

Complications infectieuses des toxicomanes

J GIL DUARTE¹

L'abus de consommation de drogues est un problème social très grave, non seulement par ses couts élevés, mais aussi par sa relation avec autres maladies sociaux comme la criminalité et la prostitution.

En ce qui concerne la situation sanitaire elle est aussi très grave, si on pense dans l'atteinte physique et psychologique.

Dans la plupart des pays de la Communauté Européenne ont continue a observer une croissance de la consommation de drogues. Dans quelques pays tels que le Royaume Uni, l'Irlande et la France sont rapportés des consommations de cannabis entre 15 et 20 % de la population de jeunes adultes, relativement à la consommation récent de drogues, ça veut dire, la consommation rapporté aux derniers 12 mois.

Les taux de prevalence de la consommation problematique de drogues, ça veut dire, l'usage de drogues par voie intraveineuse ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne ou d'amphetamines, est surtout élevé au Portugal, Italie, Luxembourg et Royaume-Uni, qui comptent entre 5 et 8 usagers à problème pour 1000 habitants, de 15 a 64 années.

Le modèle de consommation de drogues est variable selon les regions, surtout rapporté avec l'accès. Au Portugal, les dérivés de cannabis, heroine, cocaïne et ecstasy sont les plus consommées, mais il y a une tendance actuelle pour la consommation de plusieurs drogues.

Les infections sont complications frequentes chez le toxicomane, en particulier les pulmonaires.

Il y a une prédisposition conditionée par des divers facteurs en ce groupe: les mauvais conditions d'habitation et l'action de drogues comme les opiacés qui peuvent conditionner des alterations de la conscience qui amènent à l'aspiration d'aliments et d'agents infectieux. Dans les cas d'administration intraveineuse Il y a plus infections locaux, avec atteinte d'autres organes.

Le mecanisme d'action des drogues conduit aussi a des deficits des défenses immunitaires et mecaniques, qui favorisent les infections.

La inalation de certaines drogues comme le cannabis ou la cocaïne, plusieurs fois associée a l'ingestion abusif d'alcool et à l'action du tabac, amènent à differents alterations des défenses. Les substances innalées derrangent l'estrutures et fonction cilliaires ammenant aussi des alterations dans la fonction de certaines cellules qui reglent le système immunitaire. On pense, ainsi que l'inhalation de marijuana conditionne l'action immunodepressive sur les macrophages, les cellules "natural Killer" et les cellules T. Aussi la cocaïne a une action depressive sur la fonction du macrophage.

Quand on utilise la route intraveineuse, peuvent survenir aussi des alterations de l'immunité humoral et cellulaire.

Les principaux infections respiratoires rencontrées chez les toxicomanes sont:

- La pneumonie de la communauté
- La pneumonie d'aspiration
- L'abcès pulmonaire
- Les embolies pulmonaires septiques
- L'empyème

¹Assistente Hospitalar de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente, Lisbonne, Portugal.

Plusieurs publications ont prouvé une incidence plus élevée des pneumonies de la communauté chez les toxicomanes que chez la population générale.

Les agents infectieux et les manifestations cliniques ne sont pas très différents, quand on compare avec les personnes qui ne consomment pas des drogues.

La pneumonie d'aspiration et l'abcès pulmonaire se présentent dans la séquence des altérations de la conscience qui peuvent s'observer quand on utilise des drogues et aussi quand il y a détérioration dentaire et altérations des réflexes de la toux, à cause des drogues.

La clinique est évocatrice quand on trouve fièvre et des altérations respiratoires, qui amènent à réaliser une radiographie de thorax. Parfois il y a seulement des altérations de la condition générale pendant semaines et peut-être sans signes respiratoires.

L'aspect radiologique est d'infiltrat avec cavitation ou pas ou bien un abcès d'un segment pulmonaire.

Les principaux agents étiologiques responsables sont les anaérobies et, parfois, à gram-négatif; cependant, les infections polymicrobiennes sont fréquentes.

L'empyème s'origine par extension directe à la plèvre de la pneumonie, d'un embolie septique ou abcès ou par dissémination hématoxène d'un foyer d'infection lointain.

Il ya encore des très rares situations de pyopneumothorax dues à divers tentatives de ponction de veine jugulaire interne, qui peuvent provoquer lacération pulmonaire.

