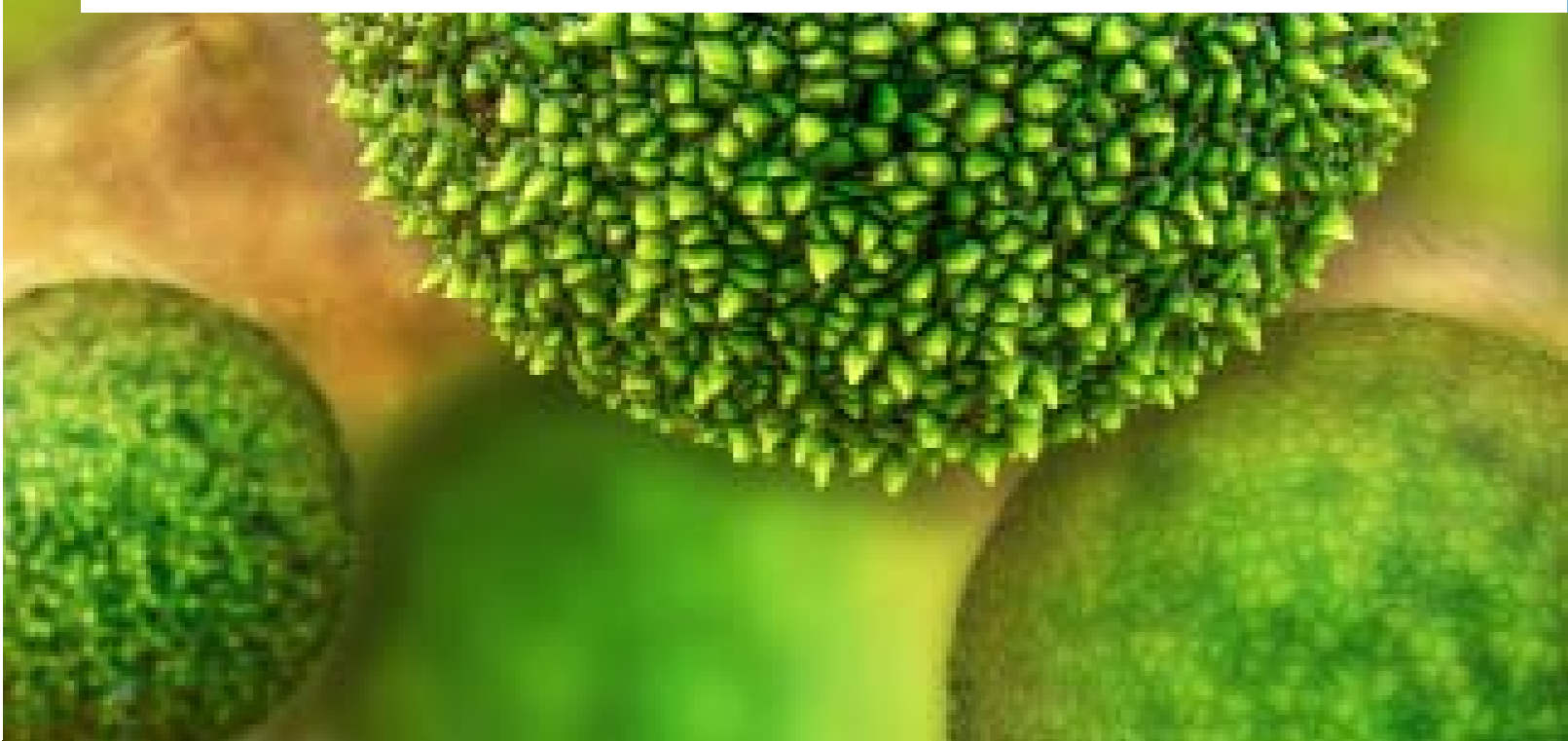


ALLERGIES

10 Questions sur les Pathologies Allergiques

- Les conjonctivites allergiques
- Allergie alimentaire chez l'enfant
- **Eczéma de contact**

Articles : • La radiographie thoracique normale : Principes d'interprétation • Les infections respiratoires aiguës : Principale demande de soins • Infections génitales hautes chez la femme • Prise en charge de l'asthme au long cours : Rôle du médecin généraliste • La bronchiolite aiguë du nourrisson • Diabète sucré de la personne âgée



3 Editorial

4 Articles

- **La radiographie thoracique normale :** Principes d'interprétation. (P.4)
- **Les infections respiratoires aiguës :** Principale demande de soins. (P.8)
- **Prise en charge de l'asthme au long cours :** Rôle du médecin généraliste. (P.17)
- **Infections génitales hautes** Chez la femme. (P.24)
- **La bronchiolite aiguë** du nourrisson. (P.29)
- **Diabète sucré** de la personne âgée. (P.33)

37 Dossier

- **Tour d'horizon des pathologies allergiques** en dix questions. (P.37)
- **Les conjonctivites allergiques.** (P.41)
- **Allergies alimentaires chez l'enfant.** (P.45)
- **Eczéma de contact.** (P.51)

55 Cas clinique

57 Publications médicales

59 Conseils aux patients

61 Le saviez vous ?

62 Agenda scientifique

64 Carnet d'adresse

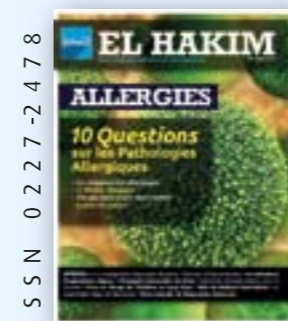
61 Lettre à l'éditeur

66 Industrie pharmaceutique

69 Index thérapeutique

Editeur : SmartBiz. Sarl. Résidence du 21ème Siècle Cité Zaoui Mohamed Bat. N° 2 | 2ème Etage Appt. N°3 Ain Allah Dely Brahim Alger. Tél. : +213 21 370 249 Fax : +213 21 370 747. Directeur de la publication : Atif Rafik BOUHASS. Hébergement du site : OVH 2 rue Kellermann 59100 Roubaix France. Abonnements : par téléphone : +213 21 370 249, par email : register@el-hakim.net, sur le site internet de la revue El Hakim : www.elhakim.net. Conditions générales : L'accès aux informations contenues dans la revue et toute inscription implique l'acceptation inconditionnelle des conditions générales décrites ci-après. L'éditeur se réserve le droit, à sa seule discrétion et sans information préalable, de modifier, supprimer ou ajouter des clauses aux conditions générales, et ce à tout moment. Il est donc conseillé aux utilisateurs de se référer régulièrement à la dernière version des dites conditions générales d'utilisation. L'éditeur se réserve la faculté de modifier les caractéristiques ou le contenu de la revue. Il peut également restreindre l'accès au site et/ou à certaines rubriques et ce, sans avertissement préalable. L'éditeur peut, à sa seule discrétion suspendre, interrompre ou arrêter l'accès à tout ou partie du site pour quelque raison que ce soit incluant notamment le non respect des conditions générales d'utilisation du site. Il ne garantit pas que le site soit sans erreur ni que toutes les imperfections feront l'objet de corrections. L'éditeur se réserve le droit d'envoyer aux utilisateurs du site, des emails afin de les tenir informés des changements, modifications ou ajouts intervenus sur le site. Pour signaler un contenu indésirable, inopportun ou contraire à la loi, merci de nous contacter à l'adresse : redaction@elhakim.net. Responsabilité : la rédaction se réserve le droit de refuser toute insertion, sans avoir à justifier sa décision. Le contenu des articles publiés n'engage que leurs auteurs. Tous droits de reprographie à des fins de vente, de location, de publicité ou de promotion réservés à l'éditeur. La responsabilité de l'éditeur ne saurait être engagée pour tout préjudice et/ou dommage aux personnes et aux biens, que cela résulte de la responsabilité du fait des produits, d'une négligence ou autre, ou de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées contenus dans la présente publication. En raison de l'évolution rapide des connaissances médicales, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure pour les diagnostics et posologies. Bien que toutes les publicités insérées dans cette revue soient supposées être en conformité avec les standards éthiques et médicaux, et la réglementation en vigueur, l'insertion de publicité dans la revue El Hakim ne constitue en aucune manière une garantie ou reconnaissance de qualité ou de la valeur d'un produit ou des déclarations faites par le producteur de celui-ci à propos de ce produit.

EL HAKIM
Revue Médicale Algérienne de l'Omnipraticien



I S S N 0 2 2 7 - 2 4 7 8

Editeur : SmartBiz Solutions

Résidence du 21ème Siècle
Cité Zaoui Mohamed Bat. N° 2
2ème Etage - Appt. N3°
Ain Allah - Dely Brahim Alger
Tél. : (21.37.02.49).(213+
Fax : (21.370.747).(213+
E-mail : redaction@el-hakim.net
Site web : www.el-hakim.net

Directeur de la publication

M. Atif Rafik BOUHASS

Directeur de la rédaction

Dr. Djamel BOUMAILA
redaction@el-hakim.net

Comité scientifique

Pr. Rachid Amar BOUHASS,
Pr. Mansour BROURI,
Pr. Rachid DENINE,
Pr. Mourad DERGUINI,
Pr. Mourad SEMROUNI,
Pr. Nouredine ZIDOUNI

Comité de rédaction

Dr. Djamel BOUMAILA,
Mlle Sihame CHABANE,
Mlle Sihem BERRAIRIA,
M. Atif Rafik BOUHASS

Secrétaire de Rédaction

Mlle Nadjat BAHLOUL

Création graphique

Mlle Amel KERKACHE,
M. Abdeldjalil SAYAH

Web design

M. Mahmoud Kamel ABDELLATIF

Service Technico-commercial

Mlle Amina ZIDOUNI,
M. Amine SEKHRAOUI

Régie Publicitaire

pub@el-hakim.net

Abonnements

register@el-hakim.net



Elle est arrivée au printemps, c'est de bon augure. Voici donc El Hakim, votre nouvelle revue médicale.

À l'ère de l'abondance de l'information électronique, le praticien est parfois désorienté et perplexe face à un foisonnement de points de vue et d'opinions. Une simple recherche sur Google avec le mot « allergie » par exemple, produit près de 17 millions de résultats (en 0,43 secondes), plus de 405.000 références sur Medline, plus de 4.100 articles sur le New England Journal of Medicine, et enfin plus de 41.700 résultats sur le British Medical Journal ... en quelques clics seulement.

Alors pourquoi une revue médicale aujourd'hui en Algérie ?

D'abord parce qu'il n'en existe que très peu, et que la communauté médicale : tant les chercheurs que les praticiens, a besoin de publier et de lire, d'accéder à des medias scientifiques nationaux. C'est déjà là une raison suffisante, mais si ça ne l'était pas, la communication scientifique est, dans l'absolu, un outil de développement. Et c'est ce à quoi nous aspirons.

Une revue scientifique, technologique ou médicale, non seulement diffuse l'information, mais elle permet aussi l'amélioration sinon le maintien de la qualité de la production intellectuelle et des pratiques, à travers la confrontation à la lecture des pairs (peer-review). Elle produit également un support pour les travaux et la progression de carrière de l'auteur. Elle fournit des références futures.

La corrélation du développement de la production de littérature scientifique, technologique et médicale avec globalement le développement économique et social sous tous ses aspects, n'aura échappé à personne : « si cela va sans dire, ça ira encore mieux en le disant » comme dirait Le Tallemand.

El Hakim ambitionne d'être un vecteur de développement de la communication scientifique médicale en Algérie, et par son existence même et son dynamisme, stimuler et encourager la publication de travaux de nos enseignants et chercheurs.

L'effet attendu sur le médecin généraliste, l'omnipraticien, puisque El Hakim lui est destiné ; est d'abord son information, sa formation continue, l'actualisation des connaissances, le partage d'expériences, mais aussi la rupture de son isolement de la communauté médicale, des cercles de réflexion hospitalouniversitaire, de ses aînés et de ses Maîtres. Meilleures et mises à jour seront les connaissances du médecin exerçant « sur la ligne de front », meilleures seront les pratiques de soins et de prise en charge des problèmes de santé de notre population.

El Hakim est donc un espace où les chercheurs et enseignants, pratiquant dans des environnements similaires confirment, confortent ou non les idées ou opinions exposées dans la littérature électronique internationale ou toute autre source.

Nous nous sommes fixé comme principe général de nous efforcer de vous présenter dans El Hakim un contenu et des informations à la fois en ligne avec les connaissances et acquisitions récentes, et dans le même temps, proches des réalités car tenant compte chaque fois que nécessaire, du contexte dans lequel vous exercez quotidiennement.

En plus des articles « libres » de médecine relevant de diverses spécialités, chaque numéro comporte un dossier thématique, le thème du dossier de ce premier numéro est nous sommes en saison printanière dédié à l'allergie. Une partie rubrique pratiques, fournit diverses informations guidées par le souci du pragmatisme.

Pour finir, El Hakim accorde une place de tout premier plan à vos avis, opinions, réactions, besoins et attentes. La revue a été conçue pour vous, et nous serons donc tout naturellement extrêmement attentifs à vos sollicitations. Vos réactions sont vivement attendues dans l'espace : lettre à l'éditeur.

M. Atif Rafik BOUHASS
Directeur de la publication

Salima KOUICI & al. « Une étude bibliométrique de la production scientifique Algérienne en utilisant la base SCOPUS »
Revue RIST | 2010, vol. 18, n° 2, p. 247
A. BEZZAOUCHA & al. « La production des enseignants algériens en médecine et ses déterminants au cours de la décennie 2000-2009 »
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 62 (2014) 33-40

La radiographie thoracique normale : Principes d'interprétation

R. Yakoubi ; F. Atoui ; H.H. Cherkaski ; R. Benali
Service de Pneumophthisiologie du CHU Dorban, Annaba.

RÉSUMÉ :

Si certains médecins étaient fascinés par ce nouvel outil qui leur permettait d'explorer le corps humain sans effraction, la majorité d'entre eux restaient réticents face à une technologie qui allait désormais les reléguer au rang de photographe et ainsi bafouer le sacrosaint statut du médecin.

Ce sentiment a rapidement été apaisé par l'apport incontestable de ce nouvel outil dans la compréhension d'une multitude de pathologies notamment respiratoires. Et pour cause ; tel qu'en attestait la haute autorité de santé (HAS), en 2006, la radiographie du thorax est le deuxième examen para-clinique demandé par les médecins après l'électrocardiogramme (ECG) ; le premier en matière d'imagerie. Mais, un tel outil, aussi intéressant et prometteur soit-il, n'est pas dénué d'effets délétères. Certaines questions méritent d'être posées afin d'évaluer la balance risque/efficacité ; à la pertinence de cette radiographie dans la résolution du problème posé, aux résultats attendus et à leur impact sur la décision médicale à prendre. Mais un tel examen ne sera pleinement rentable qu'au prix d'une interprétation rigoureuse, systématique et codifiée. Dans cet article, nous aborderons la méthode de lecture d'une radiographie du thorax dont les pré-requis indispensables sont l'anatomie, l'histologie et la physiologie.

Mots clés : symétrie, centrage, pénétration, position debout, inspiration profonde, omoplates dégagées.

ABSTRACT :

«The normal chest radiograph : principles of interpretation»

While some physicians were fascinated by the discovery of X-rays which now allowed them to explore the human body without breaking, the majority of them remained reluctant to technology that was now relegated to the rank of photographer. This feeling was quickly quieted by the undeniable contribution of this new tool in the understanding of many respiratory diseases including. And for good reason; such that high health authority testified (HAS), in 2006, the chest radiograph is the second para-clinical examination requested by doctors after the electrocardiogram (ECG) the first imaging material. But such a tool, as interesting and promising as it is, is not devoid of deleterious effects. He need to ask some questions about the balance risk / efficiency; the adequacy of this resolution in the radiograph of the problem, the expected results and their impact on medical decision. But such a review will be fully profitable at the price of strict interpretation, systematic and codified. In this article, we discuss the method of reading a chest radiograph that the necessary pre-requisites are anatomy, histology and physiology.

Keys words : symmetry, center, penetration, standing, deep breath, cleared blades.

Introduction :

La découverte des rayons X en 1895, par le physicien allemand Wilhelm Röntgen, a permis aux médecins de concrétiser l'un de leurs plus vieux fantasmes : explorer le corps humain au delà du revêtement cutané, sans effraction de l'intégrité corporelle ; chose jusque là impossible en dehors de l'autopsie.

Si certains médecins étaient fascinés par ce nouvel outil, la majorité d'entre eux restaient réticents face à une technologie qui allait désormais les reléguer au rang de photographe et ainsi bafouer le sacrosaint statut du médecin. Ce sentiment a rapidement été apaisé par l'apport incontestable de ce nouvel outil dans la compréhension d'une multitude de pathologies notamment respiratoires. Et pour cause; tel qu'en attestait la haute autorité de santé (HAS), en 2006, la radiographie du thorax est le deuxième examen para-clinique demandé par les médecins après l'électrocardiogramme (ECG) ; le premier en matière d'imagerie.

Mais, un tel outil, aussi intéressant et prometteur soit-il, n'est pas dénué d'effets délétères. Irradier un individu n'a rien d'anodin ; le préalable à tout examen radiologique, après un examen clinique minutieux, bien sur, est l'obligation de se poser certaines questions quant à la balance risque/ efficacité ; à la pertinence de cette

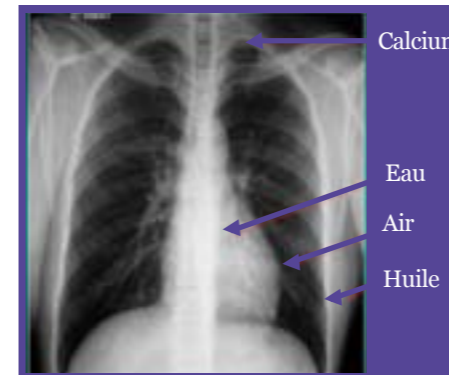
radiographie dans la résolution du problème posé, aux résultats attendus et à leur impact sur la décision médicale à prendre. Mais un tel examen ne sera pleinement rentable qu'au prix d'une interprétation rigoureuse, systématique et codifiée. Dans cet article, nous aborderons la méthode de lecture d'une radiographie du thorax dont les pré-requis indispensables sont l'anatomie, l'histologie et la physiologie des organes contenus dans le thorax.

Principes radiologiques de base :



L'image radiologique thoracique, projetant sur un seul plan, l'ensemble du contenu thoracique, traversé d'arrière en avant par un faisceau de rayons X (incidence postéro-antérieure), explique la complexité de l'interprétation de cet examen. De ce fait, des principes radiologiques sont à prendre en considération :

- Le niveau d'absorption des rayons X par la structure détermine 04 densités :
- calcique : très opaque.
- liquidienne : opaque.
- graisseuse : peu opaque .
- aérique : claire.



- La différence de la nature des structures superposées ou mitoyennes Conditionne

leur visualisation.

- Les rayons doivent être tangents à l'organe sur une épaisseur suffisante pour que l'image soit visualisée.

- Une image parenchymateuse peut résulter de l'atteinte des alvéoles, des vaisseaux, des bronches ou de l'interstitium.

- 80% des images visibles sur les champs pulmonaires sur une radiographie du thorax normale sont d'origine vasculaire (petite circulation).

Erreurs à éviter :

Certaines erreurs sont à éviter lors de l'interprétation d'une radiographie du thorax :

- Éviter de se focaliser sur l'image la plus évidente. Sans une analyse structurée et systématique, vous pourrez être obnubilés par cette atteinte et en occulter d'autres.

- L'examen clinique réalisé préalablement ne doit pas influencer votre interprétation. Certes, la radiographie du thorax pourrait confirmer ce que vous suspectiez, mais si vous vous en satisfaites sans chercher à côté, vous risquez de passer à côté des choses que vous ne recherchez pas et qui seront peut être plus importantes que celles que vous recherchez.

- Une incidence antéro-postérieure augmente la distance entre le cœur et le film et donne la fausse impression d'un gros cœur.

Etapes d'interprétation d'une radiographie du thorax :

1. Identifier la radiographie du thorax :

Nom, prénom, date de naissance (âge), sexe et date de réalisation de l'examen radiologique

2. Orienter la radiographie du thorax correctement :

Les repères d'orientation de la radiographie du thorax sont : la poche à air gastrique, l'arc aortique et la pointe du cœur qui doivent être situés à gauche. Il est parfois très utile de marquer le côté pour éviter de passer à côté d'une

rétro-dextro-position du cœur.

3. Vérifier les critères de qualité d'une radiographie du thorax :

3.1. Une radiographie du thorax de qualité doit être de face stricte :

l'asymétrie aura des conséquences sur les repères anatomo-radiologiques surtout médiastinaux, pouvant simuler ou au contraire cacher une image médiastinale pathologique.

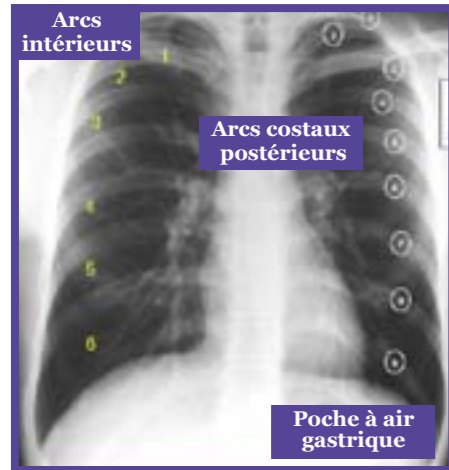
La clarté trachéale doit être médiane et les articulations sterno-claviculaires doivent être symétriques par rapport au plan médian, défini par la ligne des apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales.



3.2. Le cliché doit être pris en position debout et en inspiration profonde :

En effet, c'est en position debout (gravité) et en fin d'inspiration profonde que la vascularisation des sommets sera le mieux visible et que les poumons se mouleront sur les organes du médiastin dessinant ainsi les lignes médiastinales. La position debout, sera confirmée par la visualisation de la poche à air gastrique (niveau hydro-aérique sous diaphragmatique gauche).

L'inspiration profonde quant à elle, vous permettra de visualiser au moins six arcs costaux antérieurs ou 9 arcs costaux postérieurs au delà de la coupe diaphragmatique.



3.3. Les omoplates doivent être bien dégagées,

Car elles peuvent cacher une partie du parenchyme pulmonaire ou simuler l'existence d'une opacité pulmonaire.

La pointe de l'omoplate doit être visible à l'extérieur de la cage thoracique.

3.4. Une radiographie du thorax doit être correctement pénétrée :

En haute tension nous arrivons à mieux explorer le compartiment médiastinal, le poumon rétro-cardiaque de même que la trame vasculaire.

Une bonne pénétrance doit permettre de visualiser les quatre premières vertèbres dorsales.



3.5. Une radiographie du thorax de qualité exige qu'elle soit bien centrée : Vous devez visualiser les quatre der-

nières vertèbres cervicales, les deux articulations scapulo-humorales et les deux culs de sac costo-diaphragmatiques.

4. Analyser la radiographie du thorax de la périphérie vers le centre, laissant les plages pulmonaires en dernier.

4.1. Les parties molles :

Le cou :

- des calcifications en foyers se projetant sur le cou ? (adénome thyroïdien)
- clartés en plage au niveau des parties molles du cou ? En rapport avec un emphysème sous cutané (à rechercher systématiquement chez un asthmatique) ?

Les espaces sus claviculaires, axillaires et les parois latérales du thorax :

- Emphysème sous cutané (clartés en plage)
- Calcifications, opacité inhomogène ? en rapport avec une adénopathie calcifiée ou une tuméfaction.

La silhouette des seins :

Se méfier des petites opacités bien arrondies et parfois calcifiées des mamelons se projetant sur cette aire et qui peuvent simuler une atteinte parenchymateuse

4.2. Le cadre osseux :

- Apprécier l'alignement des apophyses épineuses des vertèbres cervicales et thoraciques, à la recherche d'une scoliose ou d'un tassement vertébral.
- Apprécier la forme des côtes et rechercher une solution de continuité.
- Apprécier la densification osseuse.

4.3. Le médiastin :

On reconnaît au médiastin des bords et des lignes, on commencera par le cœur et ses bords.

- Calculer l'indice cardio-thoracique qui doit être inférieur à 0.5
- Vérifier la taille du bouton aortique : s'il est petit, il peut traduire une cardiopathie congénitale telle que la communication inter-auriculaire (CIA) ;

s'il est grand, il peut témoigner d'un déroulement de l'aorte, une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) ou une dissection de l'aorte.

- L'arc moyen gauche correspondant à l'infundibulum pulmonaire est parfois difficile à interpréter. Il faut s'assurer qu'il n'est pas comblé par une opacité (en rapport avec une adénopathie médiastinale).

- L'arc inférieur gauche est concave : une pointe du cœur surélevée ou une rectitude de ce bord doit faire craindre une hypertrophie du ventricule gauche.

- Toujours analyser derrière l'ombre du cœur l'existence d'une opacité (atélectasie du lobe inférieur gauche) ou une clarté (hernie hiatale).

- La clarté trachéale est rectiligne, verticale et médiane. Elle bifurque en deux clartés : la droite, oblique en bas et en dehors et la gauche, beaucoup plus horizontale. Il faut rechercher systématiquement l'existence d'une opacité latéro-trachéale droite, à ne pas confondre avec l'opacité de la veine azygos.

- Il faut également analyser l'arc inférieur droit qui représente l'oreillette droite.

- Le hile gauche est plus élevé que le hile droit. Le déplacement des hiles et la modification de leur forme peuvent témoigner d'une atélectasie

- Le diamètre de l'artère pulmonaire peut être mesuré juste après la naissance de la bronche lobaire supérieure droite (15 mm chez l'homme et 14 mm chez la femme). Son augmentation peut témoigner d'une HTAP.

4.4. Les coupes diaphragmatiques :

- De forme arrondie, concaves en bas ; la droite plus élevée que la gauche à cause de la position hépatique. Mais cette forme est tributaire du temps respiratoire.

- Leur ascension peut être expliquée par les phénomènes rétractiles secondaires à une atélectasie ou une paralysie phrénique

4.5. Les plèvres :

- Toujours commencer par la plèvre diaphragmatique de chaque côté et la suivre de la périphérie au sommet.

- Les culs de sac costo-diaphragmatiques sont aigus de même que l'angle cardio-phrénique droit ; l'ouverture de ce dernier doit imposer la réalisation d'une radiographie de profil pour éliminer une atélectasie du lobe moyen.

- la petite scissure est visible dans 90% des cas.

4.6. Les parenchymes pulmonaires :

- Une bonne partie des plages pulmonaires reste invisible cachée par les structures osseuses, médiastinales, abdominales.

- Même si la symétrie entre le poumon droit et gauche n'est pas parfaite, il faut toujours procéder de façon comparative.

- Nous allons donc rechercher une différence de tonalité, la présence d'un infiltrat pulmonaire ou le comblement des espaces alvéolaires.

- Afin de préciser le siège des lésions pulmonaires, nous reconnaissons des aires pulmonaires suivantes : sus claviculaire, sous-claviculaire externe, sous-claviculaire interne, médioclaviculaire, hilare, axillaire, médiothoracique, paracardiaque, basale.

Conclusion :

Le cliché thoracique de face apporte un nombre infini de données. C'est pourquoi il est nécessaire de s'astreindre dans sa « lecture » à une analyse minutieuse, logique, quasi « programmée ». Ce n'est qu'à ce prix qu'on évitera de « passer à côté » d'anomalies pourtant évidentes.

Bibliographie :

1. Paul Jenkins. 2007 Editions Masson. : Maîtriser la radiographie du thorax.
2. Gerald De Lacey, Simon Morley, Laurence Berman, Lionel Arrivé. 2009 Editions Elsevier : La radiographie thoracique : Manuel pratique.
3. Jonathan Corne, Kate Pointon, Lionel Arrivé. 2010 Editions Elsevier : La radiographie thoracique facile
4. Jacques Frija. 2010 Editions Masson : Radiologie du thorax.
5. Daniel Anthoine, Jean-Claude Humbert. Springer-Verlag France, Paris, 2007 : Atlas de pathologie thoracique.
6. Pierre L'Her, Etienne Leroy-Terquem. Interprétation du cliché thoracique à l'usage des médecins exerçant en zone de forte endémie tuberculeuse et VIH.
7. Webb, Richard W., Charles B. Higgins. Thoracic imaging: pulmonary and cardiovascular radiology. 2e Éd., Lippincott Williams & Wilkins, 2010, 914 p.
8. Collins, J, Eric J. Stern. Chest radiology : the essentials. 2e Éd., Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 340 p.
9. Université Médicale Virtuelle Francophone Le cliché thoracique, 2008.
10. <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/CardioCD/cardio/chapitre/407.htm>

Contrôlez vos connaissances !

1. Lors d'une radiographie du thorax, le niveau d'absorption des rayons X par la structure détermine 04 densités en rapports avec la nature des organes traversés.

Faites correspondre chacune de ces densités avec la nature de l'organe traversé :

- | | |
|-------------------|----------------|
| A. Os | a. opaque |
| B. Cœur | b. peu opaque |
| C. Parties molles | c. très opaque |
| D. Poumon | d. claire |

2. Quels sont les repères qui vous permettent de reconnaître le côté gauche sur un cliché thoracique ?

- La poche à air gastrique
- La clavicule
- L'arc aortique
- La pointe du cœur
- La clarté trachéale

3. Faites coïncider chaque critère de qualité d'une radiographie du thorax avec la proposition qui lui correspond :

- un cliché pris en inspiration profonde
- un cliché pris de face stricte
- un cliché pris en position debout
- un cliché bien pénétré

- Visibilité des quatre premières vertèbres dorsales
- Visibilité d'au moins six arcs costaux antérieurs au delà de la coupole diaphragmatique.
- Niveau hydro-aérique sous diaphragmatique gauche correspondant à la poche à air gastrique.
- Bords internes des clavicules équidistants par rapport à la ligne des apophyses épineuses.

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Les infections respiratoires aiguës : Principale demande de soins

*L. Baough et N. Zidouni

(*) Service de Pneumophysiologie Matiben CHU Béni-Messous, Alger.

RÉSUMÉ :

Les symptômes respiratoires sont en rapport avec des infections respiratoires aiguës (IRA) dans près de 85% des cas. Les IRA constituent l'un des principaux motifs de consultation médicale dans la plupart des pays du monde. Les IRA sont principalement causées par des virus particulièrement au niveau des voies aériennes supérieures qui représentent la majorité des cas d'infection respiratoire. L'infection bactérienne est plus rare et affecte surtout le tractus inférieur. Afin de répondre avec efficacité à cette demande de soins une stratégie a été élaborée, incluant une formation adéquate pour les praticiens généralistes. Cette stratégie proposée par l'OMS appelée approche pratique de la santé respiratoire (APSR) repose sur une approche syndromique permettant la prise en charge standardisée des maladies respiratoires les plus fréquentes et notamment les IRA. Cette stratégie a pour but d'améliorer la qualité du diagnostic, de diminuer la demande d'examens complémentaires, et de rationaliser les prescriptions médicales.

Mots clés : infections respiratoires aiguës ; symptômes respiratoires, demande de soins, infection virale, approche pratique, santé respiratoire

ABSTRACT :

Respiratory symptoms are related to acute respiratory infections (ARI) in about 85% of cases and are the main reason for attending the primary health care services. Acute respiratory infections are mainly due to virus, especially in the upper airway tract. Infections due to bacterial agents are more often located in the lower airway tract. To get a relevant effectiveness for this health care demand, an approach based on a realistic strategy was performed, including an adequate training for the involved practitioners. Overall, the practical approach to lung health (PAL strategy) by general practitioners led to an improvement in the quality of diagnosis of respiratory disorders, fewer secondary investigations and increase medical practice. This strategy can be widely used on primary and even in secondary health care setting in routine conditions

Key words : Acute respiratory infections ; respiratory symptoms, health care demand, viral infection, practical approach, lung health

Introduction :

Les symptômes respiratoires sont en rapport avec des infections respiratoires aiguës (IRA) dans 85% des cas. Celles-ci constituent l'un des principaux motifs de consultation médicale dans tous les pays du monde. L'infection respiratoire aiguë se définit par des manifestations de l'appareil respiratoire (voies aériennes supérieures et inférieures) s'accompagnant de fièvre. Ces symptômes sont d'apparition brutale et durent moins de 15 jours.

Les agents responsables des infections respiratoires aiguës :

Les infections des voies aériennes supérieures sont dans la majorité des cas d'étiologie virale, l'infection bactérienne est généralement secondaire.

Les infections des voies aériennes inférieures ; particulièrement les infections trachéo-bronchiques sont fréquemment dues à des virus ou au mycoplasma pneumoniae. L'infection pulmonaire qui est beaucoup plus rare est d'étiologie bactérienne d'emblée.

L'origine bactérienne des IRA est souvent favorisée par la présence de lésions bronchiques ou pulmonaires préexistantes ou d'une défaillance de l'immunité.

