

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'examen 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 ulcero-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. Chaullet, 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 Pneumophthisiologie 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 Pneumophthisiologie 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, di-sease 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).