Les embolies pulmonaires septiques sont graves complications et très caractéristiques chez ce groupe de malades. Elles sont secondaires à des phlébites septiques ou à endocardites tricuspides.

Le Staphylocoque doré est l'agent plusieurs fois responsable, mais on doit tenir en compte les autres: streptocoque spp, gram négatifs et les agents qui causent les mycoses. Quelques fois la responsabilité est de multiples agents.

La clinique est généralement de fièvre, détérioration de la condition générale, douleur thoracique et hémoptysies. La fièvre est un signe très fréquente et quand elle apparaît isolée, associée à un toxicomane de drogues intra-veineuses, on doit tenir en compte une possible endocardite. L'auscultation cardiaque est souvent normale, mais parfois on peut découvrir un souffle d'insuffisance tricuspide.

La radiographie du thorax est évocatrice, avec une séquence d'opacités rondes multiples suivies de cavitations et le diagnostic est établi par échocardiogramme et la confirmation de l'agent par hémocultures qui sont habituellement positives.

L'infection liée au virus d'immunodéficience humaine (VIH) est fortement associée au problème de la toxicomanie intraveineuse, mais aussi avec les habitudes sexuelles chez ce groupe.

Au Portugal les toxicomanes sont le principal groupe de risque pour le SIDA, avec la pourcentage de 51,9% des situations de SIDA pendant 2001, d'accord avec le Rapport du Centre de Vigilance Épidémiologique.

L'abordage clinique du toxicomane avec infection VIH est plus difficile: d'une part il est nécessaire un meilleur support psycho-social, avec la collaboration d'équipes multidisciplinaires; d'autre part, les manifestations cliniques se ressemblent, ce qui rend plus difficile l'abordage.

L'infection liée au VIH est principalement une altération immunitaire des cellules T, mais l'immunité humorale est aussi altérée: Les lymphocytes CD4 régulent la différenciation des cellules B, avec une action indirecte sur la production d'anticorps et la phagocytose. Ainsi, il y a une prédisposition du malade pour les infections bactériennes par germes capsulés. (*Streptococcus pneumoniae* et *haemophilus influenzae*). De cette façon on vérifie un accroissement expressif des infections bactériennes chez les malades VIH positifs.

En plus de ce fait, plusieurs études prouvent un accroissement de l'incidence de pneumonies chez les toxicomanes, quand on compare avec les au-

tres groupes de risque.

En règle general, les pneumonies se developpent chez les malades immunodeprimés depuis longtemps, mais elles peuvent émerger plus précocement.

La bacteriémie est aussi plus fréquente chez ce groupe de malades.

Les principaux agents responsables par la pneumonie de la communauté chez les malades infectés par le VIH sont le *Streptococcus pneumoniae*, *haemophilus influenzae* et le *Staphilococcus aureus*. Un autre agent possiblement impliquée dans les patients profondément immunodeprimés avec pneumonie de la communauté récurrente est la *Pseudomonas aeruginosa*.

On peut voir les infections opportunistes plus tard, au cours de la progression de la maladie, généralement quand les niveaux de CD4 descendent.

Il n'y a pas pratiquement des différences en ce qui concerne les agents étiologiques, les manifestations cliniques et le traitement des infections pulmonaires opportunistes chez les toxicomanes liés au VIH, quand on compare avec les autres groupes de patients affectés du SIDA.

Il faut tenir en compte le diagnostique différentiel non seulement avec les complications du SIDA, mais aussi avec les complications non infectieuses liées à la toxicomanie, ce qui rend le diagnostique définitif parfois très difficile.

Tout de suite j'irai présenter quelques données relatifs aux patients dans notre Hôpital.

On a obtenu ces données du Service de Statistique du Hôpital de Pulido Valente, qui se rapportent aux diagnostiques d'issue des patients admis dans le Département de Pneumologie dans le période compris entre 01/01/2000 et 31/03/2002 et qui avaient aussi le diagnostique de toxicomanie.

Pendant ce temps le numéro d'admissions (146) se rapporte à 121 malades; la plupart de ces malades appartenaient au sexe masculin (96 malades – 79,3%) et seulement 25 (20,7%) au féminin, étant l'âge moyenne de 35,7 + 7,6 années.

