

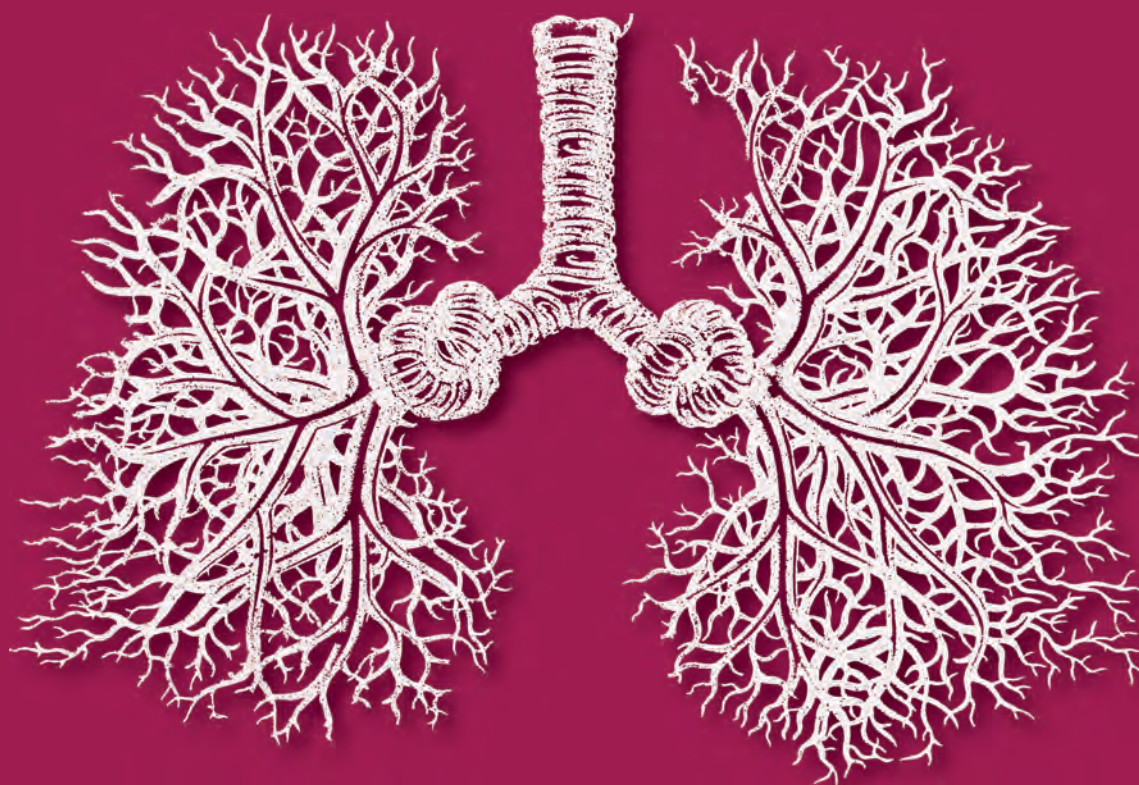
Sous le Haut Patronage de son Excellence Monsieur le Président de la République



22^{es} JNPP

XXII^{es} Journées Nationales de Pneumophtisiologie

Hôtel Hilton, Alger, 13 – 14 Mars 2013



PROGRAMME & RÉSUMÉS

Site SAPP : <http://www.sapp-algeria.org>



الجمعية الجزائرية للأمراض الصدرية و السل

ALGERIAN RESPIRATORY SOCIETY
SOCIETE ALGERIENNE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE

22^{es} JNPP

22^{es} JNPP

XXII^{es} Journées Nationales de Pneumophtisiologie

Hôtel Hilton, Alger, 13 – 14 Mars 2013

Sommaire

Editorial	P 4
Hommage	P 5
Comités	P 6
Organisation générale	P 7
Programme synoptique	P 8
Concours et prix	P 9
Programme scientifique	P 11
Conférences	P 27
Communications orales	P 39
Poster	P 54
Formation	P 57

ÉDITORIAL



Salim NAFTI

Chers amis,

La Société Algérienne de Pneumophtisiologie est très heureuse de vous accueillir à Alger pour ses 22èmes Journées Nationales. Les thèmes abordés cette année ont pour le fil rouge « le poumon du sujet âgé » et le fil orange « la grippe et les exacerbations de la BPCO »

La pyramide des âges en Algérie s'inverse progressivement et le nombre d'algériens âgés de plus de 65 est de l'ordre de 7,6%.

A l'avenir il faudra prendre en charge les affections respiratoires de patients de plus en plus âgés caractérisés par un organisme fragilisé par le poids des années et les maladies.

