patients et 8,8% avait un antécédent de tuberculose. 8,8% avaient une infection VIH. La symptomatologie respiratoire évoluait dans 79,4% sur un mode chronique. Un syndrome infectieux était présent chez tous les patients.

• **Caractéristiques biologiques et profil bactériologique**

Tableau III : Répartition selon les caractéristiques biologiques et le profil bactériologique

	Effectif	Pourcentage (%)
Aspect biologique (n=34)		
Anémie	27	79,4
Hyperleucocytose	21	61,8
Trouble hydroélectrolytique	13	50
Thrombocytose	4	11,8
Créatininémie	6	18,7
Leucopénie	2	5,9
ALAT élevé (sup 3N)	3	9,7
ASAT élevé (sup 3N)	3	9,7
Culture microbienne (n=34)		
Culture négative	32	94,1
Culture positive	2	5,9
Positivité des cultures en fonction de la nature du prélèvement (n=2)		
Expectorations	1	11,1
Liquide pleural	1	4,2
Répartition globale des espèces (n=2)		
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	50
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	50
Répartition des germes selon leur famille (n=34)		
Entérobactéries	1	50
BGN non fermentaires	1	50
Profil de résistance des entérobactéries (n=1)		
NAL	1	100
NOR	1	100
TIC	1	100
AMC	1	100
SUL	1	100
CXM	1	100

La majorité des patients avaient une anémie à 79,4% et une hyperleucocytose à 61,8%. Sur le plan bactériologique, la culture microbienne était positive chez 2 Patients uniquement (5,9%). Chez les patients ayant bénéficié de la culture du liquide pleural, 4,2% était contributif. Les germes isolés étaient n'étaient pas en association. Il s'agissait du *Klebsiella pneumoniae* dans 50% (n=1) et du *pseudomonas aeruginosa* dans 50% (n=1). Le BGN non fermentaires (*Pseudomonas* +++) n'était pas résistant. Par contre, l'entérobactérie était résistante à certaines molécules

- **Caractéristiques thérapeutiques et devenir des patients**

Tableau IV : Répartition selon les Caractéristiques thérapeutiques et devenir des patients

	Effectif	Pourcentage (%)
Association d'antibiothérapie (n=34)		
Bithérapie	29	85,3
Monothérapie	3	8,8
Pas d'antibiotiques	2	5,8
Nature de l'antibiothérapie probabiliste (n=32)		
Péni A	24	75
C3G	3	9,4
Aminosides	1	3,1
Macrolides	1	3,1
Fluoroquinolones	21	65,6
Devenir des patients (n=34)		
Décès	2	5,9
Exéat et suivi en externe	24	70,6
Guérison	7	20,5
Transfert chirurgie thoracique	1	2,9

En ce qui concerne le traitement des patients, les antibiotiques étaient utilisés en bithéraie à 85,3% ; en monothérapie chez 8,8% et 5,8% des patients n'avaient pas d'antibiotiques. Cette antibiothérapie était faite de péni A dans 75% (n=24), Fluoroquinolones dans 65,6% C3G dans 9,4%, aminosides et macrolides respectivement dans 3,1% de cas. L'évolution était marquée par une mise en exéat et un suivi en externe pour 70,6% des patients. La guérison est notifiée chez 20,5%, le décès chez 5,9%et le transfert en chirurgie thoracique chez 2,9%.

- **Analyse multivariée**

En analyse multivariée, on ne notait pas d'association entre le type de germe retrouvé et la mortalité (p=0,936) La positivité de la culture n'était pas non plus associée à la mortalité(p=0,716), ni les antécédents médicaux(p=0,149).