Quand on analyse les diagnostiques d'issue, la

pathologie prépondérante était la tuberculose, en 53,4% des admissions, suivie des pneumonies avec 26% des admissions, la plupart d'étiologie bactérienne (16,4%) et attribuable au *Pneumocystis carinii* en 9,6% des situations (Table I).

TABLE I

Diagnostiques des patients toxicomanes admis entre
01/01/2000 et 31/03/2002

	n	%
Tuberculose	78	53.4%
Pneumonie	38	26.0%
Pneumonie <i>Pn. carinii</i>	1	49.6%
Embolies pulmonaires septiques	4	2.7%
Abcès pulmonaire	1	0.7%
Bronchite aigue	4	2.7%
Bronchectasies	4	2.7%
Bronchiolite	2	1.4%
Patologie non-infectieux	15	10.3%
VIH +	87	71.9%

D'autres pathologies infectieuses telles que les embolies pulmonaires septiques et l'abcès pulmonaire, ne furent pas significatives.

Se détache la pourcentage élevée du diagnostique de l'infection liée au VIH correspondant à 71,9% des patients.

Quand on analyse l'ensemble des numéros, on peut voir que la pathologie infectieuse dans sa totalité, a justifié les admissions de 89,7% des situations, tandis que la pathologie infectieuse non tuberculose dans une pourcentage de 36,3%.

Seulement en 10 % des cas, la pathologie non infectieuse fut responsable des admissions.

Maintenant nous pouvons comparer ces numéros avec les résultats d'un étude comprenant 60 patients q'on a fait en 1993. Ces 60 patients se rapportaient à 67 admissions dans le Département de Pneumologie du Hôpital de Pulido Valente depuis 01/01/1990 jusqu'à 31/12/1992.

La plupart des patients étaient du sexe masculin (87,3%) et l'âge moyenne était 26,7 années.

TABLE II
Diagnostiques comparatives entre les études de 1993 et 2002

1993	n= 67	%	2002	n=146	%
Tuberculose	31	46.3%	Tuberculose	78	53.4%
Pneumonie	19	28.4%	Pneumonie	38	26.0%
Pneumonie <i>Pn. car.</i>	2	3%	Pneumonie <i>Pn. Car.</i>	14	9.6%
Embolies pulmonaires septiques	1	1,5%	Embolies pulmonaires septiques	4	2.7%
Empyème	2	2,9%	Abcès pulmonaire	1	0.7%
			Bronchite aigue	4	2.7%
			Bronchectasies	4	2.7%
			Bronchiolite	2	1.4%
Pathologie non-infectieuse	14	20.9%	Pathologie non-infectieuse	15	10.3%
VIH+	13/48	27.1%	VIH+	87	71.9%

Chez le groupe de patients de l'étude de 1993 on a trouvé un pourcentage semblable de pneumonies (28,4%), mais seulement en deux situations (3%) on a fait le diagnostic de pneumonie par *Pneumocystis carinii* (Table II).

Le diagnostic de tuberculose a été établi en 46,3 % des patients et la pathologie non infectieuse en 20,9 % des malades .

On a détecté une infection liée au VIH en 27,5 % des patients évaluées.

Nous pensons pouvoir conclure que la pathologie infectieuse est la responsable pour la majorité des admissions et quant aux numéros de 1993, la principale différence est un accroissement significatif des malades infectés par le VIH, qui conduit à l'élévation de l'incidence de pneumonies opportunistes et probablement des cas de tuberculose.

COPD: Transplantation or volume reduction surgery

FRANCISCO CEREZO MAQUEÑO

Emphysema is defined in anatomic terms as enlargement of alveoli and destruction of their walls, causing them to become confluent and to form grossly oversized air spaces. Emphysema is usually distinguished from chronic bronchitis, the other form of chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Expiratory air flow obstruction occurs late in the course of the disease and is reflected in decrements of the forced expiratory volume in one second (FEV₁), when this value falls below 30% of the

predicted normal value, the survival rate is approximately 87% at 1 year, 72% at 2 years and 59% at 3 years¹.

Medical therapy may reduce symptoms, slow disease progression, and improve survival, but it can do little to restore lung function and does not halt the slow downhill course of the disease. When the disease has progressed to a degree that the patient's quality of life has become unbearable, the surgical options of "Lung Volume Reduction Surgery