

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 aigües 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).

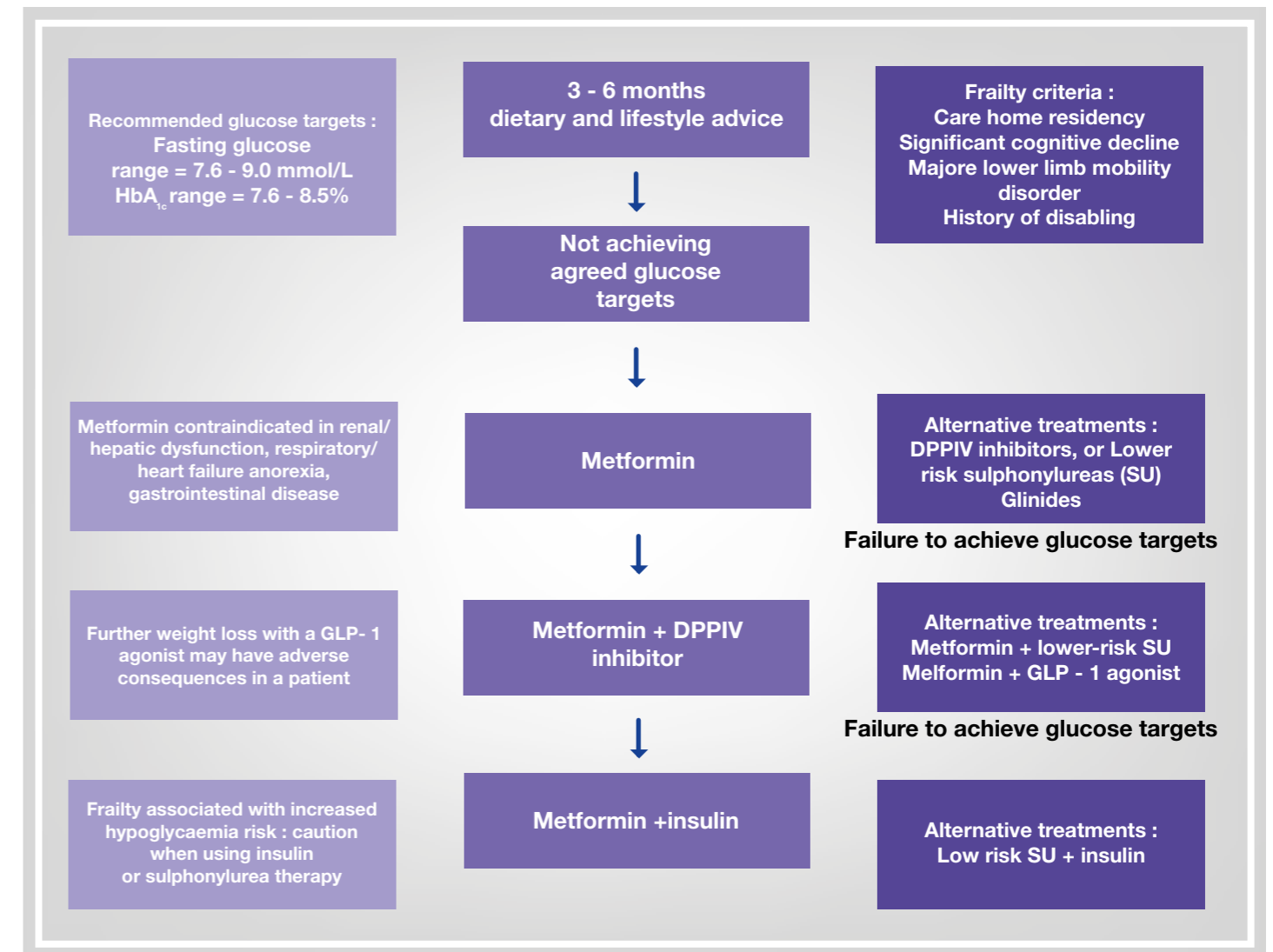
Recommandations :

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 prédominant 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.