Discussion

Cette étude présente des limites du fait que la période d'étude inclue la période de pandémie à covid. En effet, il y a eu une période de confinement qui a pu influencer les modalités de recours réduisant les hospitalisations. Notre série présente un âge moyen de $40,29 \pm 13,37$ ans (extrêmes : 19–68 ans), ce qui situe les patients dans un intervalle d'âge souvent décrit dans les études africaines d'empyème, bien que la littérature mette fréquemment l'accent sur des populations plus âgées ou plus jeunes selon les contextes. La prédominance féminine (70,6 %) dans notre cohorte est peu conforme aux tendances rapportées dans d'autres terrains, où les

hommes sont généralement majoritaires [4,5]. Cette inversion peut refléter des biais locaux d'accessibilité aux soins ou des particularités socio-culturelles. Le fait que la moitié des patients exerçait une activité dans le secteur informel souligne le lien entre vulnérabilité sociale et délai de prise en charge. La provenance hospitalière avec notamment, 44,1 % des patients transférés d'autres services, 32,4 % venus des urgences, et 20,6 % de la consultation pneumologique suggère des retards de diagnostic ou de référencement. Ce phénomène est fréquemment rapporté dans les milieux à ressources limitées, où le maillage de soins et la sensibilisation sont variables. Gro Bi [5] constate en population pédiatrique que 61% des patients ayant une pleurésie purulente ont consulté plus de 2 fois avant leur admission au CHU de Cocody. Dje Bi [4] remarque lui aussi en 2024 qu'à Bouaké, 54% des patients avaient consulté dans au moins deux centres de santé avant d'être référés au CHU de Bouaké. Le motif principal d'admission, la dyspnée (38,2 %), est cohérent avec la littérature de l'empyème thoracique, pour laquelle la détresse respiratoire est un symptôme pivot. Par exemple, dans une série ghanéenne pédiatrique, la dyspnée était systématique à l'admission [6]. La fréquence du tabagisme (50 %) et la prévalence de l'infection VIH (8,8 %) dans notre série appuient l'idée d'une immunodépression relative favorisant la survenue d'infections sévères. L'antécédent tuberculeux (8,8 %) mérite également d'être souligné dans notre contexte africain où la tuberculose est endémique. Une étude menée par Samaké K et al [7] en 2024 avait rapporté que le terrain VIH (42,18%) était la principale comorbidité retrouvée, tabagisme (24%) venant en troisième position après la tuberculose (38,1%). Bien que le terrain VIH soit en tête en ce qui concerne l'ensemble des pathologies pulmonaires, notre étude quant à elle note que lorsqu'on est restreint aux pleurésies non tuberculeuses, le tabagisme vient en première position. Le mode évolutif chronique (79,4 %) chez la majorité des patients dénote un délai prolongé avant intervention, favorisant l'installation de phases fibrineuses ou organisées de l'empyème, ce

qui complique la gestion ultérieure. Dje Bi et al, [4] avaient retrouvé 42,2% des patients de sa série, qui avaient consulté entre 2 et 3 semaines après le début des symptômes. Ce retard de prise en charge dans notre pays serait le reflet de notre population à revenu modeste et ayant un accès aux soins réduit. Cette accessibilité s'est sans nul doute améliorée par l'avènement et l'effectivité de la Couverture Maladie Universelle en Côte d'Ivoire depuis 2020. Sur le plan biologique, la prédominance d'un syndrome infectieux dans notre cohorte illustrée par une anémie dans 79,4 % des cas et une hyperleucocytose dans 61,8 % est en accord avec les données de terrain africaines. Par exemple, dans une série de 136 enfants maliennes atteints de pyothorax, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles a été rapportée dans 86,6 % des cas [8]. De même, dans une étude pédiatrique sénégalaise sur 42 cas de pleurésie purulente, le taux d'hémoglobine moyen était de 9,16 g/dl traduisant la forte prévalence d'anémie dans ce contexte [9]. Ces anomalies biologiques non spécifiques de l'empyème thoracique mais corrélées à une prise en charge tardive ou à une forme évoluée doivent être interprétées comme des marqueurs secondaires de gravité plutôt que comme des indicateurs pronostiques isolés. Un constat majeur dans notre série est la faible proportion de cultures positives (5,9 % des patients), et un rendement contributif de seulement 4,2 % pour les cultures du liquide pleural. Ces taux sont bien inférieurs à ceux rapportés dans de nombreuses études mondiales. Certaines études telle que celle de Diallo en Guinée-conakry [10] a révélé une culture positive dans 73,2% des patients. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le faible taux de positivité des cultures observé dans notre série. L'un des plus déterminants serait l'administration préalable d'antibiotiques, souvent initiée avant le prélèvement du liquide pleural, ce qui réduit significativement la viabilité bactérienne et compromet le rendement microbiologique. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que l'empyème étant une urgence thérapeutique qui requiert la mise en route d'une antibiothérapie probabiliste sans délai. De plus la plupart de nos

patients proviennent de divers services dans 44,1% et ayant probablement déjà reçu une antibiothérapie avant leur hospitalisation. Dans une étude menée au Nigeria, un nombre important de patients présentaient des cultures stériles, probablement en lien avec une antibiothérapie empirique répétée avant le prélèvement [11]. D'autres éléments interviennent également, notamment la qualité du prélèvement, les délais de transport, les conditions de conservation des échantillons, ainsi que les capacités techniques limitées des laboratoires de microbiologie dans les contextes à ressources restreintes. Dans le contexte ouest-africain, une étude au Nigeria (Calabar) portant sur 105 empyèmes thoraciques a rapporté un taux de positivité de 43,8 % (46 sur 105 échantillons), la majoration était nettement en faveur des Gram négatifs, *Klebsiella pneumoniae* étant l'isolat prédominant [11]. Cette performance contraste fortement avec notre série, mais résulte sans doute d'une meilleure infrastructure ou d'une collecte plus standardisée.

Dans notre étude, les seuls germes isolés étaient *Klebsiella pneumoniae* (50 %) et *Pseudomonas aeruginosa* (50 %). Le *Pseudomonas* isolé ne présentait pas de résistance significative, tandis que l'entérobactérie (*Klebsiella*) était résistante à certaines molécules, suggérant l'existence de souches résistantes localement. Le profil dominé par des bacilles Gram négatifs non fermentaires est plus typique des infections nosocomiales ou des contextes de soins prolongés, et moins caractéristique des formes communautaires classiques d'empyème. Cependant en Guinée, Camara et al, avaient retrouvé *Klebsiella pneumonia* 14,3% des cas, *Hemophilus influenza* 11,4%, *Staphylococcus aureus* 8,5%, Pneumocoque 2,8%, *Proteus mirabilis* 2,8%, *Pseudomonas aeruginosa* 2,8%[12].

Ces résultats étaient différents de ceux trouvés par Elhamdaoui L et al. au Maroc, qui avaient rapporté 12% de cas de pneumocoque, 7% de streptocoque, 4% Bacille à Gram Négatif et 2% *Pseudomonas aeruginosa* [13]. Cette distribution hétérogène des germes d'un pays à un autre mérite une étude

des résistances locales observées afin d'adapter l'antibiothérapie probabiliste aux réalités de chaque pays.

En effet une étude malienne sur les entérobactéries résistantes dans les épanchements pleuraux quant à elle, révèle une résistance marquée aux β -lactames, avec 33,6 % de souches ESBL et présence de gènes blaNDM-1. Cela suggère une forte probabilité de souches multirésistantes. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* et *Proteus mirabilis* étaient les principaux germes [14].