La BPCO représente actuellement une des principales préoccupations de notre spécialité tant sur le plan de son diagnostic, de sa classification (qui fait l'objet de controverse depuis la publication du GOLD 2011) que celui de son traitement et comme toute maladie chronique, les exacerbations sont source de dépenses en soins, en hospitalisation et aussi en mortalité.

La grippe elle aussi pose chaque année des gros problèmes au pneumologue qui craint la survenue de complications et de décès par ses patients asthmatiques, BPCO et autres insuffisants respiratoires. La seule arme efficace dont on dispose reste la vaccination.

Nous offrons la possibilité à de nombreux collègues de s'exprimer sur des sujets variés et divers lors des séances de communications libres orales organisées en parallèle avec de nombreux ateliers qui seront animés par d'imminents experts.

Une année après la disparition du feu le Professeur Djillali Larbaoui, un autre père de la pneumologie algérienne le Professeur Pierre Chaulet a tiré sa révérence.

Cette rencontre sera aussi l'occasion pour nous de lui rendre un hommage mérité, lui qui milité pour l'indépendance de l'Algérie et le fondateur de la pneumologie algérienne. Mais, nous ses élèves saurons relever le défi et transmettre le flambeau aux générations futures.

Je souhaite la bienvenue à tous à ce congrès qui je l'espère sera convivial, amical et répondant pleinement à votre enrichissement.

Je remercie les conférenciers, les modérateurs de séance, aux animateurs et autres experts qui ont accepté notre invitation pour participer à ce congrès.

Je profite aussi de cet éditorial pour remercier très sincèrement la fidélité de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique pour l'aide qu'ils nous apportent pour faire vivre nos journées nationales.

Bienvenue à Alger et bon congrès.

Pr. Salim Nafti
Président de la SAPP

Professeur Pierre CHAULET

1930 - 2012

Père fondateur
de la Pneumophtisiologie Algérienne



Pierre Chaulet

Pierre Chaulet est né à Alger le 27 Mars 1930, de parents catholiques sociaux engagés dans le syndicalisme, eux même nés en Algérie. Après ses classes primaires et secondaires suivies au Collège Notre Dame d'Afrique, il fait ses études de Médecine à Alger, tout en s'engageant dans le scoutisme catholique et le syndicalisme étudiant. Au début des années 1950, il participe activement à des contacts entre les responsables des mouvements de jeunesse algériens (scouts, étudiants, mouvements éducatifs confessionnels ou non, mouvements de jeunesse politiques). Il contribue à la création de l'Association de la Jeunesse Algérienne pour l'Action Sociale (AJAAS) en 1952, et devient membre du comité de rédaction de la revue «Consciences Maghrébines» (1954-1956)

A partir de décembre 1954, il milite à Alger dans le FLN (transport, hébergement de militants clandestins, soins aux malades et aux blessés, diffusion des tracts et d'El Moudjahid ronéoté) et notamment pour les contacts avec la presse étrangère. Parallèlement, nommé Interne des Hôpitaux d'Alger sur concours en fin 1954, il entreprend des études de spécialité en pneumo-phtisiologie.

Arrêté puis emprisonné en Février 1957, il est expulsé en France en Mai, soutient sa thèse de Doctorat en Médecine à Paris en décembre 1957 et rejoint le FLN à Tunis. Il participe alors régulièrement à la rédaction d'El Moudjahid (en langue française) et à diverses activités développées dans le cadre du Ministère de l'Information du GPRA (responsable du Centre de documentation, membre de la Commission Cinéma - Son, chargé de la préparation de dossiers sur le Sahara et les hydrocarbures, et sur le peuplement colonial en prévision des négociations algéro-françaises), tout en poursuivant son activité professionnelle de médecin spécialiste dans la Santé Publique tunisienne et dans le service de Santé de l'ALN-FLN, Base de Tunisie.

La carrière professionnelle du professeur Pierre Chaulet a commencé comme Interne des hôpitaux d'Alger (Concours 1954), s'est poursuivie comme médecin chef de service de pneumo-phtisiologie des hôpitaux à Tunis de 1957 à 1962, Assistant et Maître de conférence agrégé au CHU d'Alger Mustapha de 1962 à 1971, Professeur chef d'un service de pneumo-phtisiologie au CHU d'Alger Beni-Messous et Directeur d'un programme de recherche médicale de 1971 à 1994, et

enfin Médecin OMS du programme mondial de lutte contre la tuberculose à Genève de 1994 à 1999, et expert OMS de la tuberculose de 1999 à 2012. Parallèlement, il été chargé de mission pour la santé auprès du Chef du gouvernement algérien de 1992 à 1994, puis consultant en santé publique auprès du Conseil national économique et social algérien de 2006 à 2012.