La mise en évidence des agents responsables des IRA est souvent difficile à obtenir. Le traitement repose sur des bases empiriques.

Les agents pathogènes :

1- Les virus :

Les virus sont la cause de la majorité des infections respiratoires aiguës : 85% des infections des voies aériennes supérieures et plus de 50% des infections des voies aériennes inférieures

1.1 Les plus fréquemment incriminés sont les myxovirus :

Les myxovirus influenzae = particulièrement le virus grippal est à l'origine des infections des voies aériennes supérieures et inférieures (rhinites, rhinopharyngites, angines, trachéites, bronchites).

Les myxovirus parainfluenzae sont à l'origine des laryngites sus et sous glottique et de bronchiolites.

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est l'agent responsable des bronchiolites du nourrisson.

1.2 Les rhinovirus sont responsables de rhinopharyngites chez l'enfant et de rhinites chez l'adulte.

1.3 Les adenovirus sont à l'origine de pharyngites, d'amygdalites et de conjonctivites et parfois de broncho-pneumopathies graves chez l'enfant.

D'autres virus peuvent se localiser sur l'appareil respiratoire : Les virus des viroses éruptives (virus de la rougeole, de la mononucléose infectieuse, de la varicelle, de la rubéole) ces agents sont responsables de rhinopharyngites, angines trachéo-bronchites et de pneumonies.

Certains virus tels que les herpès virus (cytomégalovirus CMV, simplex, virus du zona) les entérovirus (virus coxsackie A ou B, virus ECHO) sont incriminés dans les IRA du sujet immunodéprimé.

2. Les bactéries :

2.1. Les plus fréquemment rencontrés dans les surinfections des voies aériennes chez le sujet sain sont les Cocci Gram positifs qui sont :

- Le pneumocoque ou streptococcus

pneumoniae qui est responsable de rhinite, bronchite purulente et de pneumonie alvéolaire

- Le streptocoque particulièrement le streptocoque du groupe A est le germe responsable de l'angine aiguë bactérienne.

-Le staphylocoque doré pathologique est à l'origine d'infections pleuro-pulmonaires particulièrement chez l'enfant plus rarement chez l'adulte immunodéprimé.

2.2. Les bacilles Gram positifs Corynébactérium :

Diphtheriae est un bacille responsable de la diphtérie.

2.3. Les bacilles à Gram négatif :

L'hémophilus influenzae est l'agent le plus fréquemment responsable des surinfections des voies aériennes supérieures chez l'enfant (rhinopharyngite, rhinite, otite) et des voies aériennes inférieures (pneumonie) chez le nourrisson et l'enfant. Chez l'adulte il est à l'origine des surinfections des bronchites, plus rarement de pneumonies.

• Les entérobactéries sont à l'origine d'infections respiratoires sévères survenant sur des sujets immunodéprimés, ou malades hospitalisés dans des services de soins intensifs ; les germes les plus fréquemment en cause sont le klebsiella pneumoniae (bacille de Friedlander), le proteus et l'Escherichia Coli (colibacille).

• Le Brahamella catarrhalis est un germe de plus en plus incriminé dans les surinfections des bronchopathies chroniques obstructives.

• Le legionella pneumophila est un bacille Gram négatif ubiquitaire qui provoque des infections pulmonaires sévères chez des sujets à risque (sujet âgé, insuffisant respiratoire, diabétique, insuffisant rénal ou immunodéprimé).

2.4. Les bactéries intra-cellulaires dites apparentées :

Sont responsables d'IRA dont le tableau clinique ressemble à celui d'une infection virale ; ces bactéries n'ont

pas de paroi (seul un antibiotique à action intra cellulaire agit sur ces agents tel qu'un macrolide).

2.4.1. Le mycoplasma pneumoniae est à l'origine des bronchites aiguës et de pneumonies interstitielles chez les adultes jeunes vivant en collectivité.

2.4.2. Les chlamydias :trois espèces sont responsables d'infections respiratoires aiguës :

• les chlamydia psittaci agent de la psittacose transmis par les perroquets, perruches et de l'ornithose transmis par les pigeons et les autres oiseaux ; provoquent des pneumonies interstitielles chez les éleveurs d'oiseaux.

• Le chlamydia trachomatis est responsable de pneumonie chez l'enfant .

• Le chlamydia pneumoniae est responsable de bronchites aiguës et rarement de pneumonies .

2.4.3 Les coxiella burnetti sont de la famille de Rickettsiae et peuvent provoquer des pneumonies interstitielles chez les travailleurs des abattoirs (fièvre Q). Ces agents sont transmis par les tiques des bovidés.

2.5 .Les bactéries anaérobies de la flore endogène anaérobie (flore de Veillon) sont responsables d'infections particulières :

Fusobacterium est responsable de l'angine ulcéro-nécrotique de Vincent . Fusobactérium, bactéroïdes fragilis; Peptostreptococcus, Peptococcus Veillonella, actinomyces peuvent être à l'origine de pneumonies par régurgitations qui se compliquent de pleurésies purulentes parfois fétides.

L'identification des bactéries n'est pas indispensable pour le traitement des infections respiratoires aiguës. Par contre elle est utile à la décision thérapeutique dans les infections sévères pulmonaires et pleurales.

Les Symptômes respiratoires : premier motif de consultation dans les services de soins de proximité.

En Algérie, les résultats de différentes enquêtes faites depuis 1980 montrent que les IRA sont fréquentes chez les enfants moins de 5 ans. Elles représentent 40 % des motifs de consultations. Chez les adultes, elles sont la cause de 20 à 30% des motifs de consultations auprès des services de santé. Parmi ces infections respiratoires aiguës ; les infections hautes sont les plus fréquentes quel que soit l'âge du patient. (Tableau n° 1)

Lieu de l'étude	Algérie	Ain Taya	Chéraga	Algérie	Algérie
Année	1980 (1)	1987 (2)	1985-1986 (3)	2004 (4)	2008-2009 (5)
Groupe d'âge (an)	Tous	0-14	15 ans et plus	5 ans et plus	15 ans et plus
Nombre de cas avec Symptômes respiratoires	45.740	13.735	4.106	1.646	1.347
Nombre d'IRA en %	30	40	36	70	80
IRA hautes (%)	69	76	64	56	81
IRA basses(%)	31	24	36	44	19

(Tableau n°1) Fréquence des Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

Lieu de l'étude	Algérie	Ain Taya	Chéraga	Algérie	Algérie
Année	1980 (1)	1987 (2)	1985-1986 (3)	2004 (4)	2008-2009 (5)
Nombre d'IRA	13.722	5.494	1.478	1.152	1.077
Infections des voies aériennes supérieures	69%	76%	69%	56%	59, 3%
Bronchites et Bronchiolites aiguës	30,4%	17,5%	28%	43%	22,7%
IRA hautes (%)	69	76	64	56	81
Pneumonies et Plèvres	0,5%	6,5%	3%	1%	0,4%

(Tableau n°2) Fréquence relative des IRA selon la topographie diagnostiquées dans les services de santé de proximité

Parmi les infections respiratoires aiguës des voies aériennes inférieures chez l'enfant ; la pneumonie et la bronchiolite aiguë sont en général les plus fréquentes et nécessitent le plus souvent une hospitalisation. Chez l'adulte, les IRA des voies aériennes inférieures : laryngites, trachéites, bronchites, pneumonies représentent 25 à 30 % de l'ensemble des IRA observées dans les consultations. Les IRA basses sévères dont les pneumonies et les surinfections des bronchopathies chroniques sont les deux grandes causes d'hospitalisation. (Tableau n°3).

Appareil respiratoire	N	%	N	%	N	%
Antérieurement	Sain		Lésé		Total	
Nombre de cas d' IRA	91	43,2	120	56,8	211	100
Infection bronchique	1		51		52	24,6
Pneumonie en foyer(s)	48		44		92	43,6
Pneumonie interstitielle	5		4		9	4,2
Abcès	12		11		23	10,9
Pleurésie non purulente	16		3		19	9
Pleurésie purulente et pyopneumothorax	9		2		11	5,2
Lésions pleuro-pulmonaire avec bulles	-		5		5	2,3

(Tableau n°3) Les IRA basses de l'adulte hospitalisées dans un service de pneumologie d'Alger (année 2013)

La réponse à cette demande de soins de premier recours

L'approche pratique de la santé respiratoire (Practical Approach to Lung health ou PAL strategy) proposée par l'OMS (6) a pour objectif de répondre à la demande de soins des malades qui consultent dans les services de base pour symptômes respiratoires. Elle repose sur une approche syndromique permettant la prise en charge standardisée des maladies respiratoires les plus fréquentes entre autre les IRA. Cette approche est hiérarchisée grâce à une meilleure répartition des tâches et à une meilleure coordination entre les services de santé de proximité et les consultations de référence. Il s'agit donc d'une démarche pratique des soins centrée sur la demande exprimée par les malades. C'est pourquoi une enquête sur cette nouvelle «Approche Pratique de la Santé Respiratoire» a été réalisée en Algérie en 2004. Les objectifs de L'Approche Pratique de la Santé Respiratoire étaient d'éva-

luer comparativement avant et après formation du médecin généraliste :

- La proportion des malades qui consultent pour symptômes respiratoires, la distribution des différentes maladies respiratoires (infections respiratoires aiguës, maladies respiratoires chroniques, suspicion de tuberculose).
- La qualité des procédures de diagnostic appliquées et de prescription médicamenteuse, dans les maladies respiratoires entre autres les IRA, conformes ou non aux directives techniques des programmes de santé prioritaires.
- Identifier les quelques malades atteints d'IRA graves dont l'état nécessite une consultation spécialisée ou des soins d'urgence en milieu hospitalier. Cette étude avait pour but principal d'évaluer l'impact de cette stratégie d'intervention dans 10 unités sanitaires de base d'Algérie auprès des médecins généralistes exerçant dans les structures de soins de premiers recours.

5.216 consultants généraux ont été examinés au cours de l'étude de base. Parmi ces patients 31,6% (1.646 cas) présentaient des symptômes respiratoires. L'étude d'impact a concerné 5188 patients, dont 31,1% (1.611 cas) présentaient des symptômes respiratoires.

L'impact de l'intervention par la formation des médecins généralistes exerçant dans les structures de soins de proximité

Sur l'amélioration du diagnostic étiologique des symptômes respiratoires

La distribution des cas selon le diagnostic retenu par les médecins montre que l'infection des voies aériennes supérieures représente la majorité des diagnostics posés chez les consultants avec symptômes respiratoires aussi bien dans l'étude de base que dans l'étude d'impact respectivement 55,04% et 49,78% des cas.

On note une baisse significative de la fréquence des infections respiratoires aiguës des voies aériennes supérieures au cours de l'étude d'impact.

La pneumonie est très rarement retrouvée et constitue moins de 1% des cas diagnostiqués dans les deux études. (Tableau 4)

	Avant intervention		Après intervention		P
	Effectif	%	Effectif	%	
Total	1.646	100	1.611	100,00	
Maladies respiratoires aiguës					
IRA hautes	906	55,04	802	49,78	0,003
IRA basses, sans pneumonies	311	18,89	315	19,55	0,63
Pneumonies	12	0,73	7	0,43	0,269
Cas suspects de tuberculose	41	2,49	60	3,72	< 0,05
Maladies respiratoires chroniques					
Asthme	169	10,27	247	15,33	< 0,0001
BPCO	31	1,88	37	2,30	0,409
Autres MRC*	131	7,96	125	7,76	0,832
Autres **	45	2,73	18	1,12	< 0.001

N. Zidouni, L. Baough, Y. Laid et coll. L'approche pratique de la santé respiratoire en Algérie. Int J TUBERC LUNG DIS 13(8):1029-1037

*MRC : maladies respiratoires chroniques

**Autres : cardiopathie, maladie digestive, psychopathie

Impact sur la demande d'avis spécialisé et d'hospitalisation

La majorité des malades consultants pour symptômes respiratoires sont diagnostiqués et pris en charge au niveau des unités de soins primaires ; les malades référés nécessitant un avis supplémentaire pour un diagnostic et ou une prise en charge constituent 15 % des cas aussi bien dans l'étude de base que dans l'étude d'intervention. Un avis spécialisé a été nécessaire chez 5,59 % des cas dans l'étude de base et 6,46% des cas dans l'étude d'impact.

Peu de malades ont nécessité une hospitalisation parmi les cas référés, cette proportion est plus marquée au cours de l'étude d'impact avec une différence significative (Tableau n°5)

Impact sur la demande des examens complémentaires non indispensables dans la prise en charge des IRA

Les examens complémentaires nécessaires au diagnostic concernent peu de malades puisqu'ils ont été demandés dans 10,87% des cas dans l'étude de base et 8,75% des cas dans l'étude d'impact .

Les gains obtenus au cours de l'étude d'impact consistent en une diminution des cas hospitalisés et une baisse importante des examens complémentaires (radiographies , examens de laboratoire et autres examens) (Tableau n°5)

	Etude de base		Etude d'impact		% de variation	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Total	1.646	100,00	1.611	100,00		
Référence	252	15,31	250	15,52	1,4	0,8691
Hospitalisation	67	4,07	23	1,43	-64,9	0,000004
Avis spécialisé	92	5,59	104	6,46	15,5	0,2986
Rx du poumon	133	8,08	107	6,64	-17,8	0,1162
Examens de laboratoire	179	10,87	141	8,75	-19,5	0,04
Autres examens	84	5,10	36	2,23	-56,2	0,000014

Tableau n°5 Demande d'avis spécialisé

N. Zidouni, L. Baough, Y. Laid et coll. L'approche pratique de la santé respiratoire en Algérie.

Int J TUBERC LUNG DIS 13(8) :1029-1037

Impact sur la prescription médicamenteuse : diminution de l'antibiothérapie et des médicaments symptomatiques inutiles dans la prise en charge des infections respiratoires aiguës

	Etude de base		Etude d'impact		% de variation	p
	Effectif	%	Effectif	%		
Total	1646	%	1611	%		
Nombre de patients recevant un médicament au moins	1.525	92,65	1.459	90,56	-2,2	0,032
nombre de médicaments prescrit chez ces patients	2,5		2,3		-7,5	<0.000000
Nombre de patients recevant un ATB	901	54,74	774	48,04	-12,2	<0.000000
Nombre d'ATB prescrits parmi ces malades	1,029		1,014		-1,5	0,056644
Antibiothérapie par catégorie de patients recevant un médicament au moins						
IRA hautes	564/883	63,87	481/784	61,35	-3,9	0.288
IRA basses	76/122	62,30	77/119	64,71	3,9	0.698
MRC	44/173	25,43	42/245	17,14	-32,6	0.038902
Autres	41/142	28,87	36/123	29,27	1,4	0.944

Autres prescriptions médicamenteuses

Nombre et proportion	Etude de base		Etude d'impact		% de variation	p
Bronchodilatateur	180	11,80	273	18,71	58,5	<0.000000
Corticoïde	212	13,90	266	18,37	32,1	0.0009
Expectorant	317	20,79	130	8,91	-57,1	<0.000000
Antitussif	127	8,33	157	10,76	29,2	0.024
AINS	420	27,57	202	13,85	-49,7	<0.000000
Paracétamol	535	35,08	599	41,06	17,0	0.00078
Aspirine	423	27,74	416	28,51	2,8	0.638
Antihistaminique	175	11,48	122	8,36	-27,1	0.0045
Autres	460	30,16	340	23,30	-22,7	0.00023

*p value associé au chi2 de Yate's
 N. Zidouni, L. Baough, Y. Laid et coll. L'approche pratique de la santé respiratoire en Algérie.
 Int J TUBERC LUNG DIS 13(8):1029-1037

L'Approche Pratique sur la Santé Respiratoire a permis de :

- Répondre à la demande de soins des malades qui consultent dans les structures de santé de proximité,
- D'intégrer les activités de santé et de rentabiliser les interventions dans les maladies respiratoires,
- D'actualiser les connaissances des professionnels de santé,
- Situer objectivement les charges de morbidité des maladies prévalentes en particulier les infections respiratoires aiguës,
- Renforcer la coordination entre praticiens généralistes et spécialistes.

Conclusion :

Le diagnostic topographique des IRA et leur prise en charge peut être synthétisée ainsi :

A. Diagnostic topographique des IRA

Voies aériennes supérieures

Symptômes dominants	Diagnostic
Obstruction nasale avec rhinorrhée aqueuse	Moins de 15 jours et contexte épidémique : rhinite aiguë, rhinopharyngite Plus de 15 jours : rhinite allergique ou vasomotrice
Douleur à la pression des sinus de la face avec œdème périorbitaire	Sans fièvre : sinusite simple Avec fièvre et écoulement nasal purulent : sinusite suppurée
Douleur à la gorge ; otalgie réflexe, toux sèche	Pharyngite aiguë : tous âges, gorge rouge, amygdales et tympan d'aspect normal, T° <38°C
Mal de gorge, dysphagie, otalgie réflexe	Angine présumée virale : âge > 20 ans, amygdales rouges avec ou sans vésicules, absence de ganglions cervicaux, T° <38°C
Mal de gorge, dysphagie, otalgie réflexe	Angine présumée streptococcique âge > 20 ans, amygdales rouges avec ou sans vésicules, absence de ganglions cervicaux, T° <38°C
Mal de gorge, dysphagie, otalgie réflexe	Angine présumée diphtérique : tous âges, amygdales rouges avec des points blancs, avec ou sans ganglions cervicaux douloureux, T° >38°C
Otalgie	Otite externe : douleur à la mobilisation du tympan, tympan normal en otoscopie Otite moyenne : pas d'écoulement, tympan rouge et bombé Otite moyenne suppurée : présence d'écoulement
Enrouement, aphonie et/ou dysphonie	Laryngite aiguë : pas de dyspnée Laryngite oedémateuse : dyspnée inspiratoire

Voies aériennes inférieures

Symptômes dominants	Diagnostic
Toux depuis moins de 3 semaines	Bronchite aiguë : toux sèche, douleur thoracique exacerbée par la toux, râles bronchiques
	Bronchite aiguë grippale : contexte épidémique, céphalées, myalgies, courbatures, râles bronchiques, T° >38°C
	Bronchite aiguë suppurée : expectoration purulente
	Pneumonie non sévère : absence de signes de gravité, pas de dyspnée (FR <20/mn), râles crépitants en foyer, T° >38°C

B. Prise en charge des IRA

Voies aériennes supérieures

Diagnostic	Traitement
Rhinite aiguë	Décongestionnant nasal, antipyrétiques, humidification des voies aériennes, boissons chaudes Antihistaminiques avec ou sans bécloéthasone nasal
Sinusite aiguë	Décongestionnant nasal Amoxicilline +/- Acide Clavulanique. Clavulanique humidification des voies aériennes, boissons chaudes
Pharyngite aiguë	Traitement : désinfection rhinopharyngée, paracétamol ou aspirine, Si symptômes > 3j, pénicilline ou érythromycine
Angine présumée virale	Traitement : désinfection rhinopharyngée, paracétamol ou aspirine, Si symptômes > 3j, pénicilline ou érythromycine
Angine présumée streptococcique	Traitement : pénicilline ou érythromycine
Angine présumée diphtérique	Traitement : pénicilline ou érythromycine Référer d'urgence en milieu spécialisé (sérothérapie)
Otalgie	Désinfection locale (eau oxygénée ou alcool boriqué) oxacilline si furoncle du conduit auditif externe Antalgiques, amoxicilline +/- Acide Clavulanique, éviter lavage d'oreille
Enrouement, aphonie et/ou dysphonie	Antalgiques, humidification des voies aériennes, bronchodilatateur Corticoïdes par voie générale pendant 3 j.

Voies aériennes inférieures

Diagnostic	Traitement
Bronchite aiguë	Humidification des voies aériennes, désinfection rhinopharyngée, antitussifs si toux gênante
Bronchite aiguë grippale	Humidification des voies aériennes, désinfection rhinopharyngée, antitussifs si toux gênante, antalgiques
Bronchite aiguë suppurée	Amoxicilline ou érythromycine
Pneumonie non sévère	Amoxicilline, ou amoxicilline-acide clavulanique, ou érythromycine

Bibliographie

1. P. Chautet, N. Ait Khaled : Enquête sur les infections respiratoires aiguës et la prescription d'antibiotiques dans les unités sanitaires de base en Algérie au cours de l'année 1980 .Rev.Mal.Resp.1982 ; 10:45-52
2. Enquête collective du service de pédiatrie de Ain Taya .CHU Alger –Est .Professeur J.P.Grangaud Les infections respiratoires aiguës de l'enfant .In rapport du groupe de travail sur les IRA de l'enfant en milieu pédiatrique .M.R. Rapporteur .Premières Journées Nationales de Pneumophtisiologie Alger , 29-30 mars 1988.
3. L.Baough : Les infections respiratoires aiguës dans la population du secteur sanitaire de Cheraga de 1985 à 1986 Thèse D.E.M.S,Alger 1989 322 p.
4. N.Zidouni,L.Baough,Y.Laid et coll.L'approche pratique de la santé respiratoire en Algérie . Int J TUBERC LUNG DIS 13(8):1029-1037
5. S.Ali Halassa : Impact de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire sur le fonctionnement des services de contrôle de la tuberculose et les maladies respiratoires. Thèse D.E.M.S,Alger 2014 215 p.
6. Pratical Approach to Lung Health Manual on initiating Pal implementation, WHO/HTM/TB/2008.410; WHO/NMH/CHP/CPM/08.02

Contrôlez vos connaissances !

- 1 - Quelle est la fréquence des infections respiratoires de l'adulte dans la demande de soins en Algérie ?
- 2 - Quelle est la répartition topographique des IRA ?
- 3 - Quelle est l'étiologie la plus fréquente des IRA hautes ?
- 4 - Quelles sont les deux causes les plus souvent retrouvées dans les motifs d'hospitalisation des IRA basses selon les études présentées?

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Prise en charge de l'asthme au long cours : rôle du médecin généraliste

D. Mekideche, A. Kheliouen A. Mebrek, N. Zidouni
Service de Pneumophtisiologie Matiben CHU Béni-Messous , Alger.

RÉSUMÉ :

L'asthme est une maladie hétérogène, caractérisé par une inflammation bronchique chronique et défini par une histoire clinique et une limitation des débits aériens. En Algérie l'asthme occupe l'une des premières places parmi les affections chroniques. Le médecin généraliste doit être capable d'établir le diagnostic d'asthme en utilisant des éléments cliniques et fonctionnels en pratique de routine. Le Débit Expiratoire de Pointe (DEP) est le test fonctionnel le plus communément utilisé. La radiographie thoracique n'est pas utile au diagnostic. Ces pratiques peuvent être largement utilisées dans les services de santé primaire ou unité de soins de santé de base. Les paramètres définis pour classer la maladie selon la sévérité et les niveaux de contrôle de l'asthme peuvent être utilisés par le médecin généraliste. Celui-ci peut également participer à la surveillance des patients asthmatiques selon les niveaux de traitement et de contrôle de la maladie.

Mots clés : Asthme : dyspnée paroxystique, débit expiratoire de pointe (DEP), hyper réactivité bronchique, contrôle de la maladie

ABSTRACT :

Asthma is a heterogeneous disease characterized by a clinical background and limitation of air flow measurement. In Algeria, asthma is leading among chronic non communicable diseases : prevalence is about 3% in adults and 4% in children. The general practitioner (GP) may be able to diagnose the disease by clinical and functional tools in routine conditions. The peak flow meter (PEF) is the most common test used. Chest X-ray is not useful for the diagnosis. This practice can be widely performed in a primary health care setting. The parameters to classify the disease according the severity and control assessment of asthma may be properly used by a GP. He is also allowed to follow up asthma patients related to treatment steps linked to level control of the disease.

Key words : Asthma : paroxystic breathlessness, peak flow meter (PRF), bronchitis hyper respnsiveness, disease control

Introduction :

L'asthme est une maladie hétérogène, habituellement caractérisée par une inflammation bronchique chronique et défini par :

- **Une histoire clinique** de symptômes respiratoires tels que les sifflements, la dyspnée, l'oppression thoracique et la toux qui varient dans le temps et en intensité, associés à
- **Une limitation variable des débits aériens :**

L'asthme constitue l'une des pathologies chroniques les plus fréquentes dans le monde avec 300 millions de cas.

En Algérie, l'asthme occupe la première place parmi les affections chroniques. Chez l'adulte, la prévalence est de 2,4% (études : ISAAC et ECRHS). Au Maghreb : L'étude AIRMAG (Asthma Inside Reality in Maghreb) menée en 2008 retrouve une prévalence en Algérie de 3,1% pour l'adulte et 4,1% pour l'enfant. Sa mortalité reste inquiétante avec 250.000 décès par an dans le monde En Algérie : l'asthme représente 3,3% des causes de décès parmi les maladies (Enquête TAHINA).

La mauvaise évaluation de la sévérité des asthmes diagnostiqués, leur sous-diagnostic et leur sous-traitement participent à l'augmentation de la sévérité et au coût majeur de cette maladie pour la société.

Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'asthme :

Le médecin doit être capable d'établir le diagnostic de l'asthme. Le diagnostic de l'asthme bronchique est évoqué sur des symptômes et confirmé par la mise en évidence d'une obstruction variable des voies aériennes.

• Interrogatoire : C'est une étape essentielle du diagnostic, il doit être minutieux, structuré et précis, et doit rechercher

Les symptômes de l'asthme :

- **Une dyspnée**, parfois associée à une oppression thoracique récurrente, entrecoupée de rémission.
- **Une respiration sifflante**, en général constatée lors de symptômes aigus, ou aux urgences.
- **Une toux surtout nocturne**, parfois isolée, souvent sifflante, est évocatrice. Elle peut être productive sous forme d'expectorations blanchâtres « tapioca » ou perlées.
- **Un contexte évocateur :** rhino-sinusite, conjonctivite, eczéma.

Une aggravation des symptômes en présence de certains facteurs :

- Exercice physique
- Infections respiratoires surtout virales
- Exposition à : certains animaux, aux pollens, à la poussière (acariens)
- Prise de certains médicaments : aspirine, AINS, bêtabloquants
- Facteurs professionnels : latex, boulanger, animaux de laboratoire, soudeurs...

La variabilité et la réversibilité des symptômes : spontanées ou sous traitement sont également des

points clés pour le diagnostic.

• L'examen clinique : recherche des signes de distension thoracique et des sibilants qui sont des râles fins, de tonalité aigue, perçus en fin d'expiration.

• Le diagnostic doit être confirmé par des examens simples :

La mesure du DEP : le débit expiratoire de pointe (DEP) est le débit maximal qui peut être obtenu au cours d'une manœuvre d'expiration forcée. Le DEP est mesuré par un débitmètre (peak-flow), il permet de dépister en pratique de routine un trouble ventilatoire obstructif.

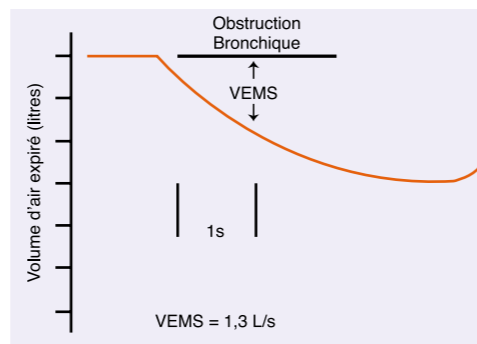
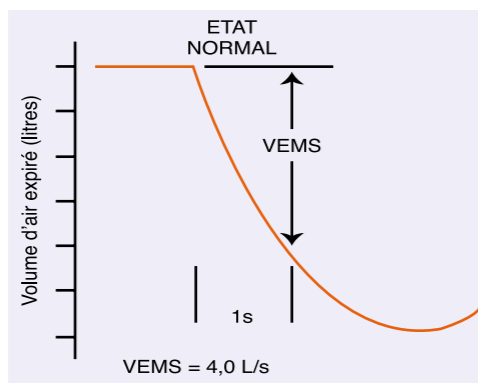
La mesure du DEP est utile dans la surveillance quotidienne de l'asthme.



Les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) :

La spirométrie mesure les volumes et débits pulmonaires, elle est recommandée dans le bilan initial de l'asthmatique. L'évaluation de l'importance de l'obstruction bronchique se base sur le VEMS (volume expiratoire maximum second)

Courbe débit – volume :



* Volume Expiré Maximal en une Seconde EFR : Mesure du VEMS*

La radiographie du thorax n'est pas utile pour affirmer le diagnostic, elle aide surtout à éliminer les diagnostics différentiels

Le médecin doit être capable de classer le malade selon la sévérité et le contrôle de son asthme :

La classification de l'asthme reposait sur la sévérité de la maladie d'après les recommandations internationales Global Initiative for Asthma (GINA 2006).

Or la sévérité varie au cours du temps et dépend à la fois de la sévérité de la maladie mais aussi de la réponse au traitement.

Les nouvelles classifications GINA recommandent une classification basée sur le contrôle de la maladie. La classification selon la sévérité est préconisée pour définir des groupes de patients asthmatiques n'ayant jamais reçu de traitement.

La classification de la sévérité est fondée sur :

- Les éléments cliniques :**
- Fréquence des symptômes et leur retentissement sur la vie quotidienne.
 - La fréquence des symptômes nocturnes.
 - Le recours aux B2 mimétiques

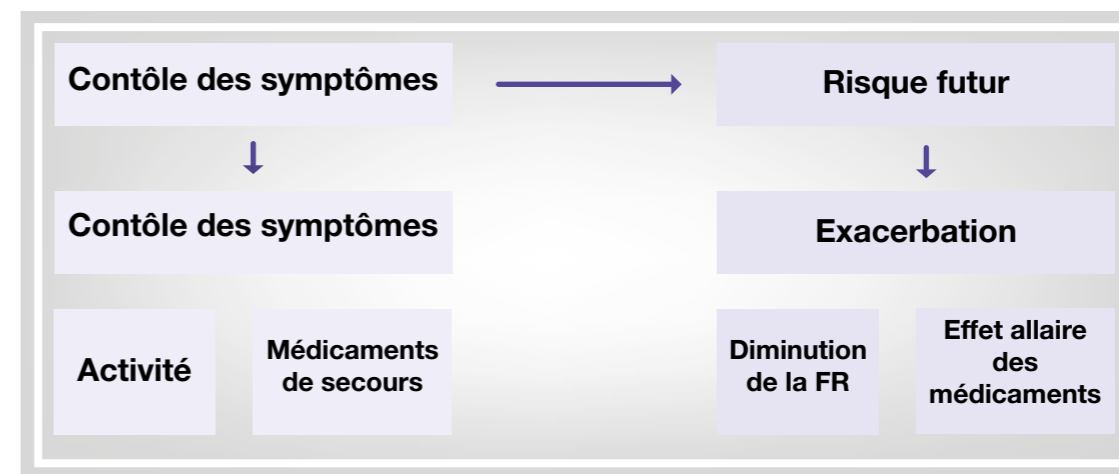
La fonction pulmonaire : Chiffres du DEP ou VEMS et ses variations quotidiennes et dans le nyctémère.

Degré de sévérité	Critères cliniques	Critères fonctionnels (DEP)
Asthme intermittent	Symptômes < 1 fois/semaine Asymptomatique entre les exacerbations Brèves exacerbations Symptômes nocturnes ≤ 2 fois/mois	Symptômes intermittents DEP>80% Variabilité<20 %
Asthme léger persistant	Symptômes > 1 fois/semaine mais < 1 fois/jour Exacerbations pouvant limiter l'activité et le sommeil Symptômes nocturnes > 2 fois/mois	Symptômes bénins DEP>80% Variabilité 20-30%
Asthme modéré léger persistant	Symptômes journaliers Exacerbations pouvant limiter l'activité et le sommeil Symptômes nocturnes > 1 fois/semaine	Symptômes modérés DEP =60-80% Variabilité>30%
Asthme sévère persistant	Symptômes journaliers Exacerbations fréquentes Symptômes nocturnes fréquents Activité physique limitée	Symptômes sévères DEP <60% Variabilité>30%

(Tableau 2) Classification de la sévérité de l'asthme (GINA 2006)

Contrôle de l'asthme (GINA 2014)

Le contrôle de l'asthme se base sur les critères de contrôle (contrôle des symptômes) et l'évaluation du risque futur.



• Critères de contrôle

La maladie asthmatique est classée en asthme contrôlé, partiellement contrôlé et non contrôlé selon des critères évalués sur les 4 dernières semaines.

	Contrôlé : présence de tous les critères	Partiellement contrôlé (au moins un critère présent lors d'1 même semaine)	Non contrôlé
Symptômes diurnes	Aucun (<=2/sem)	> 2/sem	Présence d'au moins 3 critères de l'asthme partiellement contrôlé sur une semaine
Limitation des activités	Aucune	Au moins 1	
Symptômes ou réveils nocturnes	Aucun	Au moins 1	
Recours à un traitement des symptômes	Aucun (<=2/sem)	>2/sem	

(Tableau 3) critère de contrôle de l'asthme.

Facteurs de risque futur

Facteurs de risque d'exacerbation :

- Symptômes d'asthme non contrôlés
- Utilisation excessive du médicament de secours (> 1 flacon/mois)
- Traitement inadéquat par corticothérapie inhalée : non prescrits, technique d'inhalation incorrecte et/ou faible observance
- VEMS bas (< 60% +++)
- Problèmes psychologiques et socio-économiques majeurs
- Exposition : tabagisme ++, allergènes / irritants professionnels
- Comorbidités : obésité, rhinosinusite, allergie alimentaire confirmée
- Eosinophilie sanguine ou dans l'expectoration
- Grossesse
- Intubation antérieure pour asthme
- ≥1 exacerbation sévère dans les 12 derniers mois.

Facteurs de risque de déclin rapide la fonction respiratoire

- Absence de corticothérapie inhalée,
- Tabagisme ou exposition professionnelle,
- VEMS initial bas,
- Hypersécrétion chronique de mucus,
- Éosinophilie

Facteurs de risque d'effets indésirables médicamenteux :

- Systémiques :

Corticothérapie orale fréquente.
- Locaux :
Doses élevée de corticoïdes inhalés, mauvaise technique d'inhalation

Le médecin doit être capable de prendre en charge au long cours le malade asthmatique :

Buts :

- Obtenir et maintenir le meilleur contrôle possible des symptômes
- Réduire le risque futur (exacerbations +++)
- Garantir la pratique normale des activités physiques
- Maintenir une fonction pulmonaire proche de la normale
- Éviter les effets secondaires du traitement
- Prévenir la mortalité liée à l'asthme
- Participer au traitement de fond de la maladie asthmatique :

L'objectif du traitement de fond est d'obtenir un contrôle au minimum acceptable, au mieux optimal (le meilleur) pour arriver à une amélioration de la qualité de vie du patient.

Les médicaments essentiels de l'asthme :

Les bronchodilatateurs : Les B2 sympathomimétiques :

Ils sont les bronchodilatateurs les plus efficaces : ils ont une action sur les récepteurs β des voies aériennes.

1. Les B2 sympathomimétiques de courte durée d'action (BDCA) : (salbutamol, terbutaline)

Ce sont les médicaments de première intention dans le traitement des symptômes de l'asthme. Ils agissent au niveau des récepteurs B2 mimétiques entraînant :

- La relaxation du muscle lisse bronchique.
- Une diminution de la perméabilité vasculaire
- Une augmentation de la clairance muco-ciliaire.

Les B2 sympathomimétiques de courte durée d'action agissent rapidement en quelques minutes mais leur durée d'action n'est en moyenne que de 4 à 6h.

2. Les B2 mimétiques de longue durée d'action (BDLA) :

(Salmeterol, Formoterol) prescrits en traitement de fond en association avec un anti-inflammatoire bronchique. Leurs début et durée d'action sont retardés d'où l'intérêt de leur prescription au cours de l'asthme d'effort et l'asthme nocturne.

3. Les anticholinergiques : (Ipratropium et Oxitropium) :

Ils entraînent une bronchodilatation en diminuant le tonus bronchoconstricteur cholinergique.

Ils sont utilisés dans le traitement des exacerbations et des crises d'asthme. Leur mode d'action est donc complémentaire de celui du B2 mimétiques

4. Bases xanthiques :

La théophylline entraîne une broncho-dilatation moins rapide et moins puissante que les β2-agonistes.

Elle possède un index thérapeutique étroit, une fréquence élevée des effets secondaires ainsi que de nombreuses interférences médicamenteuses, ce qui limite son utilisation.

b- Anti-inflammatoires :

- Corticoïdes,
- Corticoïdes inhalés (CSI).

C'est la thérapeutique la plus active sur la composante inflammatoire de l'asthme. Ils représentent le traitement préventif le plus efficace à long terme, c'est la pierre angulaire du traitement de fond de l'asthme.

Doses équivalentes des corticostéroïdes à inhaler selon GINA 2006

	Posologie journalière faible (µg)	Posologie journalière moyennement élevée (µg)	Posologie journalière élevée (µg)
Dipropionate de bécloéthasone -Adultes -Enfants	200 - 500 100 - 200	> 500 - 1000 > 200 - 400	> 1000 - 2000 > 400
Budésonide -Adultes -Enfants	200 - 400 100 - 200	> 400 - 800 > 200 400	> 800 - 1600 > 400
Fluticasone -Adultes -Enfants	100 - 250 100 - 200	> 250 - 500 > 200 - 500	> 500 - 1000 > 500

Les Corticoïdes per os :

La corticothérapie peut être prescrite en cure courte au cours d'une exacerbation ainsi qu'aux patients non stabilisés par la corticothérapie inhalée à forte dose.

Formes combinées :

(Fluticasone/salmeterol), (budésonide/formoterol)

Elles apportent un double avantage :

- Une meilleure observance thérapeutique.
- Un effet synergique ou additif.

Indications (recommandations du GINA 2014)

STADE 1 : BCDA à la demande sans traitement de fond ce traitement est indiqué si :

- Les symptômes sont rares,
- L'asthme ne provoque pas de réveils

nocturnes,
- Il ne s'est pas produit de crise au cours de l'année précédente
- Le VEMS est normal.
Autres possibilités : prise régulière de CSI à faible dose en cas de risque(s) d'exacerbation.

STADE 2 : Prise régulière de CSI à faible dose plus BCDA à la demande

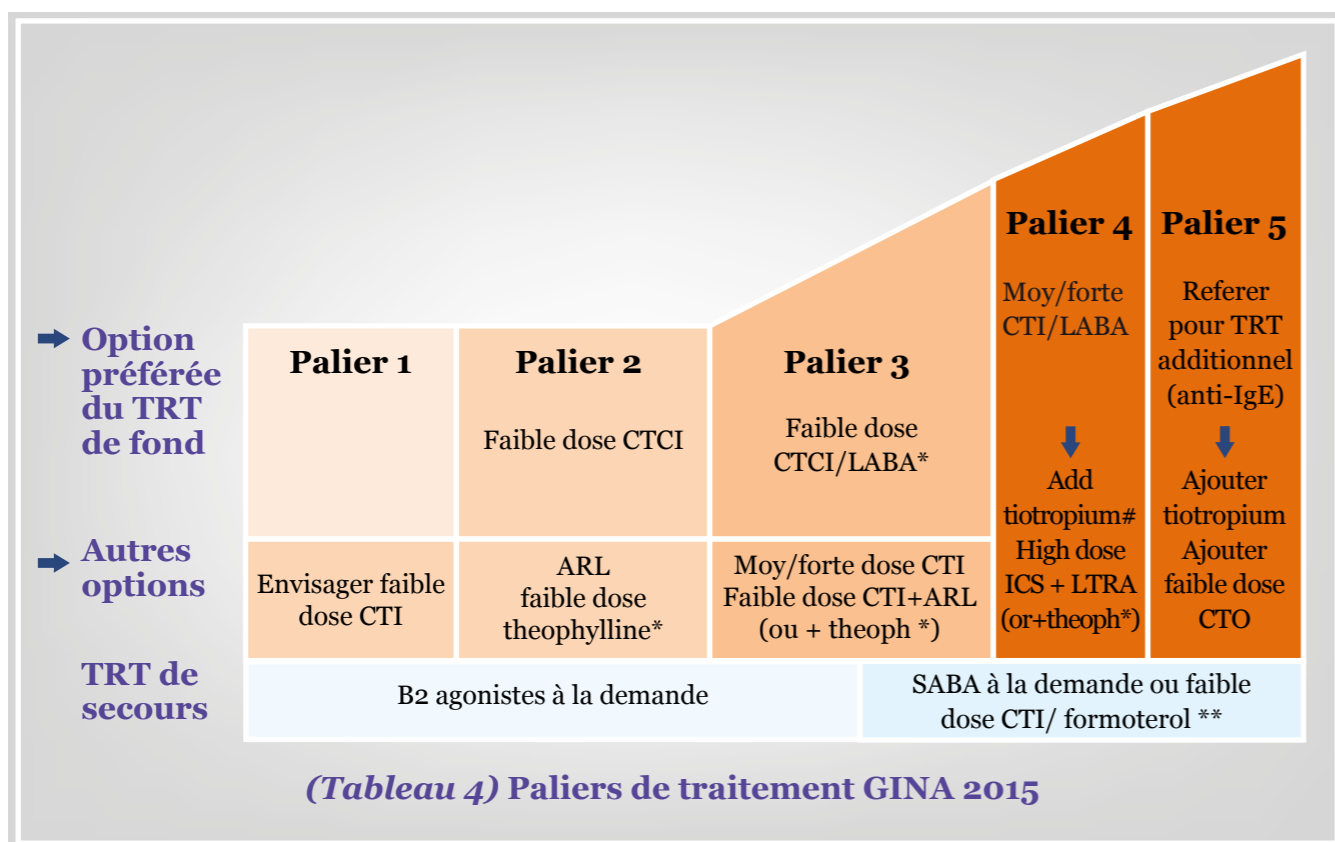
L'association CSI/BLDA entraîne une amélioration plus rapide des symptômes et du VEMS que les CSI seuls. En cas d'asthme allergique purement saisonnier, commencez immédiatement un CSI et arrêtez 4 semaines après la fin de l'exposition

STADE 3 : CSI/BLDA à faible dose en traitement d'entretien plus BCDA à la demande ou association CSI/formotérol en traitement d'entretien et

traitement aigu.

STADE 4 : Traitement d'entretien et traitement aigu par CSI/formotérol à faible dose ou traitement d'entretien par association CSI/BLDA plus BCDA à la demande.

STADE 5 : Adressez le patient à un spécialiste pour bilan et traitement supplémentaire.



Éviction de facteurs aggravants :

- Éviction allergénique : Éviction de pneumallergènes en cas d'allergie identifiée à un ou plusieurs allergènes
- Lutte antitabac : tant pour le tabagisme actif que passif.
- Proscrire les médicaments susceptibles de donner un bronchospasme :
 - β- bloquants quelle que soit la présentation.
 - L'aspirine et les AINS chez les sujets ayant des antécédents d'intolérance.
- Traitement des foyers infectieux (dentaires, ORL, bronchiques)
- Traitement d'un éventuel RGO.

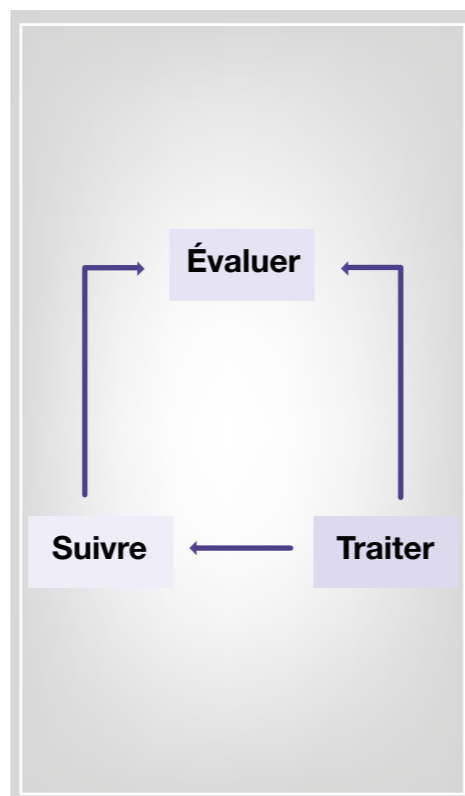
Éducation thérapeutique: L'objectif de l'éducation thérapeutique est de développer une relation de partenariat malade-médecin afin de permettre une meilleure observance et une autogestion optimale de la maladie, c'est le challenge à atteindre. Elle doit être permanente,

intégrée, répétée et surtout adaptée au niveau socio culturel du patient. Elle est basée sur trois actions principales:

- **L'information :** le malade doit avoir des informations sur :
 - Sur sa maladie
 - Sur son traitement
 - Sur son hygiène de vie
 - Sur les lieux et dates de consultation
- **La formation :** c'est l'apprentissage au malade des techniques d'inhalation
- **Le savoir faire :** apprendre au malade à s'autogérer lui-même.

- Traitement des comorbidités :**
- Obésité
 - Reflux gastro-œsophagien (RGO)
 - Anxiété et dépression
 - Rhinite/sinusite avec ou sans polypes
 - Allergie alimentaire

Le suivi de l'asthme: Le traitement de l'asthme doit être adapté en fonction d'un cycle continu basé sur le contrôle :



Niveau de contrôle	Action thérapeutique
Contrôle	Maintenir le contrôle et rechercher la dose minimale efficace
Partiellement contrôlé	Evaluer la stratégie d'augmentation des doses pour gagner en contrôle
Non contrôlé	Augmenter les doses jusqu'à obtenir le contrôle
Exacerbation	Traiter comme exacerbation

(Tableau 4) Décision pour le niveau de contrôle

Conclusion :

Le contrôle de la maladie asthmatique repose sur le contrôle de l'inflammation bronchique. Les corticoïdes inhalés, base du traitement de fond constituent les médicaments de première intention pour le maintien d'un contrôle adéquat. En cas de contrôle insuffisant l'action la plus efficace semble être la prescription au long cours d'un traitement utilisant l'action combinée par voie inhalatrice d'un corticoïde et d'un β-agoniste à longue durée d'action.

Bibliographie :

1. P. Demoly, P. Godard. Une synthèse sur l'épidémiologie de l'asthme Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique (2005).
2. Philippe Godard. Contrôle de l'asthme. Monographie. REV, Prat 2005

3. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé : Mieux vivre avec son asthme. L'Education thérapeutique pour bien gérer votre asthme au quotidien, ANAES, Paris 2004.
4. François Jounieaux, Isabelle Tilie-Leblond. Diagnostic de l'asthme chez l'adulte. Monographie REV, Prat 2005
5. The reality of Asthma Control Study. Chapman KR. Boulet LP. FitzGerald MJ. McIvor RA. Zimmerman S. Présentée lors du congrès de l'ATS (American Thoracic Society). San Diego (californie). Mai 2005. American journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2005; 171 (Suppl A) ; A 687-679.
6. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. ANAES : rev mal respir 2004,21 :S1-10 www.anaes.fr.
7. Alain Didier, Laurent Tétu. Strategie thérapeutique dans la prise en charge de l'asthme. Monographie REV Prat 2005.
8. ANAES Education thérapeutique de l'enfant asthmatique. REV Pneumol clin 2004,60 :182-7.
9. GINA Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2006
10. Management of Astma: A Guide to the Essentials of Good Clinical Practice, Third Edition UICT 2008
11. GINA Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2014
12. GINA Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2015

Contrôlez vos connaissances !

Mme BF, 22 ans, est suivie pour asthme depuis 2 ans, traitée par salbutamol en aérosol à la demande et du béclométasone 1 bouffée matin et soir. Depuis quelques mois elle présente 2 à 3 épisodes de gêne nocturne par mois et a recours au salbutamol 2 à 3 fois par semaine. Elle a du mal à faire son ménage.

1. Comment qualifieriez-vous la sévérité de l'asthme de votre patiente ?
2. Comment qualifieriez-vous le contrôle de l'asthme de votre patiente ?
3. Quel traitement lui proposez-vous ?
4. Quelle autre action envisagez-vous ?

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Infections génitales hautes chez la femme

Dr Dammene Debbih Amel, Dr Hadabi K. A
Service de Gynécologie-Obstétrique - Hôpital Bainem

RÉSUMÉ :

La salpingite aiguë ou maladie inflammatoire pelvienne (PID) est l'une des maladies gynécologiques aiguës les plus courantes; elle est causée par un large spectre de micro-organismes. Son diagnostic est souvent difficile car les signes et les symptômes classiquement attribués à cette maladie ne lui sont pas spécifiques et sont basés sur l'évaluation de l'anamnèse, l'examen clinique, des tests de laboratoire et imagerie jusqu'à la réalisation de la laparoscopie. L'utilisation de l'antibiothérapie prend en compte l'étiologie de salpingite aiguë polymicrobienne, de même il faut prendre en considération la prévention des épisodes de récurrence grâce à des efforts à l'éducation du patient et l'identification et le traitement des partenaires sexuels. Plus important encore, nous devons nous rappeler que ce qui est en jeu est souvent le potentiel de reproduction chez une jeune femme.

Mots clés : Infection génitale haute ; diagnostic, traitement

ABSTRACT :

Acute salpingitis or pelvic inflammatory disease (PID) is one of the most common acute gynecologic diseases ; it is caused by a large spectrum of micro-organisms. Its diagnosis is often difficult. Because signs and symptoms classically ascribed to this disease are not specific to it, and is based to valuation of history-taking, clinical examination, laboratory tests and imagery. Until to do laparoscopy. The use of antibiotic therapy that takes into account the polymicrobial etiology of acute salpingitis, prevention of recurrent episodes of salpingitis through efforts at patient education and identification and treatment of sexual partners. Most important, we must remember that what is at stake is often the future reproductive potential of a young woman.

Key words : Pelvic inflammatory disease; diagnostic; treatment

1. Définitions :

Les infections génitales hautes (IGH) ou « Pelvic Inflammatory Disease : PID » incluent l'endométrite, la salpingite, l'abcès tubo-ovarien et la péritonite pelvienne. Les IGH englobent les infections touchant l'utérus, les trompes de fallope, les ovaires, les surfaces péritonéales ou les structures contiguës. Elles sont souvent une complication d'infections transmises sexuellement (ITS), bien qu'elles peuvent aussi être secondaires à une procédure médicale.

2. Signes cliniques :

Signes fonctionnels	Signes organiques	Interrogatoire
<ul style="list-style-type: none"> - Algies pelviennes - Leucorrhées anormales/métrorragies - Dyspareunie - Signes fonctionnels urinaires - Fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Cervicite - Douleur à la mobilisation utérine - douleur/masse latéro-utérine 	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent d'IST - Contexte de post partum ou post abortum, manœuvre endo-utérine récente - Métrorragies

NB : formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques = 70-75 %

Les symptômes peuvent varier largement entre les patientes et certaines femmes peuvent même être asymptomatiques. Les signes et symptômes associés aux IGH ne sont pas spécifiques. Le tableau suivant, adapté des lignes directrices canadiennes, résume les critères diagnostiques.

CRITERES CLINIQUES CARDINAUX	CRITERES CLINIQUES ADDITIONNELS	CRITERES PARACLINIQUES ADDITIONNELS	CRITERES DIAGNOSTIQUES DEFINITIFS
<ul style="list-style-type: none"> - Douleur abdominale basse - Sensibilité aux annexes - Douleur à la mobilisation du col utérin 	<ul style="list-style-type: none"> Température $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ - Douleur au dos - Dyspareunie - Métrorragie, ménorragie - Secrétions vaginales abondantes et purulentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de leucocytes abondants sur état frais - Protéine C réactive ou vitesse de sédimentation élevées - Détection de Neisseria-gonorrhoea ou Chlamydia trachomatis 	<ul style="list-style-type: none"> - Biopsie de l'endomètre démontrant endométrite - Echographie transvaginale démontrant épaissement des trompes, du liquide libre pelvien ou un abcès tubo-ovarien - Etalon d'or : Anomalies compatibles avec une IGH à la laparoscopie

Critères de diagnostic :

Critères majeurs proposés

Douleur annexielle provoquée ou Douleur à la mobilisation utérine

Critères additifs (chaque critère présent augmente d'autant plus la spécificité du modèle)

- Interrogatoire : Antécédent d'IST Post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente Syndrome rectal
 - Examen clinique : T > 38 °C Leucorrhées purulentes
 - Examens complémentaires : Elévation de la CRP Présence de Chlamydia ou Gonocoque à l'examen bactériologique
- Histologie : Endométrite à la biopsie endométriale Présence de signe échographique spécifique : épaissement pariétal tubaire > 5 mm, • ou signe de la roue dentée, • ou masse hétérogène latéro-utérine ±- cloisonnée avec de fins échos.
- Signe Doppler spécifique : hyperhémie

3. Facteurs de risque : résumés sur le tableau 4

Partenaires sexuels multiples	Etat du partenaire sexuel (porteur)
Episode(s) antérieur(s) d'IGH	Age (15-25 ans)
Méthode de contraception	Dispositif intra-utérin
Antécédent d' ITS	Nulliparité
Relation sexuelle durant les menstruations ou juste après	

4. Examens complémentaires :

Prélèvements cervico-vaginaux	Bilan biologique	Echographie pelvienne
<p>après nettoyage de la glaire cervicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - écouvillons dans le cul de sac vaginal, endocol - si DIU en place : ablation et envoi en bactériologie - en cas de doute diagnostique : discuter biopsie endométriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Hémocultures si T $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ et/ou frissons - NFS, CRP - hCG de principe - Sérologies VIH (après information de la patiente), VHB, VHC, TPHA/VDRL 	<p>Signes spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epaissement pariétal tubaire sup 5mm - Signe de la roue dentée - Masse hétérogène intra utérine +/- cloisonnée avec de fins échos - Hyperhémie au doppler

NB : hyperleucytose et syndrome inflammatoire inconstants

En cas de doute diagnostique : TDM abdomino-pelvienne

5. Diagnostic différentiel :

- Pyélonéphrite aiguë,
- Appendicite aiguë,
- Cholécystite aiguë,
- GEU, torsion d'annexe,
- Endométriose ...

6. Complications :

- A court terme : L'abcès tubo-ovarien et le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (péri-hépatite).
 - A long terme : l'infertilité, la grossesse ectopique, la douleur pelvienne chronique et la dyspareunie.
- Le risque de développer des complications à long terme est accru avec les épisodes récurrents.

7. Prise en charge thérapeutique

a. Principes du traitement :

Un traitement rapide est crucial pour éviter les complications, particulièrement l'infertilité. Un traitement empirique devrait être administré à toutes les femmes présentant de la douleur abdominale basse et de la sensibilité au niveau de l'utérus, du col ou des

annexes (ovaires, trompes et ligaments larges) dont la cause clinique la plus probable est l'IGH.

Le traitement peut être donné par voie orale et/ou parentérale et en externe ou à l'hôpital. La majorité des femmes peut être traitée en externe avec une thérapie per os. Toutefois, il existe certaines situations ou une hospitalisation est préférable au traitement en ambulatoire.

b. Critères d'hospitalisation :

- IGH compliquée :
 - Abcès pelvien, pelvipéritonite, péri hépatite
 - Sepsis sévère ou choc
 - Formes récidivantes
- Troubles digestifs (nausées, vomissements) avec impossibilité d'utiliser la voie orale
- Echec ou impossibilité du traitement ambulatoire
- Incertitude diagnostique : doute sur une autre urgence chirurgicale (exemple : appendicite)
- Patientes adolescentes

• Immunodépression Antibiothérapie (cf tableau)

• Grossesse

c. Principe du traitement :

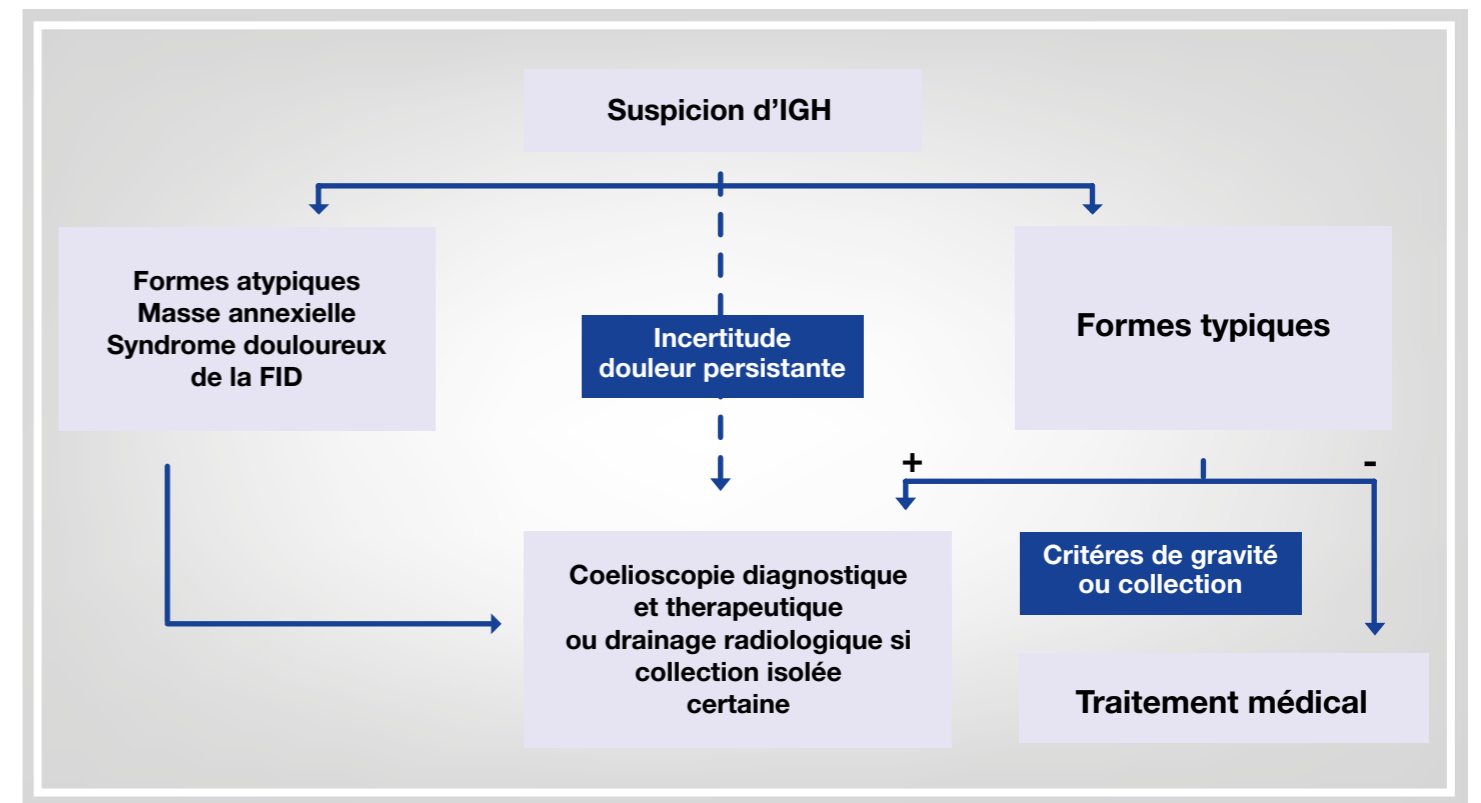
- Triple antibiothérapie active sur chlamydia trachomatis, gonocoque, mycoplasma, streptocoques, entérobactéries et anaérobies
- A débiter après les prélèvements sauf sepsis sévère (marbrures, hypotension..)
- Traitement ambulatoire par voie orale en cas de forme non compliquée
- Adaptation de l'antibiothérapie à 48-72h +++
- Récupérer systématiquement le résultat des prélèvements microbiologiques avant la sortie d'hospitalisation
- Coelioscopie diagnostique d'indications précises
- Les prélèvements per opératoires doivent être réalisés :
 - Dans des seringues bouchées (pour milieu standard)
 - Dans des flacons d'hémocultures anaérobies (en priorité) et aérobie (si prélèvement suffisant)

• Adaptation aux résultats microbiologiques

• Relais PO dès amélioration clinico-biologique, en absence de troubles digestifs

En l'absence de documentation microbiologique :
Poursuivre le traitement PO par métronidazole et doxycycline

NB : CI cyclines en cas de grossesse, allaitement, photosensibilité



SALPINGITE NON COMPLIQUEE Traitement ambulatoire Antibiotique P.O	SALPINGITE COMPLIQUEE Hospitalisation +/- drainage des abcès tubo-ovariens Antibiotique I.V
<p>Ceftriaxone 1g injection unique IM</p> <p>+ Métronidazole 500mg x 2/ j P.O</p> <p>+ Doxycycline 100 mg x 2/j P.O</p> <p>En cas d'allergie aux B-lactamines :</p> <p>Ciprofloxacine 500 mg prise unique P.O</p> <p>+ Métronidazole 500 mg x 2/ j P.O</p> <p>+ Doxycycline 100 mg x 2/j P.O</p> <p>Durée totale : 14 jours</p>	<p>Ceftriaxone 1g/j I.V</p> <p>+ Métronidazole 500mg x 3/ j I.V</p> <p>+ Doxycycline 100 mg x 2/j P.O</p> <p>En cas d'allergie aux B-lactamines :</p> <p>Ciprofloxacine 500 mg x 2/j P.O</p> <p>+ Métronidazole 500 mg x 3/ j P.O</p> <p>+ Doxycycline 100 mg x 2/j P.O</p> <p>Durée totale : 21 jours</p>
Réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures +++	

d. Suivi post thérapeutique : Mesures associées :

- Repos
- Antalgiques (pas d'AINS)
- Anticoagulation préventive en cas d'abcès pelvien (prévention du risque de thrombophlébite pelvienne)
- Contraception oestroprogestative (en l'absence de CI)
- Insister sur l'importance de l'observance du traitement ATB +++
- Suivi clinique et sérologique (+ sérologie chlamydia trachomatis) à distance +++ (patiente à revoir 1 à 2 mois après l'hospitalisation). Dépistage et traitement systématique du mari ou partenaires)
- Bilan d'IST : premier jet d'urine (PCR

chlamydia et gonocoque), sérologies VIH (après information du patient), TPHA/VDRL, VHB, VHC

Bibliographie

1. 7e Conférence de Consensus en thérapeutique anti-infectieuse — MST chez la femme, la mère, la mineure. J Gynecol Obstet BiolReprod, 1994 ; 23 : 210-216.
2. Judlin P. Les infections génitales hautes. Introduction. J Gynecol Obstet BiolReprod, 2012 ; 41 : 832.
3. Bouquier j, Fauconnier a, Fraser W et al. Diagnostic d'une infection génitale haute. Quels critères cliniques, paracliniques ? Place de l'imagerie et de la coelioscopie? J Gynecol Obstet BiolReprod, 2012 ; 41 : 835-849.
4. Quentin r, Verdon R. Les infections génitales hautes : bases microbiologiques du diagnostic et du traitement. J Gynecol Obstet BiolReprod,

- 2012 ; 41 : 850-863.
5. Bourret a, Fauconnier a, Brun JL. Prise en charge d'une infection haute non compliquée. J Gynecol Obstet BiolReprod, 2012; 41 : 864-874.
6. Afssaps. Empirical antimicrobial treatment for non complicated urethritis and cervicitis. 2005 with actualisation in March 2009. www.afssaps.fr
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of acute pelvic inflammatory disease. Green-top Guideline No. 32, Nov 2008.
8. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. Morb Mortal Wkly Rep, 2010 ; 59 RR12 : 1-116.
9. Judlin P. Current concepts in managing pelvic inflammatory disease. Curr Opin Infect Dis, 2010; 23: 83-87.
10. P. JUDLIN et al. Infections génitales : quoi de neuf ? Réalités en gynécologie-obstétrique # 168_Mars/Av

11. Agence de la santé publique du Canada. « PelvicInflammatoryDisease (PID). » Dans : Canadian Guidelines on SexuallyTransmitted Infections 2006 Edition. [En ligne, fichier pdf]. Mise à jour octobre 2007 [cité le 10 juin 2008]. [13 p.] Disponible: http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/pdf/pido6_e.pdf

12. Ross J.D.C. « European guideline for the management of pelviciinflammatorydisease and perihepatitis. » International Journal of STD & AIDS. 2001; 12 (suppl 3) : 84-87.

13. Walker CK, Wiesenfeld HC. « AntibioticTherapy for Acute PelvicInflammatoryDisease : The 2006 Centers for Disease Control and PreventionSexuallyTransmittedDiseasesTreatment Guidelines. » ClinicalInfectiousDiseases. 2007; 44 (Suppl 3) : S111-S122

14. Robert C. Brunham, M.D., Sami L. Gottlieb, M.D., M.S.P.H.,andJormaPaavonen, M.D.PelvicInflammatoryDisease.The new england journal o f medicine, 2015; 2039-2048

15. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). PelvicinflammatoryDisease (PID). Treatment guidelines, 2015, 1-5.

16. Ross J, Judlin Ph, Jensen J. European Guideline for the Management of PelvicInflammatoryDisease 2012 ; 1-22.

Contrôlez vos connaissances !

Une salpingite aiguë peut entraîner à distance :

- a. Une dyspareunie
- b. Des douleurs abdominales
- c. Une infection urinaire chronique
- d. Une grossesse extra-utérine
- e. Une stérilité tubaire

Parmi les affirmations suivantes concernant la salpingite, lesquelles sont exactes ?

- a. La fièvre est fréquente
- b. L'examen clinique permet de faire le diagnostic dans tous les cas
- c. L'antibiothérapie doit comprendre un antibiotique actif sur le chlamydia
- d. Les métrorragies sont parfois présentes
- e. L'existence d'une masse annexielle doit faire craindre un abcès tubo-ovarien

Concernant le traitement, quelle est la ou les réponses juste(s) ?

- a. il faut toujours traiter le partenaire
- b. la coelioscopie est toujours indiquée
- c. un seul antibiotique est nécessaire
- d. le traitement doit être entrepris en milieu hospitalier

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

La bronchiolite aiguë du nourrisson

H. Maouche Maître de Conférences classe - A -
Service de pédiatrie du professeur A. Bensenouci CHU Béni-Messous

RÉSUMÉ :

La bronchiolite aiguë est une infection aiguë virale des bronchioles survenant de manière épidémique chez l'enfant de moins de 24 mois. Elle touche actuellement des enfants de plus en plus jeunes et n'épargne pas les nouveau-nés. Elle survient surtout pendant la saison automno-hivernale. Elle se manifeste cliniquement par des signes d'infection virale, une polypnée, des signes de lutte respiratoire et un wheezing. Ce tableau clinique est source d'angoisse et de panique pour les médecins et les familles qui sollicitent les services des urgences des grands centres hospitaliers alors que souvent un traitement symptomatique au domicile est largement suffisant. La bronchiolite aiguë n'est pas de l'asthme même si les symptômes de ces deux affections sont identiques.

Mots clés : Bronchiolite, Infection aiguë virale, traitement symptomatique.

ABSTRACT :

Bronchiolitis is an acute viral infection of the bronchioles epidemically occurring in children under 24 months. It currently affects children increasingly younger and not sparing newborns. It occurs specially during the season of autumn and winter. It is manifested clinically by signs of viral infection, tachypnea, respiratory distress and wheezing. This clinical picture is a source of anxiety and panic for physicians and families who go request the emergency services of large hospitals while usually symptomatic treatment at home is quite sufficient. Acute Bronchiolitis is not asthma, even though the symptoms are the same.

Key words : Bronchiolitis, acute viral infection, symptomatic treatment.

1. Définition :

Infection aiguë virale des bronchioles survenant de manière épidémique chez l'enfant de moins de 24 mois.

- C'est la plus fréquente des IRA basses de l'enfant de moins de 24 mois
- Elle survient sous forme d'épidémies en automne et en hiver.
- Les virus responsables sont : Le virus respiratoire syncytial (VRS) : 90 % , autres virus : 10% (rhinovirus, adénovirus, myxovirus parainfluenzae, virus de la grippe).

2. Diagnostic Positif :

Interrogatoire	Examen clinique	Examens paracliniques
<p>Age de l'enfant < 24 mois</p> <p>Notion de contagé viral.</p> <p>Début brutal ou progressif avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toux, fièvre, gêne respiratoire - Rhinite : claire - Toux : durée, type : paroxystique avec quintes ou sifflante - Difficultés respiratoires : Respiration rapide, tirage, - Cyanose, sueurs. Autres : vomissements après la toux, diarrhée : selles liquides... Comportement : éveil, somnolence, fatigue... 	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre. - Rhinite claire. - Toux, wheezing. - Geignement expiratoire. - Stridor. - Cyanose. - Tachycardie - Polypnée. - Battement des ailes du nez. - Tirage sous costal. - Thorax distendu, sonore. - Râles : sibilants et/ou sous crépitants disséminés, symétriques. 	<p>→ Radiographie thoracique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Inutile dans la bronchiolite aiguë typique même chez un enfant présentant des critères d'hospitalisation. ▶ Recommandée dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Symptômes inhabituels évocateurs d'une complication (asymétrie auscultatoire...), - Pathologie sous-jacente : cardiopathie, malformation, mucoviscidose, déficit Immunitaire, pathologie neuromusculaire - Doute diagnostique : signes d'insuffisance cardiaque. → Bilan infectieux biologique : - Inutile en cas de bronchiolite aiguë typique. - Peut être réalisé chez un enfant fébrile âgé de moins d'un mois suspect d'infection bactérienne sévère. → Tests Virologiques : Inutiles.

Le diagnostic de Bronchiolite aiguë est basé sur l'anamnèse et l'examen clinique. Le problème qui se pose est de distinguer la bronchiolite aiguë de l'asthme débutant chez un nourrisson. Tenir compte de la clinique, de la période épidémique, de l'âge de l'enfant, des antécédents personnels ou familiaux au premier degré (eczéma, asthme, allergies...).

- Tout premier épisode de dyspnée sifflante avant l'âge de 2 ans est considéré comme une bronchiolite aiguë du nourrisson.
- En cas de 2ème épisode avec antécédents personnels ou familiaux d'atopie, l'hypothèse d'un asthme du nourrisson peut être évoquée.
- En cas de 3ème épisode, considérer qu'il s'agit d'un asthme.

3. Diagnostic de gravité :

Une évaluation clinique précise est nécessaire pour apprécier la gravité de la bronchiolite aiguë et adapter la prise en charge.

3.1- Sévérité de la bronchiolite :

Evaluation de la gravité : selon 6

	Bronchiolite légère	Bronchiolite modérée	Bronchiolite sévère
Fréquence respiratoire	Normale ou légèrement augmentée	Augmentée	Très augmentée < 6 mois : > 70 ; 6-12 mois : > 60 > 12 mois : > 40
Tirage	Léger intercostal	Modéré sus-sternal et sus-claviculaire	Important Intercostal, sus-sternal, sus-claviculaire, basithoracique, battement des ailes du nez, geignements
SaO2 en% (sous air)	> 95	90 - 95	< 90
Alimentation (Tétées)	Normale ou peu réduite	50 à 75% de l'alimentation habituelle	< 50% de l'alimentation habituelle ou refus d'alimentation
Apnées	Absentes	Brefs épisodes	Fréquentes

Fréquences respiratoires normales en fonction de l'âge

Âge	Fréquence Respiratoire Normale par minute
< 2 mois	< 60
2 à 12 mois	< 50
12 à 24 mois	< 40

3.2- Critères d'hospitalisation : la présence d'un critère indique l'hospitalisation :

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1- Altération de l'état général : aspect toxique 2- Polypnée soutenue ≥ 60/mn. 3- Tirage important : sus-sternal, sus-claviculaire, battement des ailes du nez. 4- Geignements. 5- Rythme respiratoire irrégulier ou apnée 6- SpO2 < 90 % sous air à l'état d'éveil malgré une désobstruction naso-pharyngée. 7- Cyanose. 8- Apnées | <ol style="list-style-type: none"> 9- Age < 2 mois 10- Antécédent de grande prématurité < 32 semaines d'aménorrhée avec moins de 3 mois d'âge corrigé. 11- Pathologie sous-jacente : cardiopathie, pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire 12- Troubles digestifs. 13- Déshydratation aiguë. 14- Troubles de la conscience. 15- Gêne à l'alimentation 16- Mauvaises conditions socio-économiques 17- Accès difficile aux soins |
|---|---|

3.3- Critères de gravité pour transfert en réanimation :

- Critères de gravité extrême**
- Fréquence respiratoire ≥ 70 /mn
 - Bradycardie
 - Pauses respiratoires, Apnées.
 - Acidose avec un PH $\leq 7,20$
 - Augmentation rapide ($\geq 40\%$) des besoins en oxygène.

4. Prise en charge :

4.1- Mesures Générales :

- Nécessaires dans tous les cas
- Eviter de trop manipuler le malade (minimal handling)
 - Assurer un apport hydrique suffisant.
 - Mouchages fréquents avec du sérum salé isotonique (0,9%)
 - Oxygène pour maintenir une saturation > 92%

4.2- Bronchiolite légère sans facteurs de risque :

- Traitement en ambulatoire.
- Instruction des parents :
 - Eviter les manipulations inutiles (minimal handling)
 - Mettre l'enfant en position anti reflux : lit incliné à 30°
 - Fractionnement des repas :
 - Apports liquidiens et alimentaires suffisants.
 - Mouchages fréquents avec du sérum salé isotonique (0,9%)
 - Traitement antipyrétique :
 - Moyens physiques, paracétamol.
 - Eviction du tabagisme parental,
 - Eviter la pollution domestique.
- Expliquer les signes de gravité pour un recours aux urgences.
- Planifier la consultation de contrôle.

- Pas de bronchodilatateurs, pas de corticoïdes, pas d'antibiotiques.

4.3- Bronchiolite modérée ou sévère :

- #### 4.3.1- Traitement symptomatique :
- Hospitalisation + ISOLEMENT.
 - Eviter les manipulations inutiles.
 - Position anti reflux, oxygène pour maintenir une saturation > 92%.

- Assurer un apport hydrique suffisant : per os, ou sonde nasogastrique ou intra-veineux.
- Mouchages fréquents avec du sérum salé isotonique (0,9%).
- Traitement de la fièvre : moyens physiques avec ou sans paracétamol.
- Surveillance régulière : constantes vitales, oxymétrie.

4.3.2- Les bronchodilatateurs :

Non recommandés :
Peuvent être utilisés si association des deux paramètres suivants:

- Deuxième épisode.
- Bronchiolite sévère avec antécédents personnels ou familiaux d'atopie.

On fait un essai aux bronchodilatateurs (salbutamol ou terbutaline)

- Si amélioration du score clinique : on maintient (il s'agit a priori d'un asthme du nourrisson).
- Si pas d'amélioration : arrêter

4.3.3- Les corticoïdes :

- Corticoïdes inhalés : aucune indication.
- Corticoïdes par voie systémique : à utiliser avec le test aux bronchodilatateurs dans les formes sévères.

4.3.4- Les antibiotiques :

- À utiliser si surinfection bactérienne suspectée ou prouvée Indications admises : **Fièvre élevée prolongée plus de 48 heures associée à un des paramètres suivants :**
- Otite moyenne aiguë.
 - Opacité radiologique (condensation ou atelectasie).
 - Maladie cardiaque ou pulmonaire sous-jacente.
 - Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles ou CRP positive.

4.3.5- Médicaments à éviter :

Les antitussifs, les mucolytiques, les humidificateurs, la ribavirine.

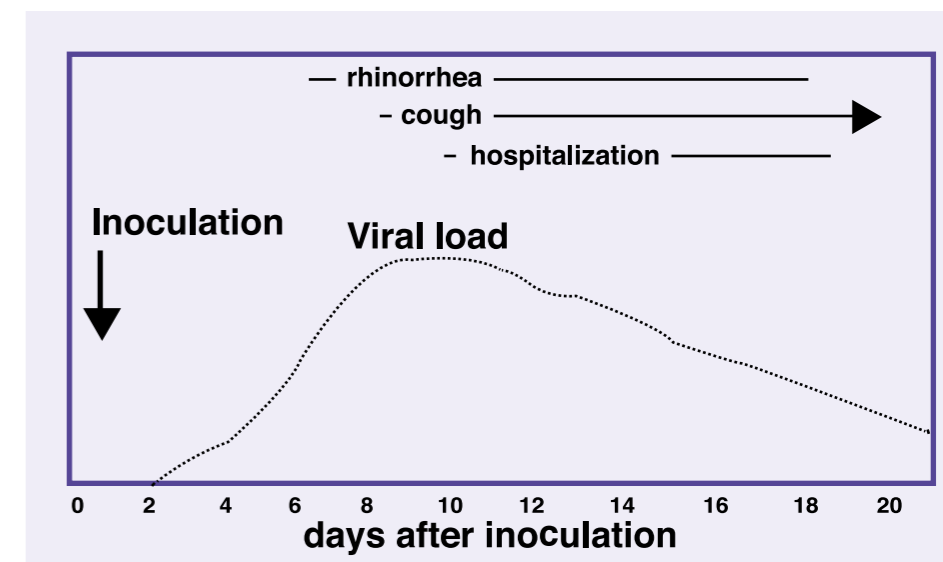
4.3.6- Physiothérapie : Kinésithérapie :

Non systématique (efficacité très discutée).

Pour certains auteurs la physiothérapie peut être réalisée dans la bronchiolite sévère en phase sécrétoire à raison de 1 à 2 séances par jour à distance des repas, tant qu'il y'a des sécrétions abondantes (5 à 10 jours)

5. Evolution naturelle de l'infection à Virus Respiratoire Syncytial :

Cinétique de l'infection à VRS



6. Conclusion :

La bronchiolite aiguë du nourrisson est une infection respiratoire aiguë basse d'origine virale (surtout le VRS) survenant de manière épidémique, relevant d'un traitement symptomatique. La bronchiolite aiguë n'est pas de l'asthme même si les symptômes de ces deux affections sont identiques.

Bibliographie :

1. S.M Mazouni and al. Bronchiolite aiguë du nourrisson Vade-Mecum de Pédiatrie. Editions BabyGuide Sarl 2015, CH-1052 Le Mont-sur Lausanne.
2. Guide des Infections Respiratoires Aigües. Comité Nationale de lutte contre les infections respiratoires aiguës de l'enfant. Direction de la prévention MSPP Alger 2002
3. M.Verstraete and All. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 1 an :actualisation et consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand ouest(HUGO).Arch Pediatr 2014 ; 21 :53-62
4. Shawn L. And All. Clinical Practice Guideline : The diagnosis, Management and prevention of Bronchiolitis. Pediatrics 2014 ; 134:e1474-e1502
5. Baraldi E and All. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. Italian J Pediatr 2014; 40:65-77
6. Princess Margaret Hospital for Children, Melbourne,2010.http://www. pmh health. wa. gov. au/development/manuals/clinical_practice_guidelines/documents/bronchiolitis_cpg.pdf
7. Ramos Fernandez J. M and All. Validation of an acute bronchiolitis severity scal. An Pediatr 2014; 81:3-8
8. A.Labbé and All. Bronchiolite aiguë du nourrisson : facteurs de risque et évaluation de la gravité : un enjeu majeur dans la prise en charge. Arch Pediatr 2014 ; 21 :226-227
9. Cody Meissner H. Viral Bronchiolitis in Children.N Engl J Med 2016 ; 374 : 62-72

Contrôlez vos connaissances !

1. La bronchiolite aiguë :

- A- Est une affection aiguë des bronchioles de nature infectieuse due surtout au virus respiratoire syncytial.
 B- Elle survient par épidémies en automne et en hiver.
 C- Elle touche le nourrisson âgé de moins de deux ans et n'épargne pas le nouveau-né.
 D- Elle se manifeste par une polypnée, des signes de lutte respiratoire et un wheezing.
 E-Elle est toujours grave et nécessite l'hospitalisation.

2. La bronchiolite aiguë modérée est définie par :

- A- Une polypnée.
 B-Un battement des ailes du nez, des geignements, un tirage sus-sternal, sus claviculaire, intercostal et baso-thoracique.
 C- Une réduction de 25 à 50 % de l'alimentation habituelle
 D- Une SaO2 sous air de 90% à 95%
 E- De brefs épisodes d'apnée.

3. Le traitement de la bronchiolite aiguë fait toujours appel à :

- A- L'isolement du malade pour éviter de contaminer d'autres bébés.
 B-La désobstruction nasale avec mouchages fréquents à l'aide de sérum salé isotonique.
 C- La lutte contre la fièvre en associant les moyens physiques et le paracétamol.
 D- Un apport alimentaire optimal avec un apport liquidien suffisant par voie orale ou intra veineux si nécessaire.
 E- L'utilisation de sirops mucolytiques, de bronchodilatateurs et des corticoïdes.

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Diabète sucré de la personne âgée

K. Ouerdane , M. Semrouni , Z. Arbouche
 service d'endocrinodiabétologie CHU Béni Messous, Alger.

RÉSUMÉ :

Le diabète sucré est une maladie métabolique chronique dont la fréquence augmente avec l'âge. Elle touche environ 10 % des personnes de plus de 65 ans, sous la forme principale d'un diabète sucré de type 2. Le EDWPOP : European diabetes working party for older people (le groupe de travail européen du diabète de la personne âgée), est un groupe de travail créé en 2000 qui se réunit une fois par an sous l'égide de l' ALFEDIAM et la SFGG (société française de gériatrie et gérontologie). Ses objectifs sont de rendre la situation actuelle sur le problème du DT2 des personnes âgées, en analysant diverses études, et de libérer un guide pratique des soins. En 2011, il y avait une publication des recommandations de pratique clinique du DT2 des personnes âgées. Un support à partir duquel s'est inspiré cet article afin d'orienter nos praticiens dans leur prise en charge .Le diabète dans cette tranche d'âge est assez particulier : le sujet souffre de nombreuses maladies, prend beaucoup de médicaments et , est en activité physique réduite. Ce qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire, avec participation souhaitable car, très contributive d'un médecin gériatre.

Mots clés : sujet fragile, polypathologie, évaluation, gérontologie, transition épidémiologique, hyperosmolarité.

ABSTRACT :

The diabetes mellitus is a metabolic chronic disease by which the frequency increases with the age. It affects approximately 10 % of the people of more than 65 years, under the main shape of a diabetes mellitus type 2. The EDWPOP: European diabetes working party for older people, is a workgroup created in 2000 which meets once a year under the aegis of the ALFEDIAM and the SFGG (French society of geriatrics and Gerontology). Their objectives are to make the current situation on the problem of the DT2 of the elderly people, by analyzing various studies, and to release a practical guide of care. In 2011, it had a publication of the Clinical Practice Recommendations of the DT2 of the elderly. The diabete in this case is rather specific : the subject is suffering of many diseases, is taking many drugs and, is in reduced physical activity.

Le diabète sucré est une maladie métabolique chronique dont la fréquence augmente avec l'âge. Il touche environ 10% des personnes de plus de 65 ans, sous la forme principale d'un diabète sucré de type 2.

Définitions :

- Selon l'OMS, un sujet est considéré comme âgé au-delà de 65 ans.
 - L'âge physiologique est plus intéressant à considérer, en gériatrie :
 - Le sujet est considéré âgé au-delà de 75 ans.
 - Ou, au-delà de 65 ans s'il a une polypathologie.
- Une évaluation gérontologique standardisée est un outil permettant de codifier la prise en charge des sujets âgés. L'existence de morbidité sensorielle, cognitive et physique permet de classer les sujets âgés diabétiques en 03 catégories:
- **Sujet âgé autonome** : sans déficit cognitif, bon état nutritionnel et environnement familial favorable = vieillissement réussi.
 - **Sujet âgé fragile** : existence de plusieurs pathologies, altération de la fonction cognitive ou toute rupture de l'équilibre peut conduire à la dépendance.
 - **Sujet âgé dépendant** : souvent en fin de vie, avec l'existence d'une polypathologie responsable de la dépendance du malade = vieillissement pathologique.

Diagnostic positif du diabète sucré :

Du fait de la stabilité de la glycémie avec l'âge, il n'y a pas de modification des critères de diagnostic :

- O2 glycémies GAJ veineuses $\geq 1,26$ g/l en dehors d'un état de stress.

- Ou : Glycémie ≥ 2 g/l associée à des signes évocateurs de DS qq soit le moment de la journée.

- Ou : GPP/ HGPO à 2h après 75 g Glucose à ≥ 2 g/l

Epidémiologie :

En Algérie, la sonnette d'alarme est tirée...!!! La prévalence du diabète de type 2 chez la personne âgée ne cesse de croître. Ceci pourrait être expliqué par l'allongement de l'espérance de vie et l'épidémie de l'obésité dans notre société.

L'office national des statistiques (ONS) annonce des prévisions démographiques en faveur du vieillissement de la population algérienne, l'espérance de vie est estimée actuellement à 71,27 ans.

- Concernant la prévalence du diabète chez le sujet âgé, un projet de l'institut national de santé publique (INSP) réalisé sur la transition épidémiologique ; avait avancé le taux de 17,3% en 2005. Récemment une enquête algérienne sur le diabète du sujet âgé a été publiée ; menée en 2012 et ayant concerné 393 sujets âgés de 65 ans et plus habitant la ville de Sidi bel abbes. Cette analyse a permis d'estimer la prévalence du diabète sucré chez le sujet âgé à 26,7 +/- 0,01%.

Physiopathologie :

Il existe une modification du métabolisme glucidique au cours du vieillissement caractérisé par une diminution de l'insulinosécrétion et une augmentation de l'insulinorésistance en relation avec une diminution de la masse musculaire et une augmentation de la masse grasse.

Caractéristiques du DT2 de la personne âgée :

The European diabetes working party

for older people (EDWPOP) : est un groupe de travail créé en 2000 qui se réunit une fois par an sous l'égide de l'ALFEDIAM et SFGG (société Française de Gériatrie et de Gérontologie). Ses objectifs visent à faire l'état des lieux sur la problématique du DT2 du sujet âgé, en analysant différentes études, et dégager un guide pratique de prise en charge.

En 2011, il y a eu publication des recommandations pour la pratique clinique du DT2 de la personne âgée. [www.alfediam.org ; Novembre 2011 Vol 37.]

Caractéristiques cliniques :

La présentation du diabète chez le sujet âgé est souvent asymptomatique et non spécifique ; ainsi le diagnostic clinique peut être retardé. Le syndrome cardinal est rare : (sensation de soif diminuée et polyurie osmotique retardée par augmentation du seuil rénal de Glucose), les complications métaboliques notamment l'hyperosmolarité, et/ou dégénératives peuvent être révélatrices.

Caractéristiques évolutives :

L'évolution peut être émaillée de complications métaboliques ou dégénératives. Les trois principales complications sont :

1° Risque hypoglycémique :

Les hypoglycémies sont multifactorielles : pouvant être expliquées principalement par une diminution de la sécrétion des hormones de la contre régulation, notamment du glucagon, la diminution des signes neurovégétatifs, la diminution de la capacité à se re-sucrer par perte d'autonomie, l'insuffisance rénale par accumulation des sulfamides et, enfin le déficit alimentaire quantitatif ou qualitatif.

2° Risque podologique :

Chez le diabétique, les risques d'ulcération des pieds et d'amputation augmentent fortement avec l'âge ; le retentissement en terme de handicap et de mortalité est énorme.

Les facteurs favorisant cette atteinte podologique sont divers, représentés par des traumatismes directs et indirects du pied sont favorisés par : La mauvaise acuité visuelle, la perte de mobilité, la marche pieds nus à domicile et, l'alitement prolongé.

3° Risque d'hyperosmolarité :

Rare mais grave !! c'est la conséquence d'une hyperglycémie chronique non contrôlée, laquelle provoque une glycosurie puis une polyurie osmotique et enfin une déshydratation. Cette dernière non corrigée se compliquera d'hypernatrémie, d'hyperosmolarité, d'une insuffisance rénale ; et au stade avancé des troubles neurologiques avec un risque comateux.

Caractéristiques thérapeutiques :

Le traitement doit cibler un rapport bénéfice/risque favorable, permettant d'optimiser l'autonomie du patient âgé à tout moment. Les objectifs du traitement sont de réduire les symptômes liés à l'hyperglycémie et, prévenir les complications métaboliques aiguës (hyperosmolarité !!) tout en évitant les hypoglycémies ++++. Le choix thérapeutique doit être bien discuté et fondé sur plusieurs paramètres tels que : la vulnérabilité à l'hypoglycémie, le degré d'autonomie physique et cognitive, les comorbidités CVx associées, l'espérance de vie +++, le statut lésionnel et nutritionnel et, enfin l'environnement familial.

1° traitement non médicamenteux :

• Education thérapeutique :

Elle doit intéresser le patient et son aidant principal, elle doit être multidisciplinaire et adaptée aux besoins spécifiques. Les séances doivent être accessibles et régulières ; pouvant être individuelles ou organisées en groupe.

• Education diététique :

- Objectifs :
- Evaluer l'état nutritionnel
- Eviter la dénutrition
- Favoriser la régularité des repas

Recommandations :

Les règles hygiéno-diététiques ne doivent pas être trop strictes afin d'éviter tout risque de dénutrition !! L'apport énergétique doit être de 30 K cal/kg/j, réparti au minimum en 3 repas /jour. Les glucides doivent représenter 50% de la ration totale et, l'apport de calcium et vitamine D et C est nécessaire.

Activité physique :

La pratique doit être instaurée progressivement, toujours après évaluation cardiovasculaire +++ ; l'activité doit être adaptée aux capacités du sujet diabétique âgé et à ses atteintes motrices et sensorielles. Il est recommandé actuellement d'as-

socier une activité physique : en endurance (ce qui réduit la masse grasse ex : vélo, step et tapis roulant) et, En résistance (ce qui accroît la masse musculaire et réduit la masse grasse ex : musculation, kinésithérapie).

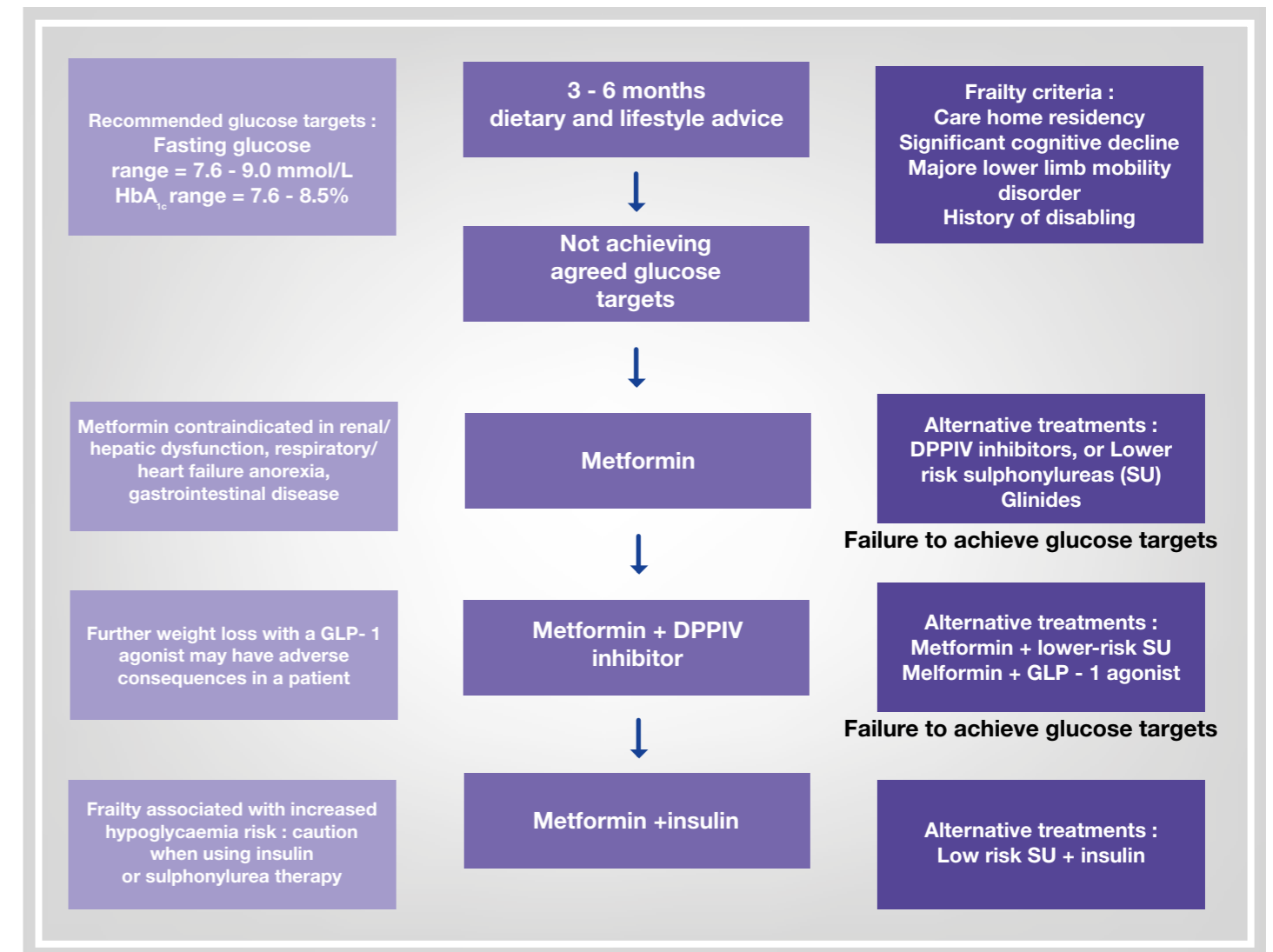
Recommandations :

Il est conseillé d'associer les deux types d'activité (en endurance et en résistance), suivant un rythme de trois séances de 30 min, par semaine. L'exercice doit obligatoirement être précédé d'un échauffement de 5 à 10 min. Une phase de récupération active de 5 à 10 min après la fin de l'exercice permet de diminuer le risque d'hypotension orthostatique, elle consiste

en une petite marche ou quelques pédales à faible résistance. Néanmoins il faut toujours prendre garde du risque d'hypoglycémie à distance (intérêt de l'auto surveillance et des collations+++).

2° traitement médicamenteux :

Les objectifs glycémiques selon le groupe francophone : Alfediam – SFGG (Société Française de Gériatrie et de Gérontologie ; doivent cibler une GAJ entre 0,9 et 1,26 g/l, avec un HbA1c entre 6,5 et 7,5 % chez le sujet âgé diabétique en bonne santé. Les cibles sont moins strictes chez le sujet diabétique âgé fragile : la GAJ doit être entre 1,26 et 1,60 g/l avec un HbA1c entre 7,5 et 8,5%.



Algorithme de PEC du diabétique âgé fragile : EDWPOP 2011

Pour éviter le risque iatrogène !!

Tenir compte des CI et des interférences médicamenteuses +++ :

• **Biguanides :**

Insuffisance rénale : diminuer la dose de metformine à 1 g si CC < 60ml/min, et arrêter si CC < 30ml/min. (MDRD)

- Les situations d'hypoxie tissulaire ex : insuffisance respiratoire et cardiaque sont aussi des contre-indications (CI).
- Doit être interrompue avant tout examen avec produit de contraste et, la veille d'une chirurgie pour être reprise que 48h après si bilan rénal correct.

• **Sulfamides hypoglycémiantes :**

- Préférer les SH de demi vie courte et sans métabolites actifs. (**éviter le glibenclamide+++**)

- La dose initiale doit être réduite et progressive.

- Rechercher une contre indication surtout renale CC < 40 ml/min.

• **Glinides :**

Le Répaglinide doit être utilisé juste au moment du repas, quel qu'en soit l'horaire. Il n'est pas recommandé chez les (+) de 75 ans du fait de l'absence d'étude gériatrique. Il est contre indiqué en cas d'hépatopathies+++

• **Inhibiteurs des alpha glucosidases :**

Malgré l'absence d'hypoglycémie ; les effets et contre indications digestives limitent très souvent la prescription.

• **Incrétines :**

Sont des molécules qui n'ont pas assez de recul chez le sujet âgé .

• **Les analogues du GLP1 :**

ex : exénatide, liraglutide... etc

Le liraglutide est la molécule disponible actuellement en Algérie ; il s'agit d'un traitement injectable par voie S/C, qui ne nécessite pas de réajustement chez le sujet âgé de plus de 65 ans mais l'expérience manque chez les plus de 75 ans. CI : insuffisance rénale modérée à sévère CC < 30 ml/min , et insuffisance hépatique, insuffisance cardiaque congestive, antécédents de pancréatite et antécédents de CMT .

• **Les IDPP4 :**

Les inhibiteurs de la dipeptylpeptidase sont des traitements oraux non pourvoyeurs d'hypoglycémie tels que : sitagliptine, vidagliptine, linagliptine et saxagliptine. La sitagliptine, est la molécule disponible en Algérie sous forme de cp à 100 mg. La biodisponibilité de la molécule est excellente, non influencée par l'alimentation. La demi vie est longue, ce qui permet une monoprise quotidienne indépendamment des repas. Ce traitement est non recommandé si insuffisance rénale modérée à sévère CC < 50 ml/min vu que le dosage approprié n'est pas disponible (50mg) en Algérie.

• **ISGLT2 :**

Représentent une nouvelle entité antidiabétique non encore disponible en Algérie. Ils bloquent la réabsorption rénale du glucose en accélérant son élimination. Ils pourraient trouver une indication chez le sujet âgé vu que le risque d'hypoglycémie est absent en monothérapie.

• **Insuline :**

Les co-morbidités notamment rénales chez le sujet âgé limitent souvent le choix du traitement. L'insulinothérapie ne doit en aucun cas être retardée, ses modalités seront adaptées aux objectifs glycémiques escomptés individuellement !.

Conclusion :

Il y a tout à gagner à prévenir l'apparition du diabète sucré chez le sujet âgé ; ou le cas échéant, à en limiter les complications en suivant quelques recommandations !!! La prescription des ADO doit être soumise à une surveillance accrue du risque iatrogène notamment hypoglycémique ; néanmoins, l'insulinothérapie doit être privilégiée chez le sujet fragile +++. Enfin, la maîtrise de l'évaluation gériatrique standardisée constitue la condition sine qua non d'une bonne prise en charge des sujets diabétiques âgés.

Bibliographie :

- 1). Recommandations pour la pratique clinique du DT2 de la personne âgée. [www.alfediam.org ; Novembre 2011 Vol 37.]
- 2).Diabète sucré du sujet âgé :la première enquête algérienne.MA .Chami,L .Zemmour,N ,Midoun ,M,Belhadj :Medecine et maladies métaboliques ,Mars 2015 –vol 9 n°2 .
- 3).Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 :HAS 2013 .

contrôlez vos connaissances !

1. La prévalence du diabète sucré est de plus en plus fréquente chez le sujet âgé, en Algérie :

- a. raccourcissement de l'espérance de vie
- b. allongement de l'espérance de vie
- c. augmentation de l'auto-immunité avec l'âge
- d. épidémie de l'obésité
- e. toutes ces réponses sont justes.

2. Parmi les caractéristiques cliniques du DS chez le sujet âgé :

- a. le syndrome cardinal est sévère
- b. le syndrome cardinal est rare
- c. l'hyperosmolarité est rare mais grave
- d. les troubles du comportement peuvent être révélateurs.
- e. nécessite toujours une insulinothérapie.

3. Quels sont les 03 principaux risques du DS chez le sujet âgé ?

- a. risque ophtalmologique
- b. risque hypoglycémique
- c. risque podologique
- d. risque d'hyperosmolarité
- e. risque d'acidocétose

Tour d'horizon des pathologies allergiques en dix questions

F. Atoui ; R. Yakoubi ; H.H. Cherkaski ; R. Benali

Service de Pneumophysiologie du CHU Dorban, Annaba.

RÉSUMÉ :

L'allergie, mot relativement récent imaginé en 1906 par Clemens Von Pirquet, dérive des mots grecs «Allos » et « Ergos » qui signifient « autre façon de réagir ». Et pourtant, l'histoire de l'allergie remonterait aux anciens temps avec de multiples anecdotes dont celle du roi Richard II et du pharaon Menes. L'intérêt du monde médical pour l'allergie ne cesse de croître au fil des ans ; et pour cause, plus un pays s'industrialise, plus un peuple s'émancipe, plus les allergies semblent gagner du terrain ; d'autant que cette pathologie, de part les conséquences néfastes sur l'équilibre et la vie sociale des patients peut aboutir à une altération de la qualité de vie de ces derniers. Nous tenterons de faire le tour du sujet en répondant à dix questions clés en matière de pathologies allergiques, sans que toutefois tous les aspects de l'allergie n'aient encore été élucidés.

Mots clés : allergène, rhinite, eczéma, immunothérapie

ABSTRACT :

Allergy, since relatively recent word imagined in 1906 by Clemens Von Pirquet, derives from the Greek words «Allos» and «Ergos» which mean «another way to react.» Yet, allergy history dates back to ancient times with multiple anecdotes that of King Richard III and Pharaoh Menes. The interest of the medical world for allergy continually grow over the years; and for good reason, the more a country becomes industrialized, a people emancipated, most allergies appear to be gaining ground ; particularly since this pathology, because of the adverse effects on the balance and social lives of patients can lead to an alteration of the quality of life of the latter. We try to go around the topic by answering ten key issues of allergic diseases, without, however, all aspects of allergy have not been elucidated.

Key words : allergen, rhinitis, eczema, immunotherapy

Introduction :

L'allergie, mot relativement récent puisque imaginé en 1906 par Clemens Von Pirquet, dérive des mots grecs «Allos » et « Ergos » qui signifient « autre façon de réagir ».

Et pourtant, l'histoire de l'allergie remonterait aux anciens temps avec de multiples anecdotes dont celle du roi Richard II et du pharaon Ménès.

L'intérêt du monde médical pour l'allergie ne cesse de croître au fil des ans; et pour cause, plus un pays s'industrialise, plus un peuple s'émancipe, plus les allergies semblent gagner du terrain ; d'autant que cette pathologie, de par les conséquences néfastes sur l'équilibre et la vie sociale des patients peut aboutir à une altération de la qualité de vie de ces derniers.

Nous tenterons de faire le tour du sujet en répondant à dix questions clés en matière de pathologies allergiques, sans que toutefois tous les aspects de l'allergie n'aient encore été élucidés.

1. L'allergie, c'est quoi ?

L'allergie est une réaction anormale, inadaptée et excessive du système immunitaire face à une substance généralement étrangère, habituellement bien tolérée par l'organisme, qui, pour une raison inexpliquée est considérée à tort par notre système immunitaire comme ennemie.

2. Quel est le poids de l'allergie ?

Les maladies allergiques sont une des causes les plus fréquentes de maladies chroniques dans le monde et prédominent dans les pays développés. L'étude ISAAC, en particulier, confirme cette observation pour l'asthme, la rhinite, la conjonctivite allergique et l'eczéma atopique.

Selon l'OMS, la prévalence de cette affection est en hausse constante dans le monde.

Selon les statistiques de la Société algérienne d'immunologie clinique, d'allergologie et d'asthmologie, la rhinite allergique touche quelque trois millions d'Algériens.

3. Pourquoi fait-on de l'allergie ?

Pour qu'une allergie se manifeste, il faut être génétiquement prédisposé, sensibilisé, puis ensuite rencontrer l'allergène déclenchant.

Deux conditions sont donc essentielles : l'organisme doit être sensible à une substance (allergène) et cette substance doit se trouver dans l'environnement de la personne.

L'allergie implique une réaction, en deux étapes, entre l'organisme et l'allergène :

- 1er contact :

Phase de reconnaissance de l'allergène par l'organisme.

- 2ème contact :

Phase de réaction contre cet allergène : c'est la réaction allergique.

Elle correspond, selon la classification de Gell et Coombs, à l'Hypersensibilité de type 1 dépendant de la reconnaissance par les IgE. Aussi appelée hypersensibilité immédiate, elle regroupe l'ensemble des phénomènes d'anaphylaxie décrite par Richet et Portier (1902) et des maladies dites « atopiques » (Coca et Cooke 1923)

4. Quels sont les facteurs incriminés dans la survenue des allergies ?

On en sait encore peu sur l'origine des allergies. Les experts s'entendent à dire que les allergies sont causées par une variété de facteurs.

Par conséquent, bien qu'il existe une prédisposition génétique, d'autres facteurs sont impliqués, parmi lesquels : la fumée du tabac, la modernisation du mode de vie et l'environnement.

Aussi, les allergènes les plus fréquemment incriminés dans la survenue des allergies sont :

- **Des allergènes aériens** : pollen, déjections des acariens et squames et salives d'animaux domestiques,...

- **Des allergènes alimentaires** : arachides, lait de vache, œufs, blé, soja, noix, sésame, poissons, crustacés, ...

- **D'autres allergènes** : médicaments, latex, venin d'insectes (abeilles, guêpes, bourdons, frelons).

D'autres hypothèses sont envisagées :

- L'hypothèse hygiéniste :

Le fait que les enfants contractent **moins d'infections virales** en bas âge contribuerait aux allergies.

- **Le délaissement de l'allaitement** : relation inverse entre consommation de lait maternel et risque d'allergies.

- La faible consommation de fruits et légumes et l'excès d'oméga 6 rendraient les individus plus sensibles aux allergies.

5. Pourquoi la prévalence des allergies est-elle en continue augmentation ?

Il n'est pas possible d'attribuer l'augmentation de la fréquence des maladies allergiques à des causes exclusives ; c'est de la conjonction de plusieurs facteurs que naît l'allergie, à savoir :

- Les facteurs génétiques : risque allergique de 30% si un des parents est allergique et de 60 à 70 % si les deux parents le sont.

- L'environnement (pollution atmosphérique, qualité de l'air intérieur, modification des modes de vie, pollution domestique)

- L'exposition professionnelle (boulangerie, peinture, coiffure, professionnels de santé,)

- Les comportements à risque (tabagisme, cuisinières et cheminées à gaz, parfum d'ambiance, encens,)

Autant de facteurs qui contribuent à la pérennisation voire à la recrudescence de la pathologie allergique avec potentialisation d'un effet sur l'autre.

6. Comment se manifeste l'allergie ?

La présentation clinique d'un phénomène allergique n'est pas toujours typique.

Les expressions cliniques de l'allergie sont aussi multiples et variées que les organes concernés sont divers et nombreux et les allergènes ubiquitaires et

abondants. Les principales expressions allergiques sont :

Les allergies alimentaires :

Plaques cutanées, démangeaisons, enflure des yeux, de la langue et du visage apparaissant dans les 30 minutes suivant la consommation de l'aliment. Les principaux aliments incriminés étant : le blanc d'œuf, l'arachide, le lait de vache, les légumineuses, le poisson, les aliments du « groupe noix », les aliments du « groupe latex », les céréales et les ombellifères.

L'urticaire :

Éruption passagère de papules rosées ou blanchâtres, avec démangeaisons et sensation de brûlure.

L'eczéma atopique :

Plaques rouges avec croûtes de peaux sèches et squames, démangeaisons, siégeant avec prédilection au niveau du visage et du cou; mais aussi au niveau des pieds et mains (dyshidrose) et plis des coudes et genoux.

Bien que disparaissant le plus souvent dans les premières années de vie, environ 30% des patients présenteront encore des signes à l'âge adulte, ce qui a un impact psychologique indéniable.

L'asthme allergique :

Respiration sifflante, oppression thoracique, toux sèche de survenue épisodique.

La rhinite allergique :

À évoquer devant l'acronyme « PAREO » pour : Prurit (nez qui démange), Anosmie, Rhinorrhée, Eternuements, Obstruction nasale.

A noter que 20 % des rhinites allergiques souffraient d'asthme et que 80% des asthmatiques souffraient de rhinite allergique.

Une conjonctivite allergique :

S'accompagne souvent d'une rhinite et de paupières gonflées ; la démangeaison et le larmolement dominant, les sécrétions sont peu abondantes.

Le choc anaphylactique est :

La manifestation la plus grave de l'allergie, le plus souvent secondaire à l'ingestion d'un aliment ou à la piqûre d'un insecte. Il débute souvent par une sensation de malaise, avec démangeaisons suivies d'urticaire, d'une gêne respiratoire, parfois d'une perte de connaissance associée à une chute de tension. C'est une extrême urgence médicale nécessitant une prise en charge immédiate en unité de soins intensifs.

7. Comment fait-on le diagnostic d'allergie ?

L'hypothèse allergique doit être évoquée devant des situations cliniques parfois complexes. La confirmation du lien de causalité entre les symptômes et le ou les allergènes soupçonnés est la règle.

L'association des symptômes et des marqueurs biologiques (tests cutanés, IgE) permet le plus souvent d'affirmer le diagnostic d'une allergie. La présence d'IgE détectées par tests cutanés ou dans le sang n'a aucune signification si elle n'est pas accompagnée de signes cliniques d'allergie.

Le diagnostic est donc tributaire de :

- **Un interrogatoire minutieux**, à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux d'allergie, des circonstances de survenue de l'allergie, des symptômes rapportés, des différents allergènes auxquels le patient aurait pu être exposé au cours des derniers jours, du délai entre l'exposition au dit allergène et l'apparition des symptômes.

- **Des tests cutanés d'allergie** : Prick-test, tests intra-dermiques, Patch test.

- **Un prélèvement sanguin** dosant les anticorps (IgE) totaux ou spécifiques à un allergène donné.

8. Quel est le traitement de l'allergie ?

La première étape du traitement contre les allergies consiste à identi-

fier l'allergène et à l'éviter autant que faire se peut, obligatoirement en cas d'allergie alimentaire pouvant entraîner un choc anaphylactique.

Certains médicaments peuvent néanmoins atténuer les symptômes d'allergies et ainsi améliorer la qualité de vie. Les médicaments utilisés dépendent de la fréquence des symptômes et de leur intensité :

- Les antihistaminiques

- Les décongestionnants nasaux, actifs uniquement sur l'obstruction nasale, ne doivent être utilisés qu'en cure courte (maximum 5 à 7 jours de suite)..

- Les anti-leucotriènes utilisés pour traiter les patients asthmatiques ayant une rhinite allergique associée.

- Les corticoïdes nasaux actifs sur tous les symptômes de la rhinite allergique et en particulier sur l'obstruction nasale.

- Les dermocorticoïdes pour l'eczéma atopique

- Les corticostéroïdes per os, réservés aux allergies graves.

- La douche nasale avec solution saline qui soulage de la congestion naso-sinusienne.

- L'auto-injecteur d'épinéphrine : pour les allergies alimentaires afin de prévenir les chocs anaphylactiques.

9. Comment peut-on prévenir ou limiter l'exposition allergénique ?

Le meilleur traitement est la prévention. Certaines mesures permettraient de limiter l'exposition allergénique et de prévenir la survenue des crises allergiques :

Pour les allergies aux acariens :

Utiliser une housse anti-acariens au niveau du matelas, des oreillers et de la couette, éviter de poser le matelas à même le sol, laver régulièrement la literie, traiter régulièrement la moquette ou tapis par un acaricide avant de passer l'aspirateur. Éviter les tissus muraux, les doubles rideaux, les descentes de lit en peau d'animal, et

réduire dans une chambre d'enfant le nombre de peluches.

Pour l'allergie aux moisissures :

Aérer régulièrement les pièces et maintenir une humidité faible dans les pièces propices au développement des moisissures (salle de bain) diminue leur développement.

Pour l'eczéma atopique :

L'hydratation cutanée pluriquotidienne avec utilisation de produits d'hygiène adaptés non détergents et sans savon ; le port de vêtements en coton, l'habillement léger pour limiter la transpiration.

Dans tous les cas, les purificateurs d'air avec filtre réduisent la densité des allergènes dans l'air et la fumée de tabac est à bannir.

Depuis qu'il a été établi que les allergènes pouvaient traverser le placenta et atteindre le fœtus, les chercheurs insistent sur l'importance d'intervenir avant que le système immunitaire ne devienne mature et que l'exposition aux allergènes (aliments, pollen, herbe à puce, etc.) ne provoque d'allergies.

En effet, certaines mesures pourraient aider à prévenir les allergies chez les enfants à risque (dont un parent ou les 2 souffrent d'allergies) ; parmi ces règles, nous citerons :

- L'allaitement maternel exclusif :

Pratiqué durant les 3 à 6 premiers mois de vie, il réduirait le risque d'allergies durant la petite enfance; sans certitude sur l'effet préventif à long terme.

- **La diète hypoallergène** (lait de vache, œufs et noix), **sous suivi médical**, pendant l'allaitement pourrait contribuer à la réduction du risque d'allergie.

- **L'utilisation de médicaments probiotiques** (micro-organismes vivants, ajoutés comme compléments à certains produits alimentaires) favoriserait une saine maturation du système immunitaire de l'enfant, en défaveur des réactions allergiques.

Lorsque pris par la femme enceinte, puis par le nouveau-né, ils préviendraient l'apparition des allergies chez l'enfant, significativement, pendant les 2 premières années de vie de l'enfant et pourraient contribuer à prévenir l'eczéma atopique chez les enfants à risque.

- **L'anthroposophie** (moins d'antibiotiques, moins de vaccination et une plus grande consommation de légumes « lacto-fermentés », réduirait la prévalence des allergies chez les enfants qui vivaient selon ces principes.

10. Quelle est la place de la désensibilisation ?

La désensibilisation ou immunothérapie spécifique (I.T.S.) selon le consensus de l'O.M.S, est indiquée dans l'hypersensibilité IgE dépendante (conjonctivite, rhinite, asthme, ...).

Introduite dès 1911 par Noon et Freeman pour le traitement des pollinoses, elle consiste à administrer des doses croissantes d'allergène auquel le sujet est sensibilisé ; l'objectif étant d'induire une tolérance à l'allergène incriminé.

L'I.T.S. représente avec les mesures d'éviction allergénique le seul traitement étiologique des maladies allergiques.

L'I.T.S. est efficace lorsqu'elle est administrée de façon optimale : mono sensibilisation, utilisation d'allergène standardisé, mise en route aussi **précocement** que possible mais seulement à partir de cinq ans chez l'enfant. Les dernières études font état d'une efficacité de l'I.T.S. par **voie sublinguale** comparable à celle de la **voie sous cutanée**, en particulier dans les rhinites et/ou conjonctivites polliniques ou allergiques aux acariens. Une désensibilisation efficace doit être prolongée au moins 3 ans.

Bibliographie :

1. Vervloet D, Magnan A. Traité d'allergologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2003.
2. De Blay F, Lieutier-Colas F, Lefevre-Balleguier A. Allergies et Environnement intérieur. Editions Margaux Orange 2003, 134 pages.
3. Bessot JC, Pauli G. L'asthme professionnel. Editions Margaux Orange 1999, 571 pages.
4. Demoly P, Bousquet J. Epidemiology of drug allergy. Current Opinion Allergy Clin Immunol. 2001 ;1 :305-310.
5. Bousquet J. Allergy as a global problem ; think globally act globally. Allergy 2000 ;57 :661-662.
6. Rajan T.V, « The Gell-Coombs classification of hypersensitivity reactions: a re-interpretation » Trends in Immunology 2003;24(7):376-9.
7. Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization. J Allergy Clin Immunol. 2004 ;113 :832-36.
8. Birnbaum J, Vervloet D. Indications de la désensibilisation en fonction des données épidémiologiques récentes. Rev Fr Allergol et Immunol Clin 2004;44:270-275.
9. Etude CHILd (Canadian Healthy Infant Longitudinal Development), conduite sur 2.500 enfants canadiens, visant à identifier les facteurs environnementaux et génétiques favorisant l'allergie.
10. Haute Autorité de santé (HAS). Indication du dosage des IGE spécifiques dans le diagnostic et le suivi des malades allergiques. Site internet : HAS. Saint-Denis La Plaine (France) ; 2005
11. Société française de dermatologie. L'urticaire. Site internet : dermato-info. Paris ; 2015 [consulté le 7 octobre 2015].
12. Étude ISAAC : <http://www.invs.sante.fr/beh/1999/9913/index.html>

Contrôlez vos connaissances !

1. A propos de la réaction allergique, quelles sont les propositions justes :

- A. Elle survient dès le premier contact de l'organisme avec l'allergène.
- B. La réaction allergique ne survient qu'après un premier contact avec l'allergène.
- C. La réaction allergique correspond à l'hypersensibilité de type 2 selon la classification de Gell et Coombs.
- D. C'est une hypersensibilité de type immédiate.
- E. Elle est médiée par les IgE.

2. Le meilleur traitement de l'allergie repose sur :

- A. les antihistaminiques
- B. la corticothérapie orale
- C. l'éviction
- D. la désensibilisation
- E. les anti-leucotriènes

3. Quel est le seul traitement qui, avec les mesures d'éviction allergénique, constitue le seul traitement étiologique de l'allergie ?

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Les conjonctivites allergiques

Pr. LAHLOU-BOUKOFFA O.S
Cité des Orangers, Annaba.

RÉSUMÉ :

La conjonctivite allergique est une affection très courante. Elle se manifeste par un œil rouge associé à un prurit.

C'est une entité clinique qui regroupe la Conjonctivite Allergique Aiguë (CAA), la Conjonctivite Allergique Saisonnière (CAS), la Conjonctivite Allergique Per-annuelle (CAP), la Kérato-Conjonctivite Vernale (KCV), la Kérato-Conjonctivite Atopique (KCA) et la Conjonctivite Giganto-Papillaire (CGP).

Les CAS et CAP sont les plus fréquentes, mais aussi les plus bénignes. La KCV est une affection grave car elle est source de malvoyance. Elle touche l'enfant et parfois l'adolescent. Le traitement comporte deux volets : la désensibilisation et l'instillation de collyres antihistaminiques et antidégranulants, de préférence sans conservateurs. Les corticoïdes sont utilisés en cures courtes dans les épisodes graves, notamment dans la KCV.

Mots clés : Conjonctivite allergique, IGE médiée, CAA, CAS, CAP, KCV.

ABSTRACT :

Allergic Conjunctivitis is a very frequent ailment. It is characterized by a red eye associated with a pruritus.

It is a clinical entity comprised of Acute Allergic Conjunctivitis (AAC), Seasonal Allergic Conjunctivitis (SAC), Per-annual Allergic Conjunctivitis (PAC), Vernal Keratoconjunctivitis (VKC), Atopic Keratoconjunctivitis (AKC) and Giant Papillary Conjunctivitis (GPC)

SAC and PAC are the most frequent, but also the most benign. VKC is a serious affliction as it may lead to poor eyesight because of corneal damage. Treatment is twofold: desensitization and instillation of anti-histamine and antidegranulating eye drops, preferably without preservatives. Corticoid therapy is useful in short cures during serious episodes, especially for the VKC.

L'allergie en général est un fléau mondial affectant 15 à 20% de la population. L'œil rouge est une manifestation que rencontre quotidiennement le généraliste, l'allergologue, le pédiatre et l'ophtalmologiste. La pollution atmosphérique, la diversification alimentaire, les conservateurs sont des facteurs incriminés.

Définition :

On peut définir la conjonctivite allergique comme une inflammation de la surface oculaire, principalement de la conjonctive secondaire à des phénomènes d'hypersensibilité isolés ou associés à d'autres facteurs.

Pour les ophtalmologistes, c'est une entité clinique qui comprend la conjonctivite allergique aiguë (CAA), la conjonctivite allergique saisonnière (CAS) la conjonctivite allergique per-annuelle (CAP), la kérato-conjonctivite vernale (KCV), la kérato-conjonctivite atopique (KCA) et la conjonctivite giganto-papillaire (CGP).

Rappels anatomiques :

La **conjonctive** est une membrane transparente, vascularisée, constituée d'un épithélium et d'un chorion sous-jacent. Elle est riche en cellules participant à l'inflammation (lymphocytes B, T plasmocytes neutrophiles). **Il n'y a pas d'éosinophiles dans une conjonctive normale.**

La **cornée** est avasculaire. Elle est composée de cinq couches.

Son épithélium est en relation étroite avec le film lacrymal, lui-même constitué de trois couches : couche lipidique superficielle, couche intermédiaire aqueuse et une couche mucoïde profonde. Il contient des moyens de défense spécifiques et non spécifiques, mais les IGE sont absentes dans les larmes. **Leur présence témoigne d'une allergie oculaire.**

Le limbe est la zone de transition entre la cornée et la conjonctive.

Rappels immunologiques :

- Les cellules de Langerhans, les cellules épithéliales et les fibroblastes conjonctivaux ont un rôle de cellules présentatrices d'antigènes.

- On distingue essentiellement **deux types de lymphocytes** : les **LB** à l'origine des réactions d'immunité humorale et les **LT** impliqués dans les réactions d'immunité à médiation cellulaire immédiate et retardée.

TH1 → Allergie retardée.

TH2 → Allergie immédiate.

- **Les polynucléaires éosinophiles** sont les principales cellules effectrices de la phase tardive de l'allergie IgE médiée.

- **Les monocytes-macrophages** ont un rôle de phagocytose, un rôle présentateur d'antigène, une activité sécrétoire, une capacité cytotoxique, et une activité immunologique effective.

- **Les mastocytes** situés dans le tissu conjonctif sont caractérisés par les récepteurs de surface et par leur produit de synthèse, soit préformés (l'histamine), soit néo formés (cytokines, leucotriènes et prostaglandines).

- **L'histamine** est un médiateur majeur de la réaction allergique immédiate.

Seuls les types **I** et **IV** de la classification de l'hypersensibilité de Gell et Coombs participent au mécanisme de la conjonctivite allergique.

Classification :

La classification adoptée actuellement est celle de Leonardi (2012), basée sur la physio-pathologie. Elle distingue les conjonctivites allergiques :

- IGE Médiée : CAA, CAS et CAP

- IGE Médiée et non médiée :

KCV et KCA

- IGE non médiée : **CGC**

Sémiologie :

- **Interrogatoire** : très important car il oriente le diagnostic. C'est un temps essentiel du diagnostic de l'allergie oculaire dans le but de préciser :

- Un terrain atopique, un allergène,

- La fréquence et la chronologie des symptômes,

- La périodicité éventuelle,

- L'effet de l'environnement (pollution, tabac, lieu confiné, etc.),

- Les habitudes (lentilles de contact),

- **Signes fonctionnels** : ils comportent, - Les signes **spécifiques** : le prurit (maître symptôme), la rougeur oculaire, le chémosis dans les formes aiguës,

- Les signes marquant la **sévérité** : la **photophobie**, le **blépharospasme**, la **difficulté à ouvrir les yeux**,

- Les signes fonctionnels non spécifiques : Sensations de brûlure, de picotement, irritation oculaire, larmoiement,

- **L'examen à la lampe à fente** : il permet de rechercher les follicules les papilles, la vaso-dilatation, les atteintes cornéennes dans les formes graves (KCV et KCA),

- Les follicules : ce sont des nodules opaques translucides sous-épithéliaux, non vascularisés,

- Les papilles sont des éléments pyramidaux centrés par un axe vasculaire s'épanouissant à la surface,

- La vaso-dilatation est responsable de la rougeur.

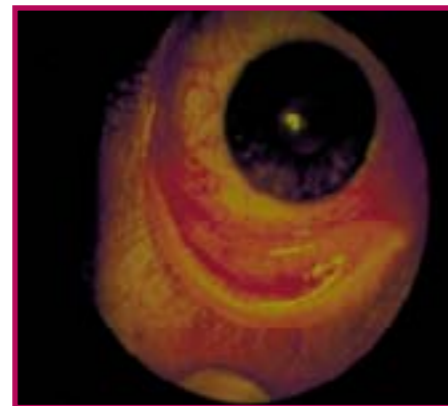


Fig.1 : Hyperhémie conjonctivale + papilles

Explorations para-cliniques :

Le bilan allergologique doit être systématique à la recherche d'une sensibilisation à des pneumallergènes et éventuellement à des allergènes alimentaires.

- Tests cutanés : le Prick test ou IDR est le moyen le plus couramment utilisé pour l'identification d'un éventuel allergène responsable d'une allergie de type immédiat. Les résultats doivent être confrontés à la clinique.

Le pratique des prick-test :

- Déposer une goutte de l'allergène.

- Ponction dans le derme.



- Lecture à 10 min (10 à 20).

- Induration +++

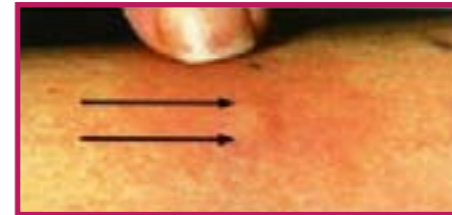


Fig. n° 2 : Source : J.L. Fauquert dans L'Allergie Oculaire, Doan et coll, p 186.

Allergènes généralement recherchés : acariens, phanères d'animaux, moisissures, pollens, herbacées, arbres, aliments, blattes.

• Test de Provocation Conjonctival : le TPC spécifique doit être réalisé en milieu hospitalier pour affiner un bilan allergologique. Il est indiqué dans la Conjonctivite Per Annuelle (CAP)

Explorations biologiques :

- **Sang** : Rechercher Hyperéosinophilie sanguine, IGE totale, IGE spécifique, protéines sériques

- **Larmes** : Rechercher éosinophiles, IGE totale, dosage d'ECP (eosinophil cationic factor)

Formes cliniques :

1) Les conjonctivites IGE médiée (CAA,CAS,CAP) :

Ce sont les conjonctivites allergiques les plus fréquentes : elles représentent plus de la moitié de l'allergie oculaire. Elles sont bénignes car il n'y a pas d'atteinte cornéenne. Elles sont généralement bilatérales.

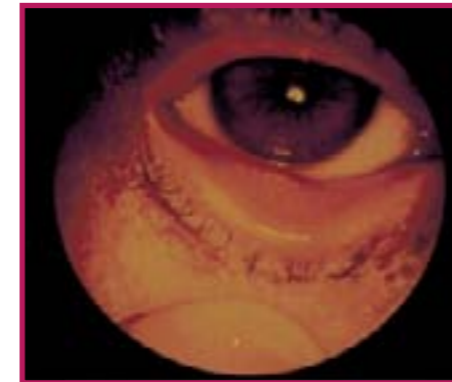


Fig 3 : Conjonctivite Allergique Aiguë (CAA)

- La Conjonctivite Aiguë Allergique (CAA) :

Il s'agit en fait d'un épisode aigu sur terrain de CAS ou de CAP. Le tableau est bruyant et apparaît quelques minutes après l'exposition à l'allergène. L'œil devient subitement rouge et le prurit est intense. En général, ces symptômes sont associés à une rhinite ou un asthme.

- La Conjonctivite Allergique Saisonnière (CAS) :

Le facteur saisonnier est primordial. Elle débute en général au printemps. Elle est liée essentiellement au pollen des graminées, d'arbres et d'herbacées. Elle est annuellement périodique. Le prurit est le maître symptôme. Il est associé à un larmoiement. L'examen retrouve des petites papilles. En dehors de la poussée, l'examen est normal.

- La Conjonctivite Allergique Perannuelle (CAP) :

Il s'agit d'une conjonctivite chronique

qui se manifeste toute l'année avec recrudescence à certaines périodes. Les signes cliniques sont plus discrets, à type de picotement, de gêne, de sensation de corps étranger, mais le prurit est plus discret. Les principaux allergènes sont les acariens, les moisissures, les phanères (poils et plumes d'animaux), les blattes. Le TPC trouve la meilleure indication et permet de déterminer le ou les allergènes.

- Traitement de fond :

Enquête allergologique, éviction de l'allergène, désensibilisation si l'allergène est identifié.

- Traitement symptomatique :

- Lavage oculaire au sérum physiologique afin d'éliminer l'allergène lors des poussées aiguës.

- Collyres anti-histaminiques et anti-dégranulants, seuls ou en association.

- **Les corticoïdes locaux ne sont pas indiqués.**

- En cas de syndrome sec, ajouter des larmes artificielles.

- Préférer les collyres **sans conservateur.**

2) La Kérato-Conjonctivite Vernale (KCV) :

Autrefois appelée « conjonctivite printanière », la KCV est une forme particulière d'allergie chronique de la surface oculaire. Elle est classée dans les allergies sévères **puisqu'elle touche la conjonctive et la cornée**. Elle est rare en Europe et fréquente dans les pays méditerranéens, ainsi que dans les climats tempérés et chauds. Elle atteint surtout **les enfants et les adolescents.**

Elle prédomine chez les garçons. C'est une affection à recrudescence saisonnière qui récidive en période chaude pendant huit à dix ans, et s'épuise en général après la puberté.

C'est une affection bilatérale, souvent asymétrique, les signes fonctionnels sont **exacerbés (prurit intense,**

larmoiement filamenteux, photophobie parfois intense, difficulté à ouvrir les yeux le matin). Ces symptômes peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie de l'enfant, sa scolarité et sa vie familiale. Son diagnostic ne pose pas de problème : il se fait à la biomicroscopie qui permet de mettre en évidence les papilles palpébrales et/ou la limbite.

Les papilles peuvent être géantes et réaliser un véritable pavage au niveau de la conjonctive tarsale supérieure. Le limbe est le siège d'un bourrelet d'aspect gélatineux avec des nodules de Trantas.

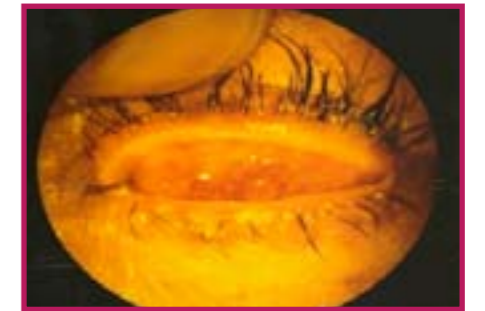


Fig. 4 : Forme palpébrale, papilles géantes



Fig.5: Limbite, nodules de Trantas

L'atteinte cornéenne est fréquente et constitue un élément de sévérité. Elle peut prendre plusieurs aspects : Kératite Ponctuée Superficielle (KPS), ulcère vernal, plaque vernal, pathognomonique de la KCV.

Il s'agit un ulcère vernal profond recouvert de cellules et de mucus.



Fig 6 : Plaque vernale + mucus

Le mécanisme de la KCV est complexe et multifactoriel. Il est mal connu. La luminosité est incriminée (UV).

Traitement de la KCV : il est difficile.

- Conseiller le port de lunettes solaires
- Prescrire des collyres antiallergiques, de préférence sans conservateur : antidégranulants, antihistaminiques ou molécules à action multiple, ainsi que des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

- Les collyres corticoïdes peuvent être associés en cure de courte durée dans les grandes crises, de manière dégressive notamment dans la plaque vernale. L'ulcère vernal est le seul ulcère qui nécessite des corticoïdes.

- **L'utilisation abusive de corticoïdes à long cours surtout par voie locale peut entraîner les complications graves que sont la cataracte cortisonique, le glaucome cortisonique, ou les deux à la fois.**

- La ciclosporine en collyre peut être utilisée dans les formes rebelles.

3) La Conjonctivite Giganto-Papillaire :

Elle est caractérisée par la présence de grandes papilles associées à une hyperhémie, sans atteinte cornéenne ni nodules de Trantas. Le mécanisme est lié à une irritation associée à des phénomènes immunitaires. Elle survient chez les **porteurs de lentilles de contact** et de prothèses oculaires.

Le traitement repose sur la suppression du facteur étiologique (arrêt temporaire du port de lentilles avec collyres anti-allergiques), l'utilisation de produits d'entretien sans conservateur, et l'utilisation de lentilles de contact à usage unique.

4) La Kératoconjonctivite atopique (KCA)

La KCA est manifestation oculaire de la maladie atopique. C'est une affection conjonctivale sévère car elle peut se compliquer d'une atteinte cornéenne. Elle touche essentiellement **l'adulte**. Les signes sont toujours bilatéraux, des papilles géantes peuvent être présentes ainsi que le bourrelet limbique gélatineux. L'eczéma chronique des paupières est pratiquement constant. Le traitement comporte plusieurs volets : traitement de l'eczéma palpébral, traitement de la surface oculaire (identique à celui de la KCV), traitement général (antihistaminiques, corticothérapie générale, immunosuppresseurs dans les formes graves)

Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec les conjonctivites virales à adénovirus, où le **prurit est absent**. Elles surviennent dans un contexte épidémique et sont caractérisées par la présence d'adénopathies prétragiennes.

Conclusion :

La conjonctivite allergique est très fréquente en Algérie. Sa prise en charge doit être rigoureuse afin d'éviter les prescriptions abusives de corticoïdes pouvant mener aux complications graves que sont la cataracte et le glaucome cortisoniques.

Bibliographie :

- 1) L'allergie oculaire, de la clinique au traitement. Doan S., Mortemousque B., Pisella P.J., Ed Med'Com, 2010
- 2) Surface Oculaire. Pisella P.J., Baudouin C., Hoang-Xuan T., Rapport SFO 2015.

Contrôlez vos connaissances !

1. La conjonctivite allergique se manifeste par :

- a. Une baisse de la vision.
- b. Un prurit oculaire.
- c. Des céphalées.
- d. Des douleurs oculaires.
- e. Une diplopie binoculaire.

2. Dans la conjonctivite IGE médiée (CAA, CAS, CAP), on retrouve :

- a. Des papilles au niveau de la conjonctive.
- b. Une hyperhémie conjonctivale.
- c. Un ulcère cornéen.
- d. Une taie cornéenne.
- e. Des adénopathies prétragiennes.

3. Le traitement de la conjonctivite allergique médiée comprend :

- a. L'éviction de l'allergène.
- b. La désensibilisation.
- c. Le lavage oculaire au sérum physiologique.
- d. Les corticoïdes locaux.
- e. Les collyres antihistaminiques et antidégranulants.

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Allergie alimentaire chez l'enfant

Benhalla-Djadoun Nafissa
Clinique de Pédiatrie «A» - CHU Beni messous

RÉSUMÉ :

Les allergies alimentaires ont pris ces dernières années une place de plus en plus importante dans le cadre des maladies allergiques. Leur prévalence a augmenté depuis une vingtaine d'années en grande partie en raison des progrès de dépistage et aux profonds bouleversements de nos habitudes alimentaires. Le diagnostic repose sur l'anamnèse, élément clé, précisant le moment d'introduction de l'aliment. L'expression clinique de l'allergie alimentaire est très variée. Les symptômes peuvent être digestifs, cutanés, respiratoires, la manifestation la plus grave étant le choc anaphylactique. Les examens qui aident à poser le diagnostic sont les suivants : tests cutanés aux trophallergènes, (prick tests, tests épicutanés) et les IgE spécifiques mais le test de provocation orale (TPO) reste le gold standard. Cependant, comme il est difficile à réaliser, plusieurs stratégies diagnostiques ont été proposées pour en diminuer les indications. En cas d'allergie confirmée, l'éviction de l'aliment en cause permet de faire disparaître les symptômes. La réintroduction de certains aliments est possible à un âge variant avec l'aliment en cause et les signes cliniques initiaux. Cependant, les formes prolongées sont de plus en plus fréquentes ; il s'agira alors de déterminer la dose minimale tolérée. Lorsque l'allergie persiste différentes formes d'immunothérapie pourraient être proposées ; elles sont encore à l'étude.

Mots clés : Allergie alimentaire, prick tests, IgE spécifiques, test de provocation orale, régime d'éviction

ABSTRACT :

Food allergies have in recent years a more important place within the framework of allergic diseases. Their prevalence has increased since 20 years, due to the advances in screening and the profound modifications of our eating habits. The diagnosis is based on a careful dietary history, specifying the time of the food's introduction. The clinical presentation of food allergy involves a large spectrum of symptoms ranging from gastro-intestinal, skin, respiratory to the most serious manifestation, anaphylaxis. The determination of sensitization is based on skin testing (prick testing, Atopy patch testing) and specific IgE but the oral food challenge remains the gold standard. However, as it is resource intensive and difficult to achieve, several diagnosis strategies have been proposed. The key of management in food allergy is the dietary avoidance which allows the removal of symptoms. Reintroducing certain foods is possible, the age of reintroduction depends on the type of food and the initial symptoms. However, persistent food allergies are more and more frequent and then the oral food challenge will determine threshold dose of causative allergen. When allergy persists various forms of immunotherapy is an attractive option but its clinical application remains controversial.

Key words : Food allergy, skin prick tests (SPT), specific IgE, oral food challenge, dietary avoidance.

L'allergie alimentaire (AA) a été définie par un panel d'experts comme étant « un ensemble de manifestations cliniques néfastes pour la santé, résultant d'une réaction immunologique spécifique et qui peut se reproduire à chaque exposition à l'aliment en cause » (1). Elle est à distinguer de l'intolérance alimentaire : « réaction anormale à la suite de l'ingestion d'un aliment mais d'origine non immunologique, qui peut être due à des désordres métaboliques, des toxines, des composants pharmacologiques ou d'origine indéterminée » (2). L'AA est, comme les autres manifestations allergiques, une pathologie en constante augmentation. Chez l'enfant c'est une des premières expressions de la marche allergique (3). Elle est responsable d'une morbidité importante et peut mettre en jeu le pronostic vital à tout âge (4). Cependant, 75% des allergies se manifestent avant l'âge de 15 ans.

Quelques définitions :

- Allergie : réaction anormale et exagérée du système immunitaire envers une protéine. Cette réaction est le plus souvent IgE dépendante.
- Allergène : protéine pouvant causer une réaction allergique.
- Atopie : prédisposition héréditaire à développer des anticorps aux allergènes.

Epidémiologie

La fréquence des allergies alimentaires IgE médiées est estimée dans les pays développés entre 3 et 8% pour les enfants et 1 à 3% pour les adultes (4- 6) avec une rapide progression de fréquence de l'anaphylaxie sévère en particulier en population pédiatrique. La tranche de zéro à quatre ans pourrait être la plus concernée (7).

En Algérie, il n'y a pas d'études épidémiologiques globales cependant on assiste à une augmentation régulière des patients référés pour allergie alimentaire. Concernant, l'allergie aux protéines du lait de vache (APLV), une enquête prospective dans la région d'Alger a estimé l'incidence des formes IgE médiées à 1,1% (8).

Les allergènes les plus fréquemment en cause chez l'enfant sont le lait, l'œuf, les arachides et les fruits à coque alors que chez l'adulte et l'adolescent, les aliments concernés sont les prunoïdées ou rosacées (prune, pêches, cerises, abricots...), les fruits du groupe latex (banane, kiwi, avocat, melon...), les apiacées ou ombellifères (carotte, céleri, coriandre, persil, fenouil, cumin...), la farine de blé et les fruits à coque (9).

La difficulté dans l'évaluation de la fréquence réside dans la différence

entre le ressenti des parents et le diagnostic de certitude. Ceci illustre les problèmes diagnostiques dans cette pathologie.

Les manifestations cliniques d'appel de l'allergie alimentaire

Elles sont divisées en manifestations IgE médiées (début 30mn à 2h après l'ingestion de lait de vache) et les manifestations non IgE médiées à début retardé (quelques heures à quelques jours après l'ingestion) (10).

Les réactions immédiates peuvent être cutanées, gastro-intestinales, respiratoires ou même systémiques allant jusqu'au choc anaphylactique parfois mortel. Les formes non IGE médiées ont des manifestations essentiellement digestives. Enfin, il existe des formes mixtes associant des réactions immédiates et retardées en cas de dermatite atopique ou d'œsophagite à éosinophiles (tableau 1).

Les manifestations les plus fréquentes sont les symptômes gastro-intestinaux et les signes cutanées. L'association de symptômes au niveau de deux organes cibles ou plus a une grande valeur d'orientation.

Comment confirmer le diagnostic ?

Comme dans toutes les pathologies allergiques, le diagnostic d'AA est d'abord basé sur une histoire détaillée des symptômes. La présence d'une atopie familiale est fréquente. Les manifestations de type immédiat surviennent dans les deux heures après la prise d'un aliment. Par contre, les formes non IgE- médiées sont responsables de réactions retardées ; souvent les tableaux sont moins classiques avec des manifestations plus insidieuses et donc plus difficiles à diagnostiquer. L'enquête doit donc être policière en particulier chez l'enfant plus âgé, à partir de la diversification ; la tenue d'un cahier alimentaire peut aider à repérer l'aliment en cause.

Le diagnostic sera ensuite conforté par un bilan allergologique mais l'élément de certitude demeure le test de provocation orale.

Bilan allergologique :

Aucun test ne peut à lui seul affirmer ou infirmer complètement le diagnostic.

Les prick tests sont cependant de réalisation rapide, peu douloureux et peu onéreux. On pique la peau à travers une goutte d'extrait commercial ou mieux, à travers l'aliment natif ; la lecture par mesure de la papule se fait après 20mn (11 - 12). Ils sont considérés comme positifs s'ils sont ≥ 3 mm et doivent être pratiqués en dehors de la prise d'antihistaminiques. Ils ont une excellente valeur prédictive négative, allant de 82 à 95% dans les formes IgE dépendantes. Pour le lait et l'œuf, leur valeur prédictive positive avoisinerait les 100% lorsque le diamètre de la papule est > 6 mm avant l'âge de 2 ans et > 8 mm après l'âge de 2 ans (13). Ils peuvent être faits à tout âge à condition de s'assurer de la positivité du témoin à l'histamine ou au phosphate de codéine et de l'absence de dermographisme.

Les atopy patch tests (ATP) sont pratiqués en cas de manifestations retardées (formes non IgE dépendantes). L'allergène est dans une cupule laissée 72h ; la lecture se fait 20 min après l'ablation du patch ; ils explorent l'immunité cellulaire. Cependant ils ne sont pas standardisés et de nombreux guidelines ne les recommandent pas (14). Certains auteurs leur accordent une place dans les formes retardées ou mixtes en particulier dans la dermatite atopique (15).

Le dosage des IgE spécifiques dans les formes IgE médiées ne remplace pas les tests cutanés mais les complète ; plus de 500 IgE spécifiques peuvent être testés (16). Les tests multi allergéniques onéreux et peu fiables avec des faux positifs et des faux négatifs peuvent cependant avoir une valeur de dépistage. Le dosage par immunoCap est un dosage quantitatif plus précis mais couteux ; c'est l'examen de référence.

Il faut rappeler qu'il est inutile pour le diagnostic d'associer prick tests et dosage des IgE spécifiques ; un seul de ces examens suffit (1). Cependant le dosage des IGE spécifiques peut être utile pour suivre l'évolution et décider la réintroduction et ce, essentiellement pour le lait de vache et l'œuf de poule.

Traditionnellement, les IgE spécifiques ont été mesurées contre les sources allergéniques entières (par exemple pour le lait). En fait, ces aliments contiennent plusieurs allergènes moléculaires. Il est devenu possible de détecter une sensibilisation spécifique à ces allergènes. Pour le lait de vache, on peut doser la β lactoglobuline (Bos d 5), allergène le plus fréquemment en cause dans l'APLV, la caséine (Bos d 8) qui est souvent retrouvée en cas d'allergie sévère ou prolongée (18).

L' α lactalbumine, la sérum albumine....

Pour l'œuf de poule, les allergènes du blanc d'œuf sont l'ovomucoïde (Gal d

1), l'ovalbumine (Gal d 2) qui représentent 54% du total des protéines, l'ovotransferrine (Gal d 3) et le lysozyme (Gal d 4).

Pour le jaune d'œuf il s'agit essentiellement de l' α livétine (Gal d 5). Cependant ces dosages sont très onéreux et dans notre contexte, ils ne seront demandés que lors de situations très particulières.

Le test de provocation par voie orale (T.P.O) représente le gold standard du diagnostic de l'allergie alimentaire mais il est long, couteux et présente un danger potentiel.

C'est un test d'ingestion de l'aliment dans le but de reproduire les symptômes cliniques ; son but est de prouver la responsabilité d'un allergène alimentaire.

Il va également permettre de déterminer la dose déclenchante pour un aliment (dose réactogène) et d'évaluer la tolérance à un aliment chez un enfant sensibilisé ou antérieurement allergique. De nombreuses équipes ont cherché à établir des valeurs seuils des tests d'allergie (dosage des IgE spécifiques et tests cutanés) au-dessus desquelles les TPO ont 90 ou 95 % de chances d'être positifs mais aucune valeur seuil n'a pu être retenue de façon consensuelle.

Avant de faire un TPO, il faut réunir les conditions de lieu, de personnel et de matériel avec essentiellement la disponibilité de l'adrénaline (19). Dans le cadre diagnostique il est souvent précédé d'une éviction de l'aliment soupçonné.

Il s'agit alors d'une épreuve d'éviction- réintroduction.

La période d'éviction dépend de l'histoire clinique. En cas de symptômes immédiats elle est de 3 à 5 jours ; en cas de dermatite atopique, elle est de 2 semaines alors que dans les allergies à début retardés, sa durée est de 4 à 6 semaines.

Diagnostic :

Le diagnostic d'AA est parfois problématique car aucun des symptômes n'est spécifique et le bilan allergologique peut être normal, en particulier dans les formes non IgE médiées. Aussi, différents guidelines ont proposé des orientations diagnostiques. Shicherer et Sampson ont proposé une démarche diagnostique pratique en cas de suspicion d'allergie alimentaire basée sur l'histoire clinique, le bilan allergologique et l'épreuve d'éviction-réintroduction.

(tableau 2)

Le diagnostic nécessite également l'élimination de fausses allergies alimentaires qui se caractérisent par des réactions cliniques, mimant celles d'AA authentiques. Les aliments en cause sont :

- Des aliments histamino-libérateurs ou riches en histamines : fromages fermentés, blanc d'œuf, thon, sardine, tomate, fraise, chocolat...
- Des aliments riches en histamine ou en tyramine : chocolat, conserve de poissons.....

Pour le lait de vache, le DRACMA (17) distingue 3 situations cliniques :

En cas de probabilité faible avec des manifestations digestives et cutanées peu évocatrices (constipation, coliques, érythème...), le diagnostic d'APLV est éliminé sans TPO si les tests cutanés sont négatifs et/ou les IgE spécifiques $< 0,35$ KU/L. Le risque de faux négatifs est de 2 à 4%.

En cas de probabilité moyenne, le TPO est considéré comme indispensable, les experts ne recommandent pas de tests d'allergie.

En cas de probabilité forte (R° cutanées immédiates, choc anaphylactique), si les tests cutanés et / ou les IgE spécifiques sont positifs $> 0,70$ kUI/L, le diagnostic est retenu sans TPO. Le risque de faux positifs est de 5 à 6%. Si les tests cutanés et/ou les Ig E sont négatifs, le TPO est recommandé. En cas de r° anaphylactique, le TPO est contre indiqué.

Réactions IgE médiées	Réactions non IgE médiées
<ul style="list-style-type: none"> • Systémiques: (anaphylaxie) • Manifestations gastrointestinales : A. syndrome oral : prurit + B. Réactions gastro-intestinales : diarrhée, vomissements • Manifestations respiratoires : Asthme et rhinite • Manifestations cutanées d'apparition immédiate : 1. urticaire ou angioedème 2. urticaire de contact 	<ul style="list-style-type: none"> • R° gastrointestinales RGO : Vts, régurgitations Entérocrites, proctocolites, Entéropathies, constipation, Colon irritable, Coliques rebelles du nourrisson • Manifestations respiratoires : syndrome de Heiner dans l'APLV
<p>Réactions mixtes : Dermatite atopique Oesophagite à éosinophiles</p>	

Tableau 1. Manifestations cliniques suggérant une AA

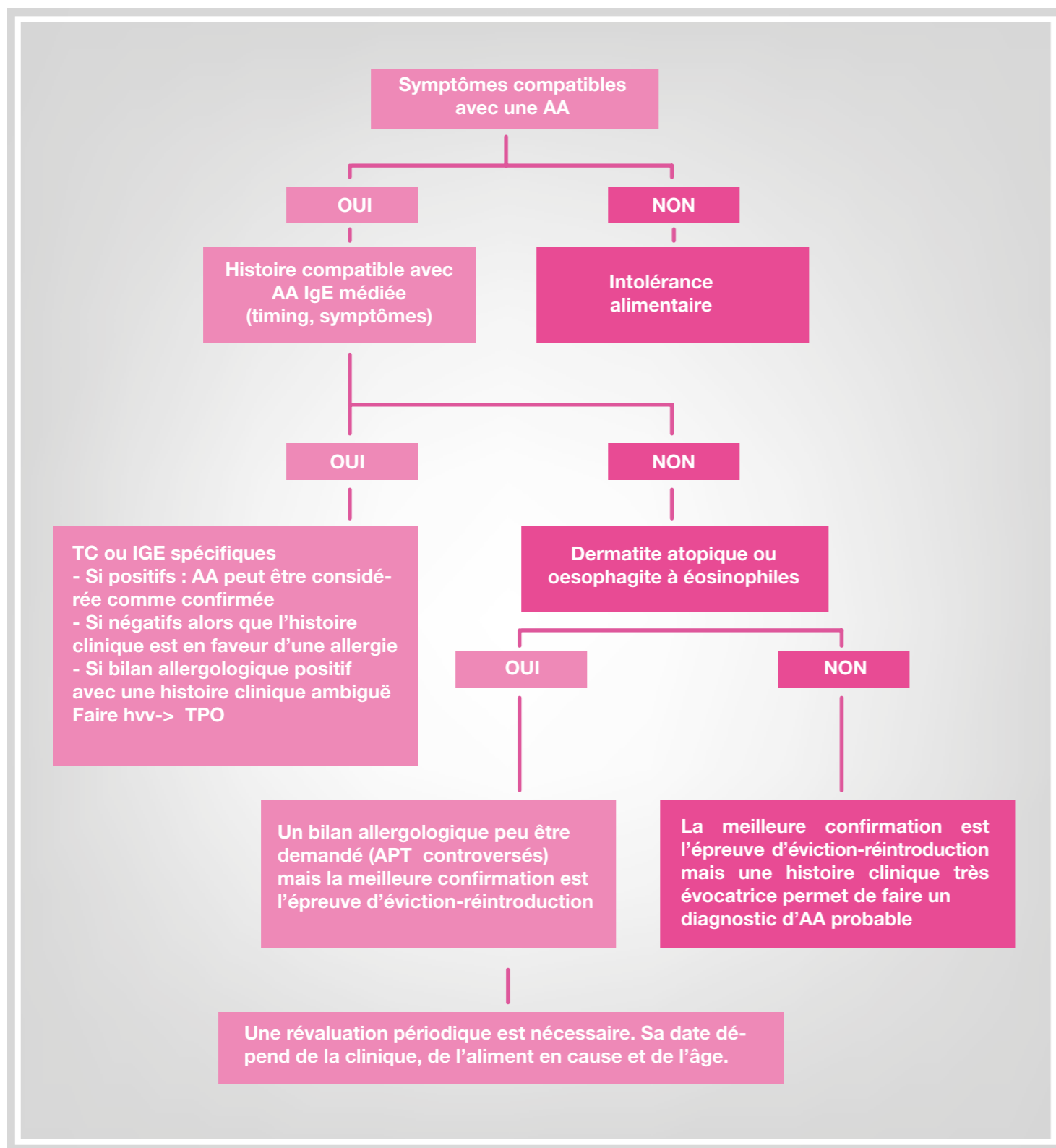


Tableau 2. Démarche diagnostique dans l'AA .D'après Schisherer et Sampson (5)

Prise en charge de l'AA :

Il n'y a pas de médicaments permettant de traiter l'AA. Le seul traitement consiste en une éviction de l'aliment en cause (tableau 3 et 4). Le régime est parfois difficile soit en raison de l'aliment en cause (le lait est indispensable pour les nourrissons), soit chez l'enfant plus grand en raison du risque de prise alimentaire accidentelle. C'est le cas en particulier pour les produits industriels contenant l'aliment allergisant, d'où la nécessité d'apprendre aux parents à lire les étiquettes de composition des aliments. Il est également utile de conseiller aux parents les actions à entreprendre en cas de prise accidentelle.

Tous les laits : entier, demi-écrémé, écrémé...
 Les fromages : jeunes, faits et fermentés, à tartiner, fromage blanc, Crème fraîche
 Les yaourts : nature ou aux fruits,
 Les desserts lactés ,
 Le beurre,
 Les crèmes,
 Les pâtisseries,
 La purée industrielle,
 La mayonnaise,
 Le pain,
 Les biscottes,
 Les plats cuisinés, hamburger, viande panée,
 Toutes les préparations à base de lait,
 Le poisson pané, préparé avec du lait de vache....

Tableau 3 : produits interdits en cas de régime sans protéines du lait de vache

Gâteaux, biscuits, pâtisseries, pâtes, biscottes
 Crèmes, mayonnaise, sauces et soupes préparées
 Crèmes glacées, soufflés, mousses, desserts, chocolat, barres chocolatées
 Pâtes à tarte, plats cuisinés
 Salades accompagnées d'œufs ou de

mayonnaise, sandwiches, préparations à tartiner
 Certains vaccins (le vaccin antirougeoleux n'est pas contre-indiqué en cas d'allergie à l'œuf), comprimés à sucer, produits enrichis en protéines (p.ex. boissons énergétiques)
 Certaines poudres de laits
 Produits dont l'étiquette signale : lécithine d'œuf, Albumine, lait de poule, Livétine, Lysozyme , Ovalbumine, Ovomucoïde, Ovomucine, Ovotransferrine, Ovovitelline .

Tableau 4: produits interdits en cas de régime sans œufs

Les substituts du lait :

Le lait étant un aliment indispensable au nourrisson, il est nécessaire de le remplacer en cas d'APLV. L'idéal est de reprendre l'allaitement maternel chaque fois que cela est possible. Il faut éviter de remplacer le lait de vache par le lait de chèvre car il existe un risque important d'allergie croisée (20).
 Il en est de même du lait à base de protéines de soja en raison du risque d'allergie croisée (30%) et de l'existence dans ce lait de phyto œstrogènes qui sont des perturbateurs endocriniens, aussi les différents guidelines recommandent de ne pas prescrire du lait de soja avant 6 mois et avant de s'être assuré de l'absence d'allergie au soja (20, 21). Par ailleurs, les « laits jus » végétaux (soja, amandes..) et les laits hypoallergéniques ne sont pas adaptés à un régime sans PLV.
 Les hydrolysats extensifs de protéines du lait (hydrolysats de caséine ou hydrolysats de lactosérum sont recommandés en cas de régime sans PLV (17, 20). Par définition un lait est adapté au traitement de l'APLV lorsqu'il est toléré par 90% des enfants allergiques (22). Les hydrolysats de protéines de riz constituent également une alternative possible (17).

Evolution

L'AA de l'enfant est résolutive pour certains aliments (lait, œuf, blé, soja), rarement pour les arachides (environ 9% des cas) et les fruits à coque alors qu'elle est définitive pour le poisson et les crustacés (23).
 L'acquisition de tolérance au lait en cas d'APLV IgE-médiée est obtenue spontanément chez 74% des enfants à l'âge de 5 ans et chez 85% à 8,6 ans (24). Elle est plus précoce pour les formes retardées. Les facteurs associés à la guérison sont essentiellement basés sur le diamètre des tests cutanés et la cinétique des IgE spécifiques (diminution des IgE sur 12 mois).
 Pour l'œuf, la tolérance est acquise vers l'âge de 3 ans dans 50% des cas (25). Le facteur prédictif essentiel de tolérance est l'ovomucoïde. Des valeurs d'IgE anti-ovomucoïde supérieures à 11 kU/L sont associées à un risque élevé de réaction à l'œuf cuit et cru.
 Quand l'AA perdure, la chance de guérison spontanée est faible. L'immunothérapie pourrait permettre d'améliorer la dose tolérée de l'aliment ou parfois d'obtenir une réelle guérison. Elle a été essentiellement étudiée pour le lait de vache, l'œuf et l'arachide. Elle est réservée à des centres spécialisés et doit être entreprise sous stricte supervision médicale. Une revue Cochrane conclut à l'efficacité de l'immunothérapie par voie orale mais au prix de nombreux effets secondaires (26- 27). Une autre approche qui permet de hâter la guérison pour le lait et l'œuf est l'introduction de ces aliments cuits sous surveillance médicale (23).

Prévention :

Elle est basée sur l'allaitement maternel (sans régime chez la mère) pendant 4 à 6 mois, surtout si l'enfant est à risque d'atopie. Il n'y a aucune indication d'un régime d'éviction pendant la grossesse (1, 17, 20). La diversification est débutée 6 mois selon les recommandations de l'OMS.

Conclusion :

L'AA est une affection aux multiples visages ce qui rend parfois son diagnostic difficile ; son pronostic peut être grave. Cependant une démarche rigoureuse basée sur l'anamnèse, le bilan allergologique et l'épreuve d'éviction – réintroduction permet une meilleure approche. Son traitement est basé sur l'éviction alimentaire. Dans les formes d'évolution prolongées d'APLV ou d'AA à l'œuf, l'immunothérapie représente un espoir de guérison.

Bibliographie

1. Boyce J A et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID sponsored expert panel. J Allergy Clin Immunol 2010;126:S1–58A.
2. Johansson SG et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. J Allergy Clin Immunol. 2004 May;113(5):832-6.
3. Shaker M. New insights into the allergic march. Curr Opin Pediatr 2014 Aug;26(4):516-20
4. R J. Rona et al. The prevalence of food allergy: A meta-analysis. J Allergy Clin Immunol 2007 Sep;120(3):638-46 .
5. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. J Allergy Clin Immunol 2014;133:291–307.
6. Longo G, Berti I, Burks AW, et al. IgE-mediated food allergy in children. Lancet 013;382:1656–1664.
7. Gupta R et al. Time trends in allergic disorders in the UK. Thorax 2006;62:91–6.
8. Ibsaine O Djenouhat K, Lemdjadani N, Berrah H. Incidence de l'allergie aux protéines du lait de vache IgE-médiée au cours de la première année de vie. Revue Nutrition et Santé 2014. On line.
9. D.-A. Moneret-Vautrin. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 48 (2008) 171–178
10. Sampson HA and Simon R. Food allergy. Adverse reactions to foods and additives In Blackwell Scientific Publications; Boston 1991: 139-50.
11. Ménardo J.L. Skin test reactivity in infancy J. Allergy & Clin. Immunol. 1985;75,646-51
12. Sampson HA, Albergo R. Comparison of results of skin tests, RAST, and double-blind, placebo-controlled food challenges in children with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 1984; 74:26–33.
13. Du Toit G., Santos A, Roberts G, Fox AT, Smith P, Lack G. The diagnosis of IgE-mediated food allergy in childhood. Pediatr Allergy Immunol 2009; 20:309–19.

14. Position paper EAACI/GA2 LEN Position paper: Present status of the atopy patch test. Allergy 2006; 61: 1377–1384.
15. Nosbauma, A. Hennino, A. Rozières, M. Vocanson, J.-F. Nicolas. Les tests épicutanés chez les patients atteints de dermatite atopique : les atopy patch tests. Annales de dermatologie et de vénéréologie (2009) 136, 630–634.
16. Sampson HA. Utility of food-specific IgE concentrations in predicting symptomatic food allergy. J Allergy Clin Immunol 2001; 107: 891-6.
17. Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA). World Allergy Organization (WAO); Pediatr Allergy Immunol 2010; 21 (Suppl. 21): 1–125.
18. Martin-Blondel M, Jegu J, Lauwers-Cances V, Abbal M, Rancé F. Utilité du dosage des IgE spécifiques anti-caséine pour le diagnostic d'une allergie aux protéines du lait de vache chez l'enfant. Rev Fr Allergol 2009; 49 :302.
19. Rancé F et al. SFAIC and SP2A workgroup on OFC in children. Oral food challenge in children: an expert review. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2009; 41: 35-49
20. S. Koletzko, B. Niggemann et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines; JPGN Volume 55, Number 2, August 2012.
21. Bhattia J, Greer F. American Academy of Pediatrics committee on Nutrition. Use of soy protein based formulas in infant feeding. Pediatrics 2008; 121: 1062-8.
22. Aggett PJ, Haschke F et al. Comment on antigen-reduced infant formulae. ESPGAN Committee on Nutrition. Acta Paediatr 1993; 1993 Mar;82(3):314-9.
23. Burks AW, Tang M, Sicherer S, Muraro A, Eigenmann PA, Ebisawa M, et al. ICON: food allergy. J Allergy Clin Immunol 2012;129:906-20.
24. Saarinen KM, Pelkonen AS, Mika J, Savilahti E. Clinical course and prognosis of cow's milk allergy are dependent on milk-specific IgE status. J Allergy Clin Immunol. 2005; 116 :869-75.
25. Ford RP, Taylor B. Natural history of egg hypersensitivity. Arch Dis Child 1982; 57: 649-52.
26. Pajno GB, Cox L, Caminit Li, Ramistella V, Crisafulli G. Oral Immunotherapy for Treatment of Immunoglobulin E-Mediated Food Allergy: The Transition to Clinical Practice. Pediatric Allergy, Immunology, And Pulmonology - Volume 27, Number 2, 2014.
27. Yeung JP, Kloda LA, McDevitt J, Ben-Shoshan M, Alizadehfar R.R. Oral immunotherapy for milk allergy. Cochrane Database Syst Rev 2012.

Contrôlez vos connaissances !

1. La caséine est l'allergène le plus fréquemment en cause :

- A. Dans les allergies aux protéines du lait de vache sévères
- B. Dans les allergies aux protéines du lait de vache prolongées
- C. Dans les allergies aux protéines du lait de vache avec dermatite atopique
- D. A+B
- E. B+C

2. Le diagnostic d'une allergie alimentaire non IgE dépendante fait essentiellement appel à :

- A. Des tests cutanés par pricks
- B. Des atopy patch tests
- C. Un dosage des IgE spécifiques
- D. Un test de provocation orale
- E. Une épreuve d'éviction- réintroduction

3. Parmi les formes cliniques suivantes, laquelle (ou lesquelles) peuvent constituer une réaction allergique de type mixte :

- A. Diarrhée
- B. Vomissements
- C. Œsophagite à éosinophiles
- D. Entérococolites
- E. Retard staturo-pondéral

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Eczéma de contact

Dr Hayet BRIKI (maitre assistante dermatologue. CHU Mustapha)
Pr Ismail BENKAIDALI (Chef du service de dermatologie. CHU Mustapha)

RÉSUMÉ :

L'eczéma de contact est une dermatose inflammatoire très fréquente. Elle peut être aiguë ou chronique. Elle apparaît lors d'un contact avec une substance chimique ou un agent physique. Dans sa forme aiguë, elle est caractérisée par un érythème vésiculeux prurigineux. Le diagnostic de certitude repose sur les tests épicutanés. Le principal diagnostic différentiel est la dermatite irritative. Le traitement repose essentiellement sur les dermocorticoïdes, les émoullients et surtout l'éviction de la substance en cause.

ABSTRACT :

Contact eczema is an acute or chronic immunologic inflammation of skin. It is caused by contact with chemical or physical agent. Dermatitis contact is one of the most common reasons of consultation in dermatology. The acute disease typically is characterized by inflammation, redness, swelling, and itching. Patch testing is the gold standard for diagnosing allergic contact dermatitis. Negative patch tests favor a diagnosis of irritant contact dermatitis by exclusion. Topical corticosteroids and emollients are the mainstay of treatment. Identification and elimination of the offending irritant or allergen and protection from further exposure are important in managing contact dermatitis.

Définition du terme eczéma :

Le mot « eczéma » dérive d'un verbe grec qui veut dire « sortir en bouillonnant ». Ce terme regroupe un ensemble de manifestations ayant une clinique et une physiopathologie commune impliquant une réaction d'hypersensibilité retardée qui met en jeu les lymphocytes T et les cellules présentatrices d'antigènes.

Classification :

- Les eczemas exogènes ou eczéma de contact qui relèvent exclusivement de facteurs environnementaux sans interférence marquée de facteurs internes.
- Les eczemas endogènes : qui sont l'expression cutanée de processus internes, propres à l'individu, souvent mal élucidés.

Eczéma de contact :

1. Définition :

L'eczéma de contact est une dermatose très fréquente. Elle est due à une sensibilisation à des substances en contact avec le revêtement cutané. Elle implique une réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire secondaire à l'application sur la peau d'une substance exogène.

L'eczéma de contact évolue en deux phases : phase de sensibilisation et phase de déclenchement.

Phase de sensibilisation :

Cette phase peut durer de quelques jours à plusieurs années. Le produit sensibilisant exogène, l'haptène, qui est une substance non immunogène par elle-même, pénètre dans la peau. Elle s'associe à une molécule porteuse pour former un couple haptène-protéine qui constitue l'allergène complet. Celui-ci est pris en charge par les cellules de Langerhans (cellules dendritiques) de l'épiderme. Les cellules de Langerhans migrent vers la zone paracorticale des ganglions lymphatiques. Pendant cette migration, elles subissent une maturation qui les rend capable d'activer des lymphocytes T « naïfs ». Ces lymphocytes T prolifèrent et se différencient alors en lymphocytes « mémoires » circulants. Cette première phase est cliniquement asymptomatique.

Phase de déclenchement :

Elle survient chez un sujet déjà sensibilisé, 24 à 48 heures après un nouveau contact avec l'antigène. Des lymphocytes T mémoire portent à leur surface des molécules qui favorisent leur extravasation dans la peau. Ces lymphocytes reconnaissent l'allergène présenté à ce niveau par les cellules de Langerhans. Ils prolifèrent et sécrètent des cytokines qui recrutent des cellules inflammatoires. Les kératinocytes et les cellules endothéliales sont également activées.

Les cytokines pro inflammatoires sont produites au tout début de la réaction, interleukine IL1-TNF, (facteur de nécrosetumorale)-alpha, suivies de la production de cytokines qui régulent négativement les phénomènes inflammatoires (IL10). L'eczéma de contact est une réaction de type Th1, associée à la production d'IL2 et d'interféron gamma.

2. Diagnostic positif :

Forme typique ; eczéma aigu :

Les lésions sont très prurigineuses ++++. Elles réalisent des placards à contours émiétés. Il évolue en quatre-phases successives, le plus souvent intriquées (figure1) :

- **phase érythémateuse :**

placard érythémateux ;

- **phase vésiculeuse :**

vésicules remplies de liquide clair, confluant parfois en bulle ;

- **phase suintante :**

Rupture des vésicules, spontanément ou après grattage

- **phase desquamative :**

Suivie d'une guérison sans cicatrice.

Formes cliniques :

- **Formes topographiques :**

Au visage (figure 2) et sur les organes génitaux, l'eczéma prend un aspect très oedémateux en particulier sur les paupières, aux mains et aux pieds, l'eczéma se présente sous forme de vésicules prurigineuses dures, enchâssées.

- **Formes symptomatiques :**

- L'eczéma nummulaire réalise des lésions érythémato-vésiculeuses en placards arrondis de quelques centimètres de diamètre.

- L'eczéma papulo-vésiculeux est une forme d'eczéma où les papulo-vésicules restent isolées les unes des autres.

- Dysidrose : elle est caractérisée par des vésicules très prurigineuses des faces latérales de doigts.

- **Formes chroniques :**

Elles sont caractérisées par un épaissement quadrillé de la peau (liché-

nification) et une hyperpigmentation. Sur les paumes et les plantes, les lésions sont fissuraires et hyperkératosiques.

- **Photoallergies :**

La substance exogène n'induit un eczéma de contact qu'après irradiation par les rayons ultra-violet. Les lésions débutent et prédominent sur les zones photo-exposées (visage, oreilles, dos des mains...).

Examen histologique :

Une biopsie cutanée n'est pratiquée que dans les cas où le diagnostic est hésitant. L'examen histologique montre :
- Des lésions essentiellement épidermiques :

spongieuse (oedème dissociant les kératinocytes et aboutissant à la formation de vésicules intra-épidermiques) et exocytose (infiltrat de cellules mononucléées entre les kératinocytes) ;
- Un oedème et un infiltrat lymphomonocytaire à prédominance périvasculaire.

3. Diagnostic différentiel :

- Dermite d'irritation : Elle est secondaire à des agressions physiques ou chimiques directes, qui ne nécessitent pas l'intervention de mécanismes immunologiques.

- Dermite atopique : la dermatite atopique réalise un tableau très différent.

- Erysipèle : le placard inflammatoire bien limité peut être recouvert de vésicules. La fièvre est souvent présente.

- Œdème de quincke : pale, indolore sans prurit ni fièvre, souvent accompagné d'urticaire.

- Zona : douleurs, vésicules croûteuses, topographie métamérique permettent le diagnostic.

4. Diagnostic étiologique

- But : rechercher

l'allergène responsable

Interrogatoire :

- **La topographie initiale :**

La localisation initiale est la zone de contact puis, il y a dissémination à

distance.

- **Les circonstances de déclenchement :**

Certaines activités où il y a un contact avec un allergène sont à rechercher surtout dans les 24 heures à quelques jours avant le début des lésions : jardinage, maçonnerie, peinture...

- **La chronologie :**

L'évolution des lésions et surtout leur amélioration lors de l'éviction des produits en cause sont à préciser.

- **Les traitements utilisés :** préciser tous les traitements locaux utilisés, ainsi que les produits d'hygiène, parfums et cosmétiques.

Examen clinique :

Certaines localisations orientent vers la substance en cause : les paupières pour le maquillage, les oreilles pour le nickel

Tests épicutanés ou patch-tests :

- Permettent d'effectuer le diagnostic de certitude.

- Ils doivent être orientés par l'interrogatoire et l'examen clinique et réalisés à distance de la poussée d'eczéma.

- Quelles produits utiliser ? On réalise habituellement la batterie standard européenne, qui comprend les 23 substances les plus fréquemment en cause. Certains produits sont apportés par les patients et d'autres sont des batteries spécialisées orientées (coiffure, cosmétiques, photographie, peintures...)

- Comment réaliser un patch test ?

- On applique les allergènes sur le dos sous occlusion pendant 48h.

- La lecture se fait à 48 heures, 15 minutes après avoir enlevé les tests.

- Une deuxième lecture est réalisée après 72 à 96 heures, parfois à 7 jours (corticoïdes par exemple).

- Lecture :

- Test négatif : peau normale

- Test positif : reproduisant la lésion

- d'eczéma :

- + Érythème

+++ Érythème, vésicules, vésiculobulles

- Réaction d'irritation

Quels sont les pièges à ne pas méconnaître ?

- La pertinence d'un test positif doit toujours être discutée : le test positif observé explique-t-il la poussée actuelle d'eczéma ou témoigne-t-il d'une sensibilisation ancienne sans rapport avec les lésions récentes ?

- Il existe des faux-positifs et des faux-négatifs.

- Il existe des réactions croisées entre des allergènes avec des groupes chimiques en commun. Ces réactions croisées expliquent la possibilité de récurrences malgré l'éviction de l'allergène.

- Les photo patch-tests sont des patch-tests suivis d'une irradiation par certaines longueurs d'ondes de rayons ultraviolets

5. Causes identifiées :

Les allergènes en cause sont très variés. Les allergènes les plus fréquents sont les métaux, en particulier le nickel.

- Allergènes professionnels :

Les eczémata de contact de cause professionnelle sont parmi les plus fréquentes des maladies professionnelles indemnisables. Elles se localisent principalement sur les mains. Elles s'améliorent pendant les vacances. Les professions les plus souvent à l'origine d'eczémata professionnels sont :

- métiers du bâtiment : sels de chrome (ciment), cobalt (peinture, email)...

- coiffeurs : paraphénylène-diamine (teintures), caoutchouc (gants)...

- professions de santé : antiseptiques (iodés, mercuriels, hexamidine), caoutchoucs (gants), acrylates des résines composites (prothésistes).. ;

Médicaments topiques :

Les lésions débutent sur la zone d'application. Les topiques les plus fréquemment en cause sont : néomycine,

antiseptiques iodés et mercuriels, sparadrap (colophane), topiques anti-prurigineux, baume du Pérou... Les corticoïdes locaux peuvent se comporter comme des allergènes. Il faut penser à cette éventualité chez les patients dont les lésions sont non améliorées ou aggravées par l'application de corticoïdes. Les tests aux corticoïdes locaux sont positifs dans 2 à 4 p. 100 des eczémata chroniques.

Cosmétiques :

Se voit surtout chez les femmes. Elles prédominent sur le visage. Les produits responsables sont : parfums, conservateurs, excipients, formaldéhyde (vernis à ongles), déodorants, shampoings, laques, baume du Pérou (rouge à lèvres, crèmes)...

Produits vestimentaires :

Les lésions prédominent sur le tronc et les plis (colorants textiles, produits de teinturerie...) ou sur les pieds (cuir, colle des chaussures, caoutchouc...). Les allergies au nickel sont causées par des bijoux fantaisie ou des accessoires.

Photoallergènes :

Les lésions prédominent sur les régions découvertes. De nombreux médicaments peuvent induire des réactions de photosensibilité, soit par voie systémique (sulfamides, phénothiazines, fénofibrate), soit par voie topique (kétoprofènele risque de l'eczéma photo allergique est de développer une photosensibilité permanente.

6. Evolution et complications :

L'éviction de l'allergène est suivie de la guérison de l'eczéma en dix à quinze jours. En l'absence d'éviction, les lésions passent à la chronicité. Certaines complications peuvent s'observer :

- Surinfection l'impétiginisation des lésions est suspectée devant la présence de croûtes jaunâtres, parfois associées à des adénopathies et à de la fièvre.

- Erythrodermie : les lésions peuvent se généraliser réalisant un érythème-généralisé recouvert de squames et de vésicules.

- Retentissement socio-professionnel : Les eczémata chroniques, en particulier des mains, peuvent induire un handicap considérable.

7. Traitement :

L'éviction de l'allergène est une condition indispensable de la guérison.

L'ubiquité de certains allergènes rend leur éviction difficile et rend compte de la chronicité de certains eczémata de contact.

Les eczémata de cause professionnelle justifient un arrêt de travail, la réalisation de tests épicutanés, ainsi que la possibilité de déclaration en maladie professionnelle indemnisable.

Les traitements topiques :

- Dermocorticoïdes : la classe thérapeutique et la forme galénique sera adaptée en fonction du stade, du siège et la cause de l'eczéma. Un dermocorticoïde faible de classe I par exemple est réservé au visage, les formes en crèmes sont plus adaptées aux eczémata très suintants. Il n'y a pas d'indication à une corticothérapie systémique sauf en cas d'eczéma aigu généralisé très inflammatoire.

- Les immunosuppresseurs locaux : le recours à cette alternative thérapeutique pourrait être intéressante (tacrolimus, pimecrolimus...)

Les traitements généraux :

- En cas d'infection, on associe une antibiothérapie générale pendant 7 jours, sans retarder le traitement par corticoïdes topiques.

- La ciclosporine peut contrôler les eczémata de contact, mais vu les effets secondaires, elle est réservée aux cas très invalidants.

- La PUVAthérapie : localisée ou généralisée entraîne une amélioration transitoire. Elle agit sur les cellules présentatrices de l'antigène.

8. La prévention :

Elle repose sur une stratégie multidisciplinaire incluant des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire

- La prévention primaire porte sur la phase d'induction. Par exemple, déconseiller aux atopiques le contact avec les substances fréquemment à l'origine de sensibilisations de contact

- La prévention secondaire porte sur la phase de révélation : port de gants, crèmes barrières...

- La prévention tertiaire porte sur l'eczéma de contact déjà présent cliniquement avec tous les aléas qu'il entraîne pour la qualité de vie du sujet

Il n'y a pas de possibilité de désensibilisation dans l'eczéma de contact.

9. Retentissement physique, psychologique et socioprofessionnel de la maladie :

Le retentissement physique et psychologique d'un eczéma de contact est considérable. Le prurit étant féroce, l'affection doit être considérée comme une urgence dermatologique lors de la phase aiguë et nécessite une prise en charge rapide visant à soulager le plus rapidement possible le patient.

Le retentissement psychologique est d'autant plus important que l'affection est d'apparition soudaine et spectaculaire dans son expression clinique surtout lorsqu'elle apparaît au visage.

À la phase chronique, la prise en charge thérapeutique doit également être adéquatement. De plus, les conséquences socioprofessionnelles peuvent être à ce point importantes en cas d'eczéma de contact d'origine professionnelle. Ceci peut amener à changer ou faire changer le poste au patient atteint et parfois la perte de l'emploi.



Fig. 1 : eczema aigu



Fig. 2: eczema du visage

Bibliographie :

1. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Eczéma de contact. M. Bagot(Créteil), E. Grosshans (Strasbourg), DLambert(Dijon), L. Vaillant (Tours). Ann DermatolVenereol 2002;129:2S96-2S101.
2. Place des tests allergologiques dans l'eczéma chronique des mains (Skin tests in chronic hand dermatitis) C. Bernier, P. Gélot. Annales de dermatologie et de vénéréologie (2014) 141, S117-S126.
3. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. J-H. Saurat, J-M. Lachapelle, D Lipskar, L. Thomas. 5eme edition.

Tableau I Batterie Standard Européenne des allergènes.

1. Bichromate de Potassium (ciment).
2. Sulfate de Néomycine (topiques médicamenteux).
3. Thiuram Mix (caoutchoucs).
4. Para-phénylènediamine (PPD) (colorants foncés, teintures).
5. Chlorure de Cobalt (ciment, métaux, colorants bleus).
6. Benzocaïne (anesthésique local).
7. Formaldéhyde (conservateur).
8. Colophane (adhésifs, vernis, peintures).
9. Clioquinol (antiseptique, conservateur).
10. Baume du Pérou (cosmétiques, topiques médicamenteux).
11. N-Isopropyl-N'-PhénylParaphénylènediamine (IPPD) (caoutchouc noirs).
12. Lanoline (cosmétiques, topiques médicamenteux).
13. Mercapto Mix (caoutchoucs).
14. Résine Epoxy (résines).
15. Parabens Mix (conservateurs).
16. Résine paratertiaire butylphénol formaldéhyde (colle à chaussures).
17. Fragrance Mix (parfums).

18. Quaternium 15 (conservateur).
19. Sulfate de Nickel (bijoux fantaisies, objets métalliques).
20. Kathon CG (chlorométhylisothiazolinone) (conservateur, cosmétiques).
21. Mercaptobenzothiazole (caoutchoucs).
22. Lactone Sesquiterpene Mix (plantes "composées" : artichauts, dahlias, chrysanthèmes...).
23. Primine (primevères).

Contrôlez vos connaissances !

1. Quelles sont les 4 phases cliniques de l'eczéma de contact?

- a- phase érythémateuse : placard érythémateux ;
- b- phase vésiculeuse : vésicules remplies de liquide clair, confluant parfois en bulles ;
- c- phase suintante : rupture des vésicules, spontanément ou après grattage ;
- d- phase desquamative : suivie d'une guérison sans cicatrice.

2. La lecture du patch test se fait après combien de temps ?

3. Quel type de mécanisme immunologique est impliqué dans la physiopathologie ?

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Cas clinique

Patiente âgée de 30 ans consulte pour :

- Obstruction nasale bilatérale
- Rhinorrhée
- Anosmie et éternuement depuis 15 jours

Les ATCD :

- Épisodes similaires évoluant sur 3 à 4 semaines au printemps et en automne

Habitudes de vie :

- Habitation : ensoleillée et éclairée avec jardin
- Le mari est fumeur / 1 paquet / jour

L'examen endoscopique :

- Fosses nasales : un œdème bilatéral des cornets inférieurs et moyens recouverts de sécrétions claires
- Cavum : libre

I. Quel est le diagnostic le plus probable ?

1. Rhinite infectieuse
2. Rhinite médicamenteuse
3. Rhinite hormonale
4. Rhinite allergique

II. Nous avons pratiqué chez ce patient le test cutané : prick test

1. Le test se pratique au niveau de l'avant bras
2. Au niveau du dos
3. Teste les allergènes
4. La lecture à la 20ème minute
5. Le test est positif si on a un chatouillement à l'endroit testé
Cochez(la) ou (les) réponse(s) juste(s)

III. La charte concernant les critères de sécurité du prick test est

1. Réalisable à la naissance et interprétable
2. La valeur diagnostic diminue au delà de 60 ans
3. Les antihistaminiques, les immunosuppresseurs la cortisone : négativent le test
4. La codeine peut influencer le test (faux positif)
5. Prendre des Bêtabloquants 24 h avant le test
Cochez la réponse fausse

Nous avons pratiqué le test cutané chez ce patient avec différents allergènes :

- 1 - Fraise
- 2 - Amande
- 3 - Poussière de maison
- 4 - Pollen
- 5 - Moisissure
- 6 - Squames animales
- 7 - Polluants



IV. Quel (s) est ou sont les allergènes responsables les symptômes observés chez ce patient

Cochez (la) ou (les) réponse(s) juste(s)

IV. Quel (s) est ou sont les allergènes responsables les symptômes observés chez ce patient

Cochez (la) ou (les) réponse(s) juste(s)

SYMPTÔMES	OUI	NON
Toux récurrente		non
respiration sifflante nocturne		non
respiration sifflante après effort		non
Sommeil perturbé	oui	
Les activités sociales		non
L'humeur	oui	
Rendement au travail	+/-	

V. Quelle est la classification clinique de cette rhinite selon l'ARIA

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Intermittente légère | 3 - Persistente légère |
| 2 - Intermittente modéré-sévère | 4 - Persistente modéré-sévère |

VI. Quel traitement proposer dans ce cas ?

1. éviction allergénique
2. Antihistaminiques H1 oraux
3. Corticostéroïdes intra nasaux
4. Cromones intranasales
5. Immunothérapie S/C, sublinguale

VII. Le suivi du patient ?

1. Revoir le malade 2 à 4 semaines après le début du traitement
 2. Faire une évaluation après une semaine de traitement
 3. En cas de non amélioration de la symptomatologie, augmentez les doses
 4. Maintenir le traitement pendant un mois si amélioration de la symptomatologie
- Cochez la réponse fautive

Top 10 des mythes d'Allergies Alimentaires :

Un article de Claire Nickolis et Diane Campbell, du service des allergies et d'immunologie de l'hôpital pour enfants de Sydney, nous présente un point de vue intéressants qui va nous permettre de faire la part des choses entre les mythes et les réalités dans les allergies alimentaire publié dans le Journal of Pediatrics and Child Health mai 2015.

Mythe numéro 1 :

"Un test d'allergie positif certifie le diagnostic clinique."

En vérité :

La production d'immunoglobulines spécifiques d'un allergène alimentaire et leur détection à l'aide d'un test cutané ("prick test") ou d'un dosage des IgE (immunoglobulines E) sériques spécifiques ne permet pas d'établir ou de prédire un cas clinique d'allergie.

Mythe numéro 2 :

"Les tests allergologiques peuvent prédire une réaction anaphylactique."

En vérité :

Les tests ne permettent pas de prédire ce type de réaction anaphylactique, car le niveau d'IgE n'est pas corrélé à ce risque.

Mythe numéro 3 :

"Une allergie ne peut pas se déclencher au premier contact alimentaire."

En vérité :

Plus d'un tiers des réactions allergiques médiées par les IgE se produit à la première ingestion d'aliments.

Mythe numéro 4 :

"Les réactions allergiques augmentent en sévérité à chaque exposition orale."

En vérité :

Les réactions allergiques alimentaires sont variables et imprévisibles d'une exposition à une autre.

Mythe numéro 5 :

"Seuls les enfants qui ont eu des antécédents d'anaphylaxie ont besoin d'un auto-injecteur d'adrénaline."

En vérité :

Il n'est pas indispensable qu'un enfant présente d'antécédent d'anaphylaxie pour être considéré comme étant « à risque de anaphylaxie »



Mythe numéro 6 :

“L’hypotension et le collapsus sont des signes courants de l’anaphylaxie chez les enfants ayant une allergie alimentaire.”

En vérité :

Les symptômes respiratoires sont les symptômes les plus communs lors d’un choc anaphylactique Chez les enfants

Mythe numéro 7 :

“Les antihistaminiques et/ou les corticoïdes, utilisés rapidement lors des premiers signes de réaction allergique peuvent prévenir un choc anaphylactique.”

En vérité :

Les Antihistaminiques et les stéroïdes n’ont pas de place en première intention dans la gestion de l’anaphylaxie

Mythe numéro 8 :

“L’Ara h2 est un bon test pour confirmer ou infirmer un diagnostic d’allergie aux cacahuètes d’un enfant avec une sensibilisation, ou pour en mesurer la sévérité.”

En vérité :

Les tests à l’Ara h2 (l’une des 11 protéines principales contenues dans les graines d’arachide) ou aux autres composants de l’arachide ne permettent pas d’écarter ou de confirmer un diagnostic d’allergie à l’arachide ni d’identifier les cas sévères.

Mythe numéro 9 :

“Les tests IgE sont utiles pour l’identification des aliments provoquant des eczémas de l’enfant.”

En vérité :

Les réactions immunologiques qui se manifestent dans l’eczéma ne sont pas médiées par les IgE, ce qui rend les tests utilisant cette méthode inutiles.

Mythe numéro 10 :

“La désensibilisation par voie orale est un remède pour l’allergie alimentaire.”

En vérité : à confirmer

Bien que des études de petite taille suggèrent qu’une dose journalière d’allergène alimentaire administrée par voie orale pourrait désensibiliser une majorité des enfants, cette protection cesse le plus souvent une fois que le traitement est arrêté. De plus, ces traitements peuvent présenter des effets secondaires (eczéma, prurit, troubles digestifs,) qui peuvent être modérés ou sévères .

En savoir plus :

Article original : Top 10 food allergy myths, Claire Nickolls et Dianne E Campbell, Journal of Pediatrics and Child Health, mai 2015.

Quels conseils donner à votre patient asthmatique ?

Synthèse réalisée par Dr D. BOUMAILA

L’asthme est une maladie chronique dont les crises sont imprévisibles. le meilleur moyen de les éviter est de faire suivre scrupuleusement le traitement prescrit par le médecin. Pour une bonne qualité de vie la prévention des crises d’asthme est nécessaire. L’asthmatique doit réussir à bien contrôler son asthme, les traitements vont l’aider tout comme l’application de certains gestes dans la vie quotidienne.



Mesures à apprendre dans la maison :

- Faire très régulièrement le ménage, y compris dans la chambre et éliminer au maximum les nids à poussière : penderie, placard...
- Éviter les tapis et les rideaux. À défaut, les laver régulièrement.
- Éviter les tentures, les meubles (canapé en tissu, chaise capitonnée) et toute sorte de décoration susceptible de retenir la poussière.
- Éviter les plantes allergisantes.
- Tout meuble neuf en bois dégage des composés organiques volatils (COV) irritants. Il faudra donc aérer davantage pendant plusieurs mois ou exposer votre meuble quelque temps dans un endroit ventilé (garage, véranda...) avant de l’installer à la maison.
- De même, de nombreux produits de bricolage diffusent des substances toxiques : vernis, peintures, colles, cires ainsi que les produits désodorisants et de nettoyage idéalement s’en passer vaut bien mieux .
- Aérez tous les jours chaque pièce, en dehors des pics de pollution.
- Particulièrement dans la cuisine et dans la salle de bain, lutter contre les moisissures. contre les moisissures, l’eau de javel est très efficace.
- Se méfier de certains produits ménagers (portant le logo "toxique") et éviter les aérosols.
- Contre les acariens et les poils d’animaux, éviter de laisser entrer les animaux et leur interdire l’accès à la chambre.
- Éviter tout tabagisme actif ou passif. et les atmosphères enfumées.
- Il est impératif de bannir la cigarette de la maison : pas de feux de cheminées, de barbecues, etc.

Asthme et sport

L’asthme ne contre-indique pas le sport.

Au contraire, l’exercice physique permet d’améliorer le système respiratoire et représente une aide précieuse dans le traitement de l’asthme.

- La natation et les sports d’endurance (vélo, randonnée...) sont des activités recommandées aux asthmatiques, tandis que les sports de ballon violents (rugby, basket...) sont en revanche déconseillés, tout comme l’équitation en raison des risques d’allergie aux poils d’animaux et autres allergènes présents dans la paille.
- Le seul sport interdit est la plongée avec bouteille.
- Eviter de pratiquer une activité physique en cas de température extérieure très froide ou en cas de pics de pollution



Prévenir l'installation d'un rhume

Traiter toutes infections respiratoires, se protéger également des personnes malades.

Attention aux pollens

En période de pollinisation, éviter les sorties à la campagne et les pique-niques.

Toujours conserver sur soi une ordonnance

Une ordonnance pour un broncho-dilatateur avec la posologie doit être disponible à tout moment.

Prudence au moment du coucher

Les crises sont généralement plus fréquentes au moment du coucher. Il faudra donc être particulièrement vigilant et ne pas oublier pas d'avoir à portée de main le traitement en cas de crises nocturnes.



Une attention particulière pour la chambre de l'enfant

Certaines règles doivent être observées dans la chambre d'un enfant asthmatique :

- Faire quotidiennement le ménage ;
- Entourer le matelas et l'oreiller d'une housse anti-acariens ;
- Ne pas utiliser pas d'oreiller, de traversin ou de couette en plumes mais plutôt en synthétique ;
- Secouer les draps, les couvertures et exposer le matelas à l'air libre ;
- Choisir un revêtement de sol lavable ;
- Aérer régulièrement la pièce ;
- Bannir les climatiseurs ;
- Éviter les nids à poussières : bibelots, etc. qu'il faut tous les jours nettoyer ;
- Préférer une moustiquaire aux insecticides qui peuvent être allergisants ;
- Attention à certaines plantes qui peuvent être allergisantes



Mohamed MATIBEN (1893-1962)

Tout étudiant de médecine qui a pu se rendre au service de pneumo-phtisiologie au CHU Beni Messous aura certainement lu sur le fronton la mention « Service Matiben ». Mais qui était donc Matiben ?



Né à Alger, le 30 septembre 1893, d'une famille modeste demeurant dans la basse Casbah. Son père était artisan tonnelier.

Après des études à l'école Sarrouy (cycle primaire et cours complémentaire), il travaille comme apprenti-relieur chez un libraire.

En 1912, à l'âge de 19 ans, il est recruté comme agent de service au secrétariat de la faculté de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire d'Alger par le Secrétaire Principal de la faculté, Monsieur GRANGAUD (*Grand-père du Professeur J.P GRANGAUD*)

Il gravit progressivement les échelons administratifs : commis aux écritures, puis rédacteur jusqu'à devenir secrétaire d'administration et secrétaire principal, poste dans lequel il succédera à Monsieur SOLERA dont il a été l'adjoint de 1947 à 1952.

Bien qu'il ait dépassé l'âge de la retraite, il reste à son poste jusqu'en 1962 pour assurer la transition et maintenir l'organisation administrative de la faculté de médecine, tout en aidant les étudiants algériens qui trouvaient toujours en lui un recours.

Mohamed MATIBEN fut assassiné dans son bureau, au secrétariat de la faculté de médecine par un commando de l'OAS, le 14 MARS 1962. Il fut inhumé à Sidi-Yahia, Bir-Mourad Rais, aux côtés de son fils.

MATIBEN a payé de sa vie en s'opposant à un commando de l'OAS qui tentait, mettant en ouvre leur politique de la terre brûlée, de déclencher un incendie criminel à la faculté de médecine dans le but de ne laisser aucun ouvrage universitaire à la jeune république Algérienne naissante.

Gloire à nos martyrs, nous nous souviendrons toujours.

Lettre à l'éditeur

Réagissez à la Revue El-Hakim

Ceci est votre espace d'expression, votre avis nous intéresse.

Vous souhaiteriez réagir par rapport à l'un des articles de la revue, vous avez un avis à exprimer et vous voulez le partager avec d'autres lecteurs ? Merci d'adresser votre courrier à redaction@el-hakim.net

Merci également de bien vouloir respecter ces quelques recommandations : écrivez un texte court, adoptez une prise de position claire, mettez votre signature en bas de votre texte : nom, prénom, fonction / spécialité, localité, et si c'est le cas de toujours précisez à quel (s) article (s) précis ou publication (s) vous souhaitez réagir.

Merci également de noter que la rédaction de El Hakim se réserve le droit de ne pas publier les courriers qui ne seraient pas conformes à l'éthique professionnelle et au respect des personnes.

Agenda scientifique

Voici la liste des événements scientifiques prévus pour les mois à venir. Merci de ne pas nous tenir rigueur d'une éventuelle omission bien involontaire que vous aurez l'amabilité de nous signaler.

Intitulé de l'Évènement	Date	Lieu
2ème Rencontre Scientifique de Réanimation Respiratoire	02 Avril 2016	Faculté de Médecine Constantine
17ème Journées Nationales de Dermatologie et Pédiatrie	03-04 Avril 2016	Ecole Supérieure d'Hôtellerie et de la Restauration Aïn Benian - Alger
Journée Médicale de l'UMA de Oum El Bouaghi	07 Avril 2016	Musée El Moudjahid - Oum El Bouaghi
Les 2èmes Journées d'Otologie	07 Avril 2016	Sétif
Journée de la SPO (Société Algérienne de Pédiatrie de l'Ouest)	08 Avril 2016	Sidi Bel Abbès
Journée Internationale de Psychiatrie Thème : Psychiatrie à l'hôpital général	09 Avril 2016	EHS Psychiatrie - Constantine
1ère Rencontre Nationale de Médecine Générale / A.M.P.	14-15 Avril 2016	Faculté de Médecin - Bejaïa
Journée de FMC pour les Paramédicaux	15 Avril 2016	Oran
19ème Salon International du Mobilier Hospitalier et de l'Équipement Médical	13-16 Avril 2016	Centre des Conventions - Oran
1ères Journées de Printemps du Centre Anti-Cancer	15-17 Avril 2016	Batna
1ères Journées Médico-Chirurgicales du CHU de Bejaïa	16-17 Avril 2016	Auditorium Aboudaou Université de Bejaïa
Congrès National de la Société Algérienne de Gastroentérologie (SAHGEEED) et 1ère Journée Algérienne «Inflammatory Bowel Disease Day»	16 Avril 2016	Stand All - Kiffen Club - Alger
35ème Congrès National Médico-Chirurgical de l'UMA	20-22 Avril 2016	Maison de la Culture - Mila
2ème Journée Nationale de Néphrologie de Guelma : L'insuffisance rénale chronique et sa prévention	21 Avril 2016	Guelma
Les 1ères Journées Internationales de Pharmacie Hospitalière	22-24 Avril 2016	Hotel Sabri - Annaba
Congrès de l'Association des Gynécologues Obstétriciens Privés d'Oran AGOPO	22-23 Avril 2016	Hotel Meridian - Oran
Journées d'Enseignement Post Universitaire en Neurologie Vasculaire	26-27 Avril 2016	Amphi Bloc Pédagogique - EHU Oran
16ème Rencontres Internationales de Psychiatrie	27- 28 Avril 2016	Amicale des Psychiatres de Bejaïa
17èmes Journées Médico-Chirurgicales Internationales d'El Eulma	02-30 Avril 2016	Centre Culturel El Eulma
14ème Congrès National «ANOL» Association Nationale des ORL libéraux / SAONORL	28- 29 Avril 2016	Hotel El Aurassi - Alger
Rencontre Internationales d'ORL	28-30 Avril 2016	Hotel Marriott - Constantine
Le XIVème Congrès d'Allergologie de l'ANAP	29-30 Avril 2016	Alger
5ème Rencontre ORL - EST de la SAONORL	30 Avril - 01 Mai 2015	Constantine
12ème Congrès Euro Méditerranéen de Cardiologie	04-06 Mai 2016	Oran
Journées de Formation Médicale Continue de l'EPH Bologhine	05-06 Mai 2016	Palais de la Culture - Alger
19ème Journées Nationales de Psychiatrie	05-06 Mai 2016	Hotel El Aurassi - Alger
Journée de FMC pour les Médecins Généralistes	06 Mai 2016	Oran
1ères Journées de Médecine Physique et Réadaptation du CHU d'Oran	06-07 Mai 2016	Oran
3ème journée de Chirurgie Générale de l'Hôpital Central de l'Armée (HCA)	11 Mai 2016	Alger

1er Séminaire international de Pharmacie de Sétif : de la plante au médicament	11-12 Mai 2016	Faculté de Médecine - Sétif
Congrès National Annuel de la SAMI / Société Algérienne de Médecine Interne	12-14 Mai 2016	Sétif
23ème Congrès National de la SACOT Société Algérienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	12-16 Mai 2016	Hotel Sheraton - Alger
Congrès de la Société Algérienne d'Étude et de Recherche sur la Ménopause SAERM	12-20 Mai 2016	Alger
La VII Journée de la SAMIC Thème : Strategie de la prise en charge de l'infection chez le transplanté	14 Mai 2016	Faculté De Médecine - Constantine
6ème Journée Scientifique Paramédicale Thème : Actualités des Soins Paramédicaux	19 Mai 2016	Palais de la Culture Moufdi Zakaria - Alger
Forum Médical de Chlef (3ème Édition)	20-21 Mai 2016	Chlef
16ème Journée Algéro-Francaise de Radiologie et d'Imagerie Médicale	20-21 Mai 2016	Faculté de Médecine - Alger
17ème Congrès Algérien de Rhumatologie de la LAAR	20-22 Mai 2016	Hotel El Aurassi - Alger
FMC Diabète 2016	21 Mai 2016	Bibliothèque Nationale - El Hamma - Alger
4ème Congrès Maghrébin d'Immunologie	22-23 Mai 2016	Alger
Congrès Maghrébin d'Hématologie	26-28 Mai 2016	Hotel Sheraton - Alger
2ème Séminaire de Aïn Touta Thème : Médecine et Environnement	27-28 Mai 2016	Aïn Touta - Batna
9ème Congrès International de l'AMOPREC	27-28 Mai 2016	Hotel Phoenix - Oran
1er Atelier Pratique de Chirurgie Gynéco-Obstétricale et Pelvienne	27-28 Mai 2016	Ecole Supérieure Algérienne des Affaires - Pins Maritimes - Alger
12ème Congrès de l'AFAP (Association Franco-Algérienne de Pneumologie)	28-29 Mai 2016	Hotel Marriott - Constantine
9ème Journée Internationale d'Infectiologie de Sétif Thème : La Vaccination	29 Mai 2016	Sétif
Journée Internationale de Psychiatrie. Thème : TCC et Psychothérapie en Algérie	29 Mai 2016	Constantine
Expopharma 2016 - Salon des Professionnels de la Pharmacie	01-04 Juin 2016	Oran
Journée Médicale. Service de Médecine Interne EPH de Kouba / AMI Kouba	4-Juin 2016	Palais de la Culture - Moufdi Zakaria - Alger
3ème Forum International sur le Cancer	04-05 Juin 2016	Auditorium Nait Belkacem - Sétif
Congrès de l'ARGOPC Association Régionale des Gynécologues Obstétriciens Privés de Constantine	16-17 Septembre 2016	Hotel Sheraton - Alger
4ème Rencontre - Diabète / Actualités	29-30 Septembre 2016	Sétif
9ème Congrès International de Neurologie EST Thème : Neurologie et Maladies Inflammatoires / ANLEA	06-07 Octobre 2016	Constantine
35ème Congrès Franco-Maghrébin de Psychiatrie	13-14 Octobre 2016	Hotel Sheraton - Oran
2èmes Journées - Cœur et Diabète	13-15 Octobre 2016	Batna
Journée Internationale de Diabétologie du Service de Médecine Interne - CHU de Constantine	20-23 Octobre 2016	Service de Médecin Interne - CHU de Constantine
3èmes Rencontres de l'EADIAB	27-29 Octobre 2016	Annaba
Maghreb Pharma Expo 2016 5ème Salon International des Fournisseurs de l'Industrie Pharmaceutique en Afrique du Nord	8-10 Novembre 2016	Alger
3èmes Journées Internationales d'Oncologie Médicale	25-27 Novembre 2016	Oran
31ème Congrès de la Société Algérienne d'Ophtalmologie	01-03 Décembre 2016	Alger
Congrès de la FASULF Fédération des Associations et Sociétés d'Urologie de Langue Française Jumelé au 12ème Congrès National d'Urologie (AAU)	8-10 Décembre 2016	Hotel El Aurassi - Alger

Carnet d'adresses

Dans cette rubrique, nous vous proposons à chaque numéro des adresses utiles de structures de santé des secteurs public et privé, de centres d'examen biologiques, radiologiques, cliniques, etc. Les informations présentées sont autant que faire se peut en rapport avec le contenu des articles et les thèmes abordés dans la revue. A tout seigneur tout honneur : nous commençons dans ce premier numéro avec les CHU du pays. **Merci de nous signaler toute** erreur ou omission de notre part, **nous la rectifierons** au numéro suivant.

Wilaya	Nom de l'Etablissement	Adresse	Téléphone
Alger	CHU Issad Hassani	Rue Ibrahim Hadjeras 16.206 - Beni Messous - Alger	+213 21 93 11 90 +213 21 93 12 10 +213 21 93 12 27
Alger	CHU Mustapha Bacha	Place du 1er Mai, 16.000 - Alger	+213 21 23 55 55 +213 21 67 33 33 +213 21 66 68 22
Alger	CHU Nafisa Hamoud	Rue Boudjemaa Moghni 16040 - Hussein Dey - Alger	+213 21 49 56 56 +213 21 77 78 44 +213 21 59 82 00
Alger	CHU Lamine Debaghine	Boulevard Said Touati, 16.000 - Bab El Oued - Alger	+213 21 96 06 06 +213 21 96 06 07 +213 21 96 06 08 +213 21 57 02 22
Alger	CHU de Douera	Rue des Frères Halim - 16.000 - Douera - Alger	+213 21 41 76 77 +213 21 41 76 75 +213 21 41 62 25
Blida	CHU Frantz Fanon	Hai Zabana, 09.000 - Blida	+213 25 41 29 81 +213 25 41 29 83 +213 25 41 29 84 +213 25 40 35 86
Bejaïa	CHU Khelil Amrane	Route de l'Hôpital, 06.000 - Béjaïa	+213 34 21 45 41
Tizi Ouzou	CHU Nedir Mohamed	Rue Lamali Ahmed, 15.000 - Tizi Ouzou	+213 26 21 13 16
Annaba	CHU Ibn Rochd	Route De Seraïdi, 23.000 - Annaba	+213 38 83 56 30 +213 38 83 56 33
Annaba	CHU Dorban, Pont Blanc	Rue Bicha Youcef 23.000 - Annaba	+213 38 83 46 76 +213 38 83 29 72
Annaba	CHU Ibn Sina	Chemin des Caroubiers, Annaba, 23.000 - Frantz Fanon Annaba	+213 38 86 32 12
Oran	CHU Oran	Boulevard Docteur Benzerdjeb, Plateau - 31.000 - Oran	+213 41 41 22 38 +213 41 41 22 39 +213 41 41 22 40

Oran	EHU 1er Novembre 1954 - Oran	16, Route Sidi Maarouf, Hai Essabah - 31.000 - Oran	+213 41 53 08 53 +213 41 42 14 06 +213 41 70 50 92 +213 41 70 50 88 +213 41 70 50 87
Constantine	CHU Dr Lakhdar Benbadis	Rue Benseghir Abdelouahab, 25.000 - Constantine	+213 31 64 16 07 +213 31 64 29 72 +213 31 64 29 73 +213 31 64 29 74 +213 31 64 29 75
Sidi Bel Abbès	CHU Hassani Abdelkader	Rue Mourad Belahcel 22.000 - Sidi Bel Abbès	+213 48 54 49 92
Sétif	CHU Saadna Abdenour	Rue Ibn Sina, 19.000 - Setif	+213 36 72 24 52 +213 36 72 23 41
Tlemcen	CHU Tidjani Damardji	Rue N°243 Cite Azzouni, Maghnia, 13.000 - Tlemcen	+213 43 20 80 61 +213 43 20 80 49 +213 43 20 10 30 +213 43 20 10 37
Batna	CHU Benflis Touhami	Allée Mohamed Boudiaf 05.000 - Batna	+213 33 86 00 00 +213 33 80 70 95 +213 33 80 70 56 +213 33 80 70 87
Alger	Centre Pierre et Marie Curie	Rue Tebessi Larbi, Place du 1er Mai Sidi M'Hamed - 16.000 - Alger	+213 21 23 66 66 +213 21 23 50 66
Alger	Hopital Central De l'armée HCA Ain Naadja	19 Avenue Mustapha Sayed El Ouali, Ain Naadja, Djasr Kassentina 16.000 - Alger	+213 21 54 05 05 +213 21 54 54 54
Oran	Hopital Militaire Regional Universitaire D'oran (HMRUO)	Ain Beïda 31.000 - Oran	+213 41 58 71 75 +213 41 58 71 76
Constantine	Hopital Militaire Regional Universitaire de Constantine (HMRUC)	Ali Mendjeli 25.000 Ain-el-Bey Constantine	+213 31 82 15 15 +213 31 82 16 16

Recommandations aux auteurs

Les articles soumis à publication doivent être envoyés à l'attention du directeur de la rédaction, adresse email : redaction@el-hakim.net, Vous trouverez sur le site web de la revue (www.el-hakim.net), le détail des recommandations aux auteurs, qui devront être respectées lors de la soumission d'un article.

Échos de l'industrie pharmaceutique

La production pharmaceutique locale couvrira 65% à 70% de la demande nationale d'ici la fin 2016

APS. ALGER, mardi, 16 février 2016 –

La production pharmaceutique locale couvrira 65% à 70% de la demande nationale, d'ici la fin 2016, a assuré mardi à Alger le ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Abdelmalek Boudiaf.

«Je n'ai pas cessé de dire que d'ici la fin de l'année 2016, nous atteindrons le seuil de la couverture nationale en production pharmaceutique de 65% à 70%», a-t-il déclaré lors d'un point de presse, au terme de sa visite à la société des Industries médicochirurgicales (IMC) de Rouïba.

Cette société privée fabrique, en particulier, les consommables courants (seringues, lignes de perfusion et de transfusion, kit pour hémodialyse et autres abords vasculaires) destinés entièrement aux besoins hospitaliers. M. Boudiaf a indiqué que la réussite d'une entreprise algérienne (publique ou privée) le reconfortait dans la vision et la projection de son département pour ainsi aller de l'avant pour non seulement couvrir la demande nationale mais également aller au delà, pour acquérir «notre place» sur le marché international.

«La spécificité de cette unité est que ses exportations touchent des pays européens, très développés, ce qui signifie que notre production est d'excellente qualité», a-t-il dit, ajoutant que «le continent africain notamment est vierge et c'est aux investisseurs algé-

riens d'aller le conquérir».

Le ministre de la Santé a indiqué que son département encourageait le secteur de la production pharmaceutique qui compte 80 unités de production travaillant avec une cadence «forte» et une qualité «supérieure», ajoutant que ce secteur allait dépasser les 150 unités.

Les 80 unités de production assurent actuellement quelque 45% des besoins nationaux en matière de médicaments et produits pharmaceutiques, selon les chiffres du Conseil de l'Ordre des pharmaciens.

Interrogé sur les difficultés rencontrées par les producteurs lors de l'exportation de leurs productions, M. Boudiaf a rappelé la décision du Premier ministre pour la création d'une commission pour étudier et faciliter l'accompagnement des producteurs nationaux dans l'opération d'exportation.

Il a, dans ce sillage, ajouté qu'il n'y avait pas de différence entre le secteur public et privé, précisant qu'«on n'a pas deux systèmes mais un seul système, qui est mis au service exclusif et à l'intérêt du malade».

«Il y a une volonté des producteurs et une volonté politique des autorités de travailler dans ce secteur avec pour objectif de réduire la facture de l'importation», a-t-il assuré, affirmant que cette réduction «ne se fera jamais au détriment du malade».

Mise en garde contre des médicaments vendus de façon informelle (ordre des pharmaciens)

APS. ALGER, mercredi, 10 février –

Des produits pharmaceutiques, «illégalement importés», sont vendus sans vignette par certaines pharmacies, a indiqué mercredi à Alger, M. Lotfi Benbahmed, président du Conseil de l'Ordre des pharmaciens, rappelant que les sanctions «sévères» sont prévues par la réglementation pour les auteurs de ce genre d'infractions.

Des produits pharmaceutiques «sont illégalement importés par des réseaux et sont distribués dans des pharmacies à travers le territoire», a déclaré M. Benbahmed à la radio nationale, estimant que «c'est très grave» d'en arriver à ce degré dans les pratiques frauduleuses qui «menacent la santé publique».

Des inspections «commencent à être diligentées sur le terrain» pour faire le constat des infractions et des sanctions très lourdes seront prises à l'égard des contrevenants», a-t-il souligné, rappelant que la législation en vigueur prévoit des sanctions allant de 2 à 5 ans de prison et des amendes oscillant de 5 à 10 millions de dinars.

Le responsable, qui a relevé qu'une quinzaine à une vingtaine de médicaments, qui peuvent être contrefais, sont importés de manière frauduleuse, a invité les citoyens à «signaler tout médicament ne portant pas une vignette».

Le même responsable a relevé aussi la «prolifération» des herboristes qui se sont transformés, a-t-il ajouté, en «véritables officines de pharmacie pour vendre des produits dangereux pour la santé publique».

Ces herboristes créent des formules de médicaments «qui peuvent s'avérer dangereuses» pour la santé des patients, a-t-il indiqué, appelant à mettre fin à l'anarchie de cette activité. S'agissant de la production nationale

du médicament, il a déclaré que celle-ci couvre 45% des besoins, plaidant, dans ce sens, pour «un véritable plan national du médicament conçu dans une logique d'intersectorialité», tout en se félicitant de la baisse de la facture d'importation du médicament.

Le secteur pharmaceutique se taille la part du lion dans le nouveau projet de la loi sur la santé

APS. ALGER, vendredi, 29 janvier

2016 – Le secteur pharmaceutique figure parmi les grandes priorités du nouveau projet de loi sur la santé notamment pour ce qui est de la promotion de l'industrie locale, ont indiqué jeudi des spécialistes en pharmacie et en production pharmaceutique.

Ce projet, qui intervient trente ans après la promulgation de la loi sur la santé en 1985, sera à la hauteur des aspirations de la société algérienne, a estimé le président du Conseil d'éthique et de déontologie pharmaceutique, Lotfi Benbahmed lors de la journée d'études sur la place accordée par les autorités publiques au secteur pharmaceutique dans le nouveau projet de loi sur la santé.

Après avoir souligné l'importance de la protection et du développement de la production locale des médicaments, le président du Conseil a affirmé que la politique visant à encourager la production pharmaceutique locale dans le cadre du nouveau projet de loi, qui sera prochainement soumis au gouvernement, «donnera un nouveau souffle» à l'investissement dans ce domaine.

La nouvelle loi qui garantit une production pharmaceutique de qualité inclut de nouveaux types de médicaments (biosimilaires issus de la biotechnologie), qui représentent 30% du marché européen, a-t-il soutenu, sou-

haitant que ce type de médicaments puisse être commercialisés sur le marché national, soit par l'importation ou la production, après promulgation des lois.

Il a par ailleurs mis l'accent sur l'importance accordée dans le nouveau texte de loi aux pharmaciens d'hôpitaux, qui sont marginalisés depuis plusieurs années», en dépit du rôle important qu'ils assument au sein de la chaîne des soins, appelant à accorder davantage d'intérêt à la formation notamment continue dans ce domaine.

Parmi les spécialités créées dans le cadre de ce projet de loi, M. Benbahmed a cité l'assistant du pharmacien dans les officines privées, ce qui permettra de résorber le chômage et de libérer le pharmacien d'officine pour s'occuper des questions administratives.

Après l'application effective de la nouvelle loi sur la santé, le président du Conseil prévoit une nouvelle réglementation du marché national des médicaments, la promotion de la production locale et la réduction de la facture d'importation en particulier après la mise en service de l'Agence nationale des médicaments.

Evoquant certains compléments alimentaires et la phytopharmacie, il a déploré la propagation de commerces destinés à la vente de ces produits qui constituent une véritable «concurrency déloyale» pour le pharmacien, outre les émissions consacrées par certaines chaînes satellitaires à cette filière.

A cet effet, il a mis en garde contre l'utilisation de ce type de produits, car contenant des éléments actifs non contrôlés.

Par ailleurs, Dr Fawzi Haddam, représentant la direction de la sécurité sociale au ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale a présenté des explications exhaustives sur les types de médicaments remboursables. Le directeur de la pharmacie au minis-

tère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Hafedh Hamou a salué le progrès enregistré dans le domaine de la production locale des médicaments durant ces dernières années, citant les mesures incitatives prises par l'Etat pour accompagner ce secteur notamment dans le cadre de la nouvelle loi sur la santé.

Il a affirmé que certaines entraves rencontrées par le secteur pharmaceutique qui relève désormais de plusieurs ministères, après l'installation de l'Agence nationale des médicaments, seraient levées.

Industrie pharmaceutique : encourager la production locale pour réduire la facture d'importation

APS. ALGER, vendredi, 29 janvier

2016 - Le président de l'Union nationale des opérateurs de la pharmacie (UNOP), Abdelwahid Kerrar, a affirmé l'importance d'encourager la production locale de médicaments pour en réduire la facture d'importation.

«Les efforts importants consentis par l'Etat pour accompagner le secteur pharmaceutique doivent se poursuivre afin d'encourager l'investissement et partant réduire la facture des importations de médicaments», a souligné Dr Kerrar lors d'une journée d'études sur la place accordée par les autorités publiques au secteur pharmaceutique dans le nouveau projet de loi sur la santé.

Citant les obstacles qui continuent à entraver le développement de l'investissement dans le secteur pharmaceutique, le spécialiste a mis en garde contre le risque de voir «la facture d'importation de médicaments s'alourdir davantage à l'avenir».

Il a, dans ce sens, déploré «la lenteur accusée lors de l'enregistrement des

médicaments avant l'autorisation de leur commercialisation» et «l'absence de coordination pour faciliter l'exportation de ces produits à l'étranger».

Il a, par ailleurs, déploré «l'absence d'une vision claire au sujet des projets inscrits qui risquent de nuire au secteur au lieu de favoriser son développement, notamment en raison de l'investissement dans les mêmes types de médicaments et la non fixation de leurs prix avant la production».

En dépit de la disponibilité de plusieurs wilayas à faciliter l'accès aux assiettes foncières destinées à l'investissement dans le secteur pharmaceutique, la lenteur des mesures administratives continuent à constituer une contrainte pour l'investisseur.

Santé : 60 % de la facture de la PCH en 2014 dédiée aux médicaments de cancérologie

APS. ALGER, jeudi, 04 février 2016

- Les médicaments dédiés à la cancérologie et à l'hématologie ont coûté en 2014 à la Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) plus de 37 milliards de dinars, soit 60 % de l'ensemble de ses achats, a déclaré jeudi à Alger le ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Abdelmalek Boudiaf.

Intervenant à l'ouverture du salon national info-cancer qui se tient au Palais des expositions (Pins maritimes) à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale de lutte contre cette maladie, le ministre de la Santé a fait savoir que l'achat de médicaments dédiés à la cancérologie et à l'hématologie a coûté à la Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) plus de 37 milliards de DA en 2014, soit 60 % de l'ensemble de ses dépenses pharmaceutiques.

Ce montant reflète les efforts engagés

par les pouvoirs publics en 2013 afin de mettre à la disposition des malades algériens les mêmes classes de médicaments que ceux existant dans les pays développés, a-t-il relevé.

Rappelant que le chantier du cancer a été inscrit comme une «priorité» par le président de la République, Abdelaziz Bouteflika, M. Boudiaf a évoqué la concrétisation du plan cancer (2015-2019) permettant une meilleure qualité de prise en charge des personnes atteintes.

S'agissant du domaine de la prévention, laquelle représente l'un des principaux axes de ce plan, le ministre a cité les différentes mesures de lutte contre les principaux facteurs de risque de la maladie, à savoir notamment le tabagisme, la consommation d'alcool, une alimentation déséquilibrée et les infections chroniques liées à certains virus.

A cela, il faudra ajouter le renforcement de la prévention et du dépistage précoce permettant une baisse de 30% des cas de cancer, a-t-il poursuivi, soulignant les moyens conséquents consentis par l'Etat pour l'amélioration de la prise en charge médicale des cancéreux.

M. Boudiaf a rappelé, à ce sujet, la pression «intenable» qui caractérisait, par un passé récent, les services de radiothérapie où les délais de prise en charge, notamment pour les cancers du sein et de la prostate, dépassaient souvent les 18 mois.

Le ministre a mis en avant les «pénuries à répétition» concernant les médicaments utilisés dans le traitement du cancer, une situation, a-t-il dit, qui a été «aggravée par la prescription anarchique en l'absence de protocoles référentiels et d'un manque d'unités d'oncologie médicale dans de nombreuses wilayas, notamment au sud du pays».

Il a également déploré l'arrêt des chantiers des centres anti-cancer (CAC) d'Annaba, de Tizi Ouzou, de

Sidi Bel Abbès et de Tlemcen, alors que d'autres, quoique réceptionnés (Sétif et Batna) ne sont pas encore opérationnels en radiothérapie.

Evoquant les actions de l'Etat pour aplanir ces difficultés, le ministre du secteur s'est félicité qu'en matière d'offre de soins en oncologie médicale et en radiothérapie, il existe aujourd'hui 32 services et 48 unités totalisant 1913 lits et couvrant les 48 wilayas, de même que 19 accélérateurs linéaires dans le secteur public en plus de trois (03) autres en instance de mise en service, contre 07 accélérateurs en 2013.

Cette augmentation des capacités a permis de réduire, de manière significative, les délais d'attente qui sont passés de plus de 12 mois à moins d'un mois pour tous les cancers sauf pour le cancer du sein dont les délais d'attente varient entre un (01) mois à sept (07) mois, a-t-il poursuivi.

En matière d'infrastructures, l'accent a été mis sur la mise en fonction, la réception et la reprise des travaux et la relance de nouveaux projets, a ajouté M. Boudiaf, rappelant que ces mesures vont permettre la réception, courant 2016, de 04 nouveaux CAC totalisant 12 accélérateurs.

A propos de l'information sanitaire sur la maladie, il a été procédé à la généralisation des registres des cancers de population de wilaya, passés de 15 à 48, ainsi qu'à la mise en place du réseau national informatisé des registres du cancer, a encore relevé le ministre.

Par ailleurs, le ministère a mis en œuvre, dès janvier 2016, et dans le cadre du plan cancer, 38 actions sur les 60 inscrites au titre des 8 axes stratégiques y figurant, a conclu M. Boudiaf.

Index thérapeutique

Vous trouverez ci-dessous un index thérapeutique reprenant les molécules et classes thérapeutiques citées dans les articles de ce numéro, avec pour chaque molécule (s) les noms commerciaux correspondant, ainsi que les dosages et présentations disponibles en Algérie. Sauf erreur ou omission bien involontaire de notre part, nous pensons avoir été exhaustif, mais si ce n'était pas le cas, merci d'avoir l'amabilité de nous le signaler à l'adresse suivante : redaction@el-hakim.net

A

Acide N-acetyl aspartyl glutamique : « antidégranulant »

- Naabak[®] ; 4.9g/100ml ; collyre
- Naaxia[®] ; 4.9g/100ml ; collyre

B

Budésonide :

- Budecort 200[®] ; 200ug/dose ; aérosol buccal
- Pulmicort[®] ; 0.5mg/2ml ; suspension pour inhalation par nébuliseur en recipient unidose
- Pulmicort[®] ; 1mg/2ml ; suspension pour inhalation par nébuliseur en récipient unidose
- Meflonil 200[®] ; 200ug ; poudre inhalée en gélule + inhalateur
- Meflonil 400[®] ; 400ug ; poudre pour inhalation en gélule + inhalateur
- Pulmicort turbuhaler[®] ; 200ug/dose ; poudre pour inhalation buccale

Budesonide/ Formeterol :

- Foracort[®] ; 100ug/6ug/gélule ; poudre pour inhalation en gélule+inhalateur
- Foracort[®] ; 200ug/6ug/gélule ; poudre pour inhalation en gélule+inhalateur
- Foracort HFA 100[®] ; 100ug/6ug/dose ; spray buccal
- Foracort HFA 200[®] ; 100ug/6ug/dose ; spray buccal
- Symbicort turbuhaler[®] ; 100ug/6ug/dose ; poudre pour inhalation
- Symbicort turbuhaler[®] ; 200ug/6ug/dose ; poudre pour inhalation
- Symbicort turbuhaler[®] ; 400ug/12ug/dose ; poudre pour inhalation
- Formonide[®] ; 100ug/6ug/dose ; suspension pour inhalation buccale
- Formonide[®] ; 200ug/6ug/dose ; suspension pour inhalation buccale

C

Ceftriaxone :

- Oframax[®] ; 1 g ; poudre et solvant pour une solution IM/IV
- Ceftriaxona Hikma[®] ; 1000mg/flacon de poudre ; poudre et solvant pour solution IM
- Ceftriaxona Hikma[®] ; 1g/flacon de poudre ; poudre et solvant pour solution IV
- Farcef IM[®] ; 1000mg/flacon de poudre ; poudre et solvant pour solution IM
- Farcef[®] ; 1g/flacon de poudre ; poudre pour solution IV
- Novosef[®] ; 1g/ml ; poudre pour solution IV
- Triaxone[®] ; 1g/flacon de poudre ; poudre et solvant pour solution IV

Ciprofloxacine :

- Cipro 500[®] ; 500mg ; comprimé pelliculé
- Ciprofloxacine zentiva[®] ; 500mg ; comprimé pelliculé
- Ciprofloxacine biocare[®] ; 500mg ; comprimé pelliculé
- Ciprofloxacine beker[®] ; 500mg ; comprimé pelliculé sécable
- Ciprofloxacine iberall[®] ; 500mg ; comprimé pelliculé
- Loxanad[®] ; 500mg ; comprimé pelliculé
- Meflox[®] ; 500mg ; comprimé ; pelliculé
- Ozaflox[®] ; 500mg ; comprimé enrobé sécable
- Proflox[®] ; 500mg ; comprimé enrobé
- Quinox[®] ; 500mg ; comprimé enrobé
- Flocline[®] ; 500mg ; comprimé pelliculé
- Ciprodar[®] ; 500mg ; comprimé pelliculé
- Ciprolon[®] ; 500mg ; comprimé
- Ciproval[®] ; 500mg ; comprimé enrobé sécable

Cromoglycate de sodium : « antidégranulant »

- Dadcrome[®] ; 2% ; collyre

D

Dipropionate de Béclométazone :

- Clenil 250[®] ; 250ug/bouffée ; aérosol
- Foster[®] ; 100ug/6ug ; solution pour inhalation

Doxycycline :

- Biomycine[®] ; 100mg ; comprimé
- Dotur[®] ; 100mg ; comprimé sécable
- Doxylone[®] ; 100mg ; gélule
- Vibramycine[®] ; 100mg ; comprimé sécable
- Doxycycline Kela[®] ; 100mg ; comprimé dispersible sécable

F

Fluticasone :

- Flixotide[®] ; 50ug/dose ; suspension à inhaler buccale
- Flixotide[®] ; 125ug/dose ; suspension à inhaler buccale
- Flixotide[®] ; 250ug/dose ; suspension à inhaler buccale
- Flohale HFA 50 inhaler[®] ; 50ug/dose ; suspension à inhaler buccale en spray
- Flohale HFA 125[®] ; 125ug/dose ; suspension à inhaler buccale en spray
- Flohale HFA 250[®] ; 250ug/dose ; suspension à inhaler buccale en spray

Fluticasone/ Salmeterol :

- Seretide diskus[®] ; 100ug/50ug/dose ; poudre pour inhalation
- Seretide diskus[®] ; 250ug/50ug/dose ; poudre pour inhalation
- Seretide diskus[®] ; 500ug/50ug/dose ; poudre pour inhalation
- Seroflo[®] ; 100ug/50ug/gélule ; poudre à inhaler en gélule + inhalateur
- Seroflo[®] ; 250ug/50ug/gélule ; poudre à inhaler en gélule + inhalateur

Formoterol :

- Broncoteril[®] ; 12ug ; poudre pour inhalation en gélule avec nébuliseur
- Foradil[®] ; 12ug ; poudre pour inhalation en gélule avec nébuliseur
- Formoterol Zentiva[®] ; 12ug ; poudre pour inhalation en gélule avec nébuliseur
- Foratec HFA[®] ; 12ug/dose ; spray pour inhalation buccale

I

Ipratropium bromure :

- Atrovent Enfant[®] ; 0.25mg/2ml ; solution inhalée par nébuliseur
- Atrovent Adulte[®] ; 0.50mg/2ml ; solution inhalée par nébuliseur

H

Hydrocortisone (dermocorticoïde) :

- Corten[®] ; 1% ; crème dermique
- Cortiderm[®] ; 1% ; crème dermique
- Hydracort[®] ; 0.5% ; crème
- Efficort lipophile[®] ; 0.127% ; crème lipophile
- Effiort hydrophile[®] ; 0.127% ; crème hydrophile
- Locoid[®] ; 0.1% ; crème
- Locoid[®] ; 0.1% ; crème épaisse
- Locoid[®] ; 0.1% ; lotion

Hydroxy propyl methyl cellulose/chlorure benzalkonium (larmes artificielles) :

- Lacrisifi[®] ; 0.5% / 0.01 % ; collyre

K

Ketotifène hydrogenofumarate : (antihistaminique)

- **Zalerg**® ; 0.25mg/ml ; collyre

L

Levocabastine : (antihistaminique)

- **Levophta**® ; %0.05 ; collyre

Liraglutide :

- **Victoza**® ; 6mg/ml ; solution injectable en sous cutané en stylo préremplie multidose

Lodoxamide : (antihistaminique)

- **Almide**® ; .%1 ; collyre

M

Metronidazole :

- **Biodazole**® ; 500mg ; comprimé enrobé
- **Flagisol**® ; 500mg ; comprimé pelliculé sécable
- **Flazol**® ; 500mg ; comprimé enrobé
- **Imuzole**® ; 500mg ; comprimé pelliculé
- **Metrogyl**® ; 500mg ; comprimé sécable
- **Metronidazole HUP**® ; 500mg ; comprimé sécable
- **Metronidazole MM**® ; 500mg ; comprimé pelliculé
- **Nidazole**® ; 500mg ; comprimé pelliculé

R

Repaglinide :

- **Novonorm**® ; 0.5mg ; 1mg et 2mg ; comprimé
- **Diaglinide**® ; 0.5mg ; 1mg et 2mg ; comprimé
- **Glinix**® ; 0.5mg ; 1mg et 2mg ; comprimé
- **Diabenorm**® ; 0.5mg ; 1mg et 2mg ; comprimé

S

Salbutamol :

- **Aerolin**® ; 100ug/bouffée ; aérosol
- **Asthalin**® ; 100ug/bouffée ; solution inhalée buccale
- **Buventol**® ; 100ug/bouffée ; suspension inhalée buccale
- **Asthalin**® ; 5mg/ml ; solution inhalée par nébuliseur
- **Asthalin**® ; 200ug/gélule ; poudre pour inhalation en gélule + inhalateur
- **Ipralain**® ; 200ug/40ug ; poudre inhalée en gélule
- **Salbutamol**® ; 100ug/bouffée ; aérosol
- **Ventmax**® ; 100ug/dose ; aérosol
- **Ventoline**® ; 100ug/dose ; aérosol
- **Ventoline**® ; 5mg/ml ; solution nébuliseur

Salmeterol :

- **Servent**® ; 25ug/bouffée ; suspension inhalée

Sitagliptine :

- **Januvia**® ; 100mg ; comprimé pelliculé
- **Flutine**® ; 100mg ; comprimé pelliculé

Sulfate de magnésium :

- **Magnésium sulfate**® ; %15 ; solution injectable

T

Terbutaline :

- **Bricanyl turbuhaler**® ; 0.5mg/dose ; poudre pour inhalation buccale

Théophylline :

- **Diffumax**® ; 200 mg ; comprimés sécables
- **Dilatrane**® ; 200mg ; gélule à microgranules ; LP
- **Theostat LP** ; 200 mg ; comprimés LP
- **Theostat LP** ; 300 mg ; comprimés LP



Professionnels de la Santé Abonnez vous !

Inscription Gratuite sur le site



www.el-hakim.net



SmartBiz[®]

SOLUTIONS

PLATEFORME DE SERVICES MARKETING
DEDIEE A L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE



Marketing
& Communicaion



Etudes de Marché
Enquêtes et sondages



Organisation &
Gestion d'Évènements



Action commerciale
& Force de vente



Communication
Digitale



Documentation
Médicale

SmartBiz Solutions

Résidence du 21ème Siècle | Cité Zaoui Mohamed, Bat B01| 2ème Etage | Ain Allah | Dely Brahim | Alger

Tél. : +213 21 370 249 / Fax : +213 21 370 747

E-mail : info@smartbiz-solutions.net / Site web : <http://smartbiz-solutions.net>