Une méta-analyse réalisée en Afrique subsaharienne, confirme ces tendances et résistances modérées aux carbapénèmes [15]. Ces données montrent que notre profil bactérien local, bien que limité en nombre, s'inscrit dans les tendances observées dans la sous-région c'est à dire la montée des entérobactéries et des bacilles Gram négatifs multirésistants. Le fait que *Pseudomonas aeruginosa* isolé ici ne soit pas résistant est encourageant, mais pourrait simplement refléter la taille modeste de notre échantillon plutôt que l'absence de résistance dans la population. Dans notre série, l'antibiothérapie a été administrée majoritairement en bithérapie (85,3 %), la monothérapie étant utilisée chez 8,8 %, et 5,8 % des patients n'ont pas reçu d'antibiotique initial. Le recours fréquent aux pénicillines A (75 %) et aux fluoroquinolones (65,6 %) est notable, les Céphalosporines de 3^{ème} génération, aminosides et macrolides étaient peu employés (9,4 %, 3,1 % et 3,1 % respectivement). Cette stratégie reflète l'intention de couvrir un spectre large devant l'incertitude microbiologique. Quant à l'issue, 70,6 % des patients ont pu sortir en suivi ambulatoire, 20,5 % ont été déclarés guéris, 5,9 % sont décédés, et 2,9 % ont été transférés en chirurgie thoracique. Le taux de mortalité de 5,9 % est relativement modeste comparé à des séries africaines plus anciennes ou dans des milieux à ressources limitées. En comparaison, une étude à Kinshasa rapportait une mortalité hospitalière globale de 30 %, avec les germes les plus fréquents *K. pneumoniae* et *P. aeruginosa* [16]. Le contraste pourrait résulter de différences dans les populations,

ou dans les stades de gravité. L'absence de corrélation significative entre le type de germe ou la positivité de la culture et la mortalité observée dans notre série peut s'expliquer par le très faible nombre de patients avec culture positive (n = 2), limitant ainsi la puissance statistique de l'analyse multivariée. Par ailleurs, dans les contextes à ressources limitées, la mortalité est souvent davantage influencée par des facteurs non microbiologiques tels que le statut immunitaire du patient, le délai de drainage, les comorbidités, ou encore la gravité initiale du tableau clinique. Une étude menée au Nigeria a mis en évidence que la positivité des cultures n'était pas un facteur indépendant de mauvais pronostic, la mortalité étant plutôt associée à la présentation tardive et à la durée des symptômes avant prise en charge les comorbidités, ou encore la gravité initiale [11].

Conclusion

Notre étude révèle une prédominance féminine inhabituelle, un retard fréquent de prise en charge et un faible rendement microbiologique, probablement lié à l'antibiothérapie précoce. Le profil bactérien dominé par des bacilles Gram négatifs et les comorbidités telles que le tabagisme soulignent les défis diagnostiques et thérapeutiques des empyèmes dans les contextes à ressources limitées. Il urge de réaliser des études multi-centrique afin de déterminer l'écologie bactériennes et les résistances afin d'adapter l'antibiothérapie probabiliste.

*Correspondance :