Les thèmes abordés au cours d'une carrière médicale qui s'étend sur plus d'un demi-siècle marquent les étapes d'une réflexion professionnelle d'un clinicien qui s'est progressivement transformé en formateur de personnels de santé et en planificateur sanitaire. Ils peuvent être regroupés comme suit :

- 1 - Formation de base du clinicien
- 2 - Bilan de la pathologie respiratoire des années 50 en Algérie
- 3 - Découverte de la recherche médicale : épidémiologie, essais thérapeutiques, base du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLAT). Relations avec l'Union Internationale Contre la Tuberculose (UIC) et le British Medical Research Council (BMRC)
- 4 - Mise en œuvre du PNLAT au niveau national. Formation des personnels, supervision des activités, évaluation des résultats, surveillance des indicateurs.
- 5 - Développement des PNLAT dans d'autres pays d'Afrique, d'Asie, du Moyen-Orient et d'Amérique Latine.
- 6 - Elargissement des programmes d'action sanitaires aux maladies respiratoires prévalentes (Infections Respiratoires Aiguës et Maladies Respiratoires Chroniques). Mise au point de l'approche pratique de la santé respiratoire (APSR)
- 7 - Développement et promotion de l'APSR au niveau national, régional et international.
- 8 - Réflexion sur la politique de santé publique dans les pays en développement. Priorité de la formation des personnels de santé. Hiérarchisation des programmes d'action sanitaire. Définition des politiques pharmaceutiques nationales.

Il décède le 5 octobre 2012 de suites d'une longue maladie et il a été inhumé le 9 octobre 2012 au cimetière chrétien d'El Madania à Alger.

Nouredine ZIDOUNI et Salim NAFTI

COMITÉ D'HONNEUR

- Monsieur le Ministre de la Santé Publique, de la Population et de la Réforme Hospitalière
- Monsieur le Recteur de l'Université d'Alger
- Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine
- Monsieur le Professeur BARTAL Mohamed
- Monsieur le Professeur DAGHFOUS Jelloul
- Monsieur le Professeur BAHLAOUI Abdelkrim
- Monsieur le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de la Santé Publique
- Monsieur le Professeur BELLON Gabriel Président de la Société Française de la Mucoviscidose
- Monsieur le docteur Bernard PIGEARIAS Relations Internationales de la SPLF

BUREAU DE LA SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE

Président :	S. Nafti
Vice Présidents :	W. Megueni, B. Ziane
Secrétaire général :	S. Ali Pacha
Secrétaire général adjoint :	M. Gharnaout
Trésorier général :	M.T. Makhloufi
Trésorier général adjoint :	A. Nehal
Relations extérieures :	S. Mahi-Taright
Conseillers :	R. Oulmane, A. Snouber; S. Belmekki

COMITES SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION

Ali Pacha. S
Belmekki. S
Gharnaout. M
Nacef. L
Nafti. S
Nehal. A
Makhloufi. MT
Megueni. W

Secrétariat du congrès

Clinique des maladies respiratoires « D. Larbaoui », CHU Mustapha Alger 16000
Tél/Fax : (+213) 21 23 70 81
Site SAPP : <http://www.sapp-algeria.com>
Webmaster: Dr Djeghri Yacine

Date du congrès : 13 -14 Mars 2013

Lieu du congrès : Hôtel Hilton (Alger)

Inscription : Auprès du secrétariat le 13 mars 2013 à partir de 08 heures

Frais d'inscription : 2000 DA (Donnant droit aux documents du congrès, l'accès aux salles et aux pauses café)

Badges : le port de badge est obligatoire. Il sera exigé pour l'accès aux salles et aux pauses café

Présentation de posters :

Les posters doivent être impérativement affichés selon l'horaire et les modalités contenus dans le présent programme. Les auteurs doivent être présents devant leurs posters pour répondre aux questions. Certains posters seront soumis à discussion comme indiqué :

Affichage :

Mercredi 13.03.13

P1 9h00 – 13h00

(Posters Discussion : P1 de 1 à 32)

P2 13h00 – 17h00

Jeudi 14.03.13

P3 9h00 – 13h00

Ateliers : huit ateliers seront organisés, les collègues désirant y assister doivent impérativement s'inscrire auprès du secrétariat, car le nombre de places est limité à 40 par atelier.

Exposition pharmaceutique : Les partenaires des laboratoires pharmaceutiques peuvent installer leur stand au niveau de l'hôtel le mardi 12 mars 2013 à partir de 16 heures selon un emplacement qui leur sera indiqué par le comité d'organisation.

Séance inaugurale : Aura lieu le mercredi 13 mars 2013 à 18h30 heures à la salle Tassili au cours de laquelle une **conférence culturelle** intitulée : « **Augustin d'Hippone, patrimoine de nos humanités** » sera présentée par le Docteur Bernard Pigearias.

Lors de cette séance inaugurale, les pneumologues algériens sont conviés à venir nombreux rendre un **vibrant hommage** au père fondateur de la Pneumophtisiologie Algérienne feu le Professeur **Pierre CHAULET**.

Réunion du Bureau de la FMMR

Les membres du Bureau de la FMMR sont conviés à une réunion le jeudi 14 mars 2013 de 11h00 à 12h30 à la salle Rosa.

Diner gala

Aura lieu le 13 mars 2013 à 20h30 à l'Hôtel Hilton
(L'accès au Chapiteau se fera sur présentation d'une invitation individuelle)

PROGRAMME SYNOPTIQUE

Mercredi 13 mars 2013

Horaire	Tassili	Rosa	Sidi	Hoggar	Hall
9h00-10h30	Thème : EXACERBATION DE BPCO				P1
10h30-11h00	PAUSE				
11h00-12h30	CO thématiques	A1	A2	CLO 1	
12h30-13h30	Symposium GSK (Etude BREATHE Algérie)				
13h30-14h00	DEJEUNER				
14h00-15h30	Thème : POUMON DU SUJET ÂGÉ	A 3	A4		P2
15h30-16h00	PAUSE				
16h00-17h00	CLO 2	A5	A6	CLO 3	
17h30-18h30	Symposium Boehringer (GOLD 2011 et BOLD)				
18h30-20h00	Inauguration ; Conférence culturelle Hommage au Professeur CHAULET				
20h30	DINER GALA				

A = Atelier CLO = communication libre orale P = Posters

Jeudi 14 Mars 2013

Horaire	Tassili	Rosa	Sidi	Hoggar	Hall
9h00-10h30	Thème : GRIPPE	PAD (A)	PAD (B)	PAD (C)	P3
10h30-11h00	PAUSE				
11h00-12h30	CLO 4	Réunion FMMR	A7	A8	
12h30-13h30					

A = Atelier CLO = communication libre orale P = Posters PAD = posters avec discussion

concours de lecture de radiographies thoraciques

Un concours de lecture de radiographies thoraciques est organisé à l'intention des praticiens inscrits au congrès : Médecins Généralistes, Résidents et Médecins Spécialistes. Dix radiographies thoraciques seront affichées sur négatoscope au niveau du **Hall de l'Hôtel le mercredi 13 mars 2013 de 9h00 à 18h00.**

Les participants devront inscrire sur la feuille-réponse, disponible au secrétariat, leur nom, leur qualité et l'interprétation de chacune des 10 radiographies. Les feuilles-réponse doivent être déposées au secrétariat **le mercredi 13 mars avant 18h00.**

Composition de jury :

S. Amrane, A. Hamizi, H. Bacha, S. Ali Pacha

Un prix sera attribué à chacune des catégories participant au concours :

- Médecins généralistes et résidents
- Médecins spécialistes

PRIX DE LA MEILLEURE PRESENTATION PAR AFFICHE

Un prix sera attribué pour la meilleure communication par affiche

Composition de jury :

ME. Boudouaouer, R. Brahmia, D. Gacem, Y. Sabeg

**Bonne chance pour tous les participants
et félicitations aux futurs lauréats**

Programme Scientifique

9h00 – 10h30

Thème : Les exacerbations de la BPCO

Modérateurs : A. Bahlaoui, C. Prefaut, F. Skander, N. Zidouni

Antibiothérapie dans les exacerbations de la BPCO

H. Haouichet (Alger)

Prévention des exacerbations de la BPCO

R. Escamila (Toulouse)

La BPCO existe-t-elle chez l'enfant ?

G. Bellon (Lyon)

La réhabilitation précoce au cours des exacerbations

C. Prefaut (Montpellier)

Débats

11h00 – 12h30

Communications Thématiques «Poumon du sujet âgé»

Modérateurs : M. Daghfous, A. Djebbar, A. Moumeni, A. Taleb

Particularités épidémiologiques et radio cliniques de la tuberculose de sujet âgé :
une étude rétrospective sur 22 mois dans notre service

Lellou.S, Gueza.N, Bouhadda.M, Bourkadi.D, Djebri.K

Difficultés diagnostiques du cancer bronchique chez le sujet âgé.

Lellou.S, Bourkadi.D, Gueza.N, Djebri.K, Bouhadda.M

Pneumothorax spontané chez le sujet âgé

Bouhadda.M, Bourkadi.D, Gueza.N, Bousehaba.H, Lellou.S

Profil de la tuberculose pulmonaire chez le sujet âgé :

A propos d'une série de 02 années

Heddane. R, Selmani.MR, Romane.A, Touari.I, Djebbar.A

BPCO du sujet âgé

Chaouki. F, Maache .O, Choukha.K, Ailane.H, Djebbar.A

Quels critères spirométriques faut-il choisir pour le diagnostic de la BPