

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

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 :

- 1- Altération de l'état général : aspect toxique
- 2- Polygnée soutenue  $\geq 60$ /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

- 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  $\geq 70$ /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 intraveineux.
- 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 aigue.
  - 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.

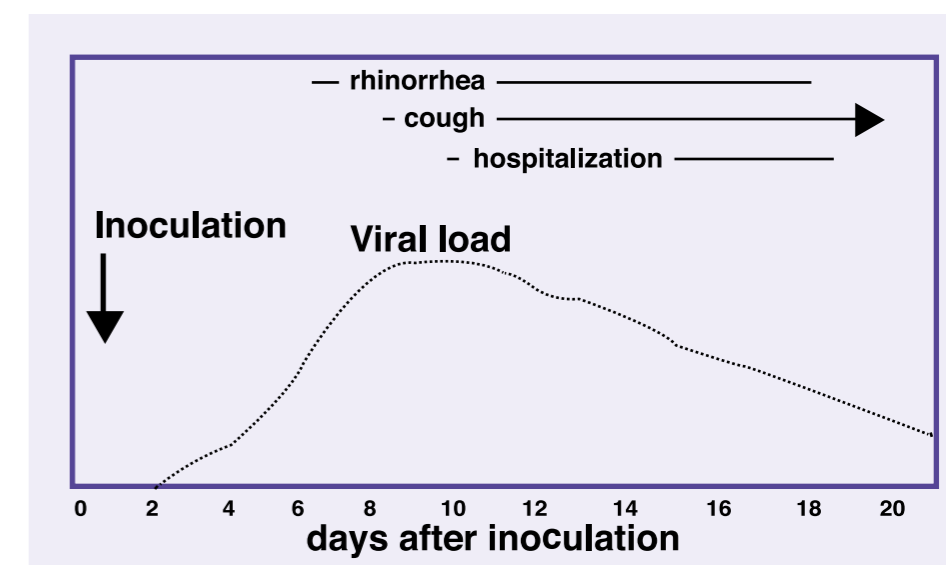
###### 4.3.6- Physiothérapie : Kinésithérapie :

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 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.