DJEBETON Alitondé Eudoxie

eudoxie.djegbeton@yahoo.fr

Disponible en ligne : 22 Septembre 2026

1 : Service de pneumologie, CHU de Cocody, Abidjan Côte d'Ivoire,

2 : UFR Sciences Médicales Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Hassan M, Patel S, Sadaka AS, Bedawi EO, Corcoran JP, Porcel JM. Recent insights into the management of pleural infection. *Int J Gen Med.* 2021;14:3415-29. doi:10.2147/IJGM.S292705.
- [2] Abdullelah M, Abu Hishmeh M. Infective pleural effusions: a comprehensive narrative review article. *Clin Pract.* 2024;14(3):870-81. doi:10.3390/clinpract14030068.
- [3] Letheulle J, Kerjouan M, Bénézit F, De Latour B, Tattevin P, Piau C, et al. Les épanchements pleuraux parapneumoniques: épidémiologie, diagnostic, classification, traitement. *Rev Mal Respir.* 2015;32(4):344-57. doi:10.1016/j.rmr.2014.12.001.
- [4] Dje Bi IH, Diabate TP, Yeo L, Toh Bi Y, et al. Itinéraire thérapeutique et évolution des empyèmes thoraciques à Bouaké. *Health Res Afr.* 2024;2(9):67-72.
- [5] Gro Bi AM, Mansou A, Angan G, et al. Profil des pleurésies purulentes dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody. *RAMUR.* 2021;26(2):34-41.
- [6] Kwarteng Owusu S, Owusu SA, Ofori Nyarko O, Owusu RK, Mahama H, Adjetey ND, et al. Retrospective review of empyema and parapneumonic effusions in hospitalized children in Ghana. *J Pan Afr Thorac Soc.* 2023;4(3):131-6.
- [7] Samaké K, Bakayoko I, Koné Z, et al. Causes et facteurs associés au décès des patients dans le service de pneumologie à Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Funct Vent Pulm.* 2024;15(46):19-25. doi:10.12699/jfvpulm.15.46.2024.19.
- [8] Sissoko B, Soumaré D, Ouattara K, Baya B, Kanouté

T, M'Baye O, et al. Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des pleurésies purulentes au service de pneumo-phthisiologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G. *Rev Mal Infectiol Microbiol*. 2016;6:22-7.

G, Mbala E, Muanda G. Devenir de la prise en charge des pleurésies purulentes: une étude de cohorte rétrospective aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. *Ann Afr Med*. 2025;18(4):e6441. doi:10.4314/aamed.v18i4.12.

- [9] Basse I, Seck N, Thiam L, Boiro D, Ndong A, Sow A, et al. Purulent pleurisy of children: about 42 cases in Senegal. *Int J Infect Dis Ther*. 2021;6(1):1-5. doi:10.11648/j.ijidt.20210601.11.
- [10] Diallo OH, Diallo BD, Kante AO, et al. Profils épidémiologique et bactériologique des pleurésies purulentes non tuberculeuses. *Rev Mal Respir*. 2024;16(1):143-4.
- [11] Alioke II, Edaigbini SA, Delia IZ, Etiuma AU. Prognostic factors in the management of empyema thoracis in Northern Nigeria. *J West Afr Coll Surg*. 2022;12(4):75-81. doi:10.4103/jwas.jwas_157_22.
- [12] Camara MH, Camara LM, Touré D, Tall M, Camara A, Bah TM. Pleurésies purulentes: profil épidémiologique, étiologique et thérapeutique au service de pneumophtisiologie de l'hôpital national Ignace Deen. *Guinée Médicale*. 2022;104(4):19-24.
- [13] Elhamdaoui L, Jabri H, Najah L, Elkhatabi W, Afif H. Écologie bactérienne des pleurésies purulentes. *Rev Mal Respir Actual*. 2020;12(1):240. doi:10.1016/j.rmra.2019.11.536.
- [14] Kalambry AC, Potindji TMF, Guindo I, Kassogué A, Drame BSI, Togo S, et al. ESBL and carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in infectious pleural effusions: current epidemiology at Hôpital du Mali. *Drug Target Insights*. 2023;17:92-100. doi:10.33393/dti.2023.2613.
- [15] Da L, Somé D, Yehouenou C, Somé C, Zoungrana J, Ouédraogo SA, et al. État des lieux de la résistance aux antibiotiques en Afrique subsaharienne: état actuel de la résistance aux antibiotiques en Afrique subsaharienne. *Med Mal Infect Form*. 2023;2(1):3-12. doi:10.1016/j.mmifmc.2023.01.003.
- [16] Filaka AM, Ndonga Nzomvuama A, Bolie

Pour citer cet article

AE Djegbeton, A Kone, N Mobio, C Kouakou, BW Kouraogo, NB Koffi. Profil clinique et bactériologique des pleurésies purulentes au service de pneumologie CHU de Coccody. *Jaccr Africa* 2026; 10(3): 129-138
<https://doi.org/10.70065/26103.jaccrAfri.005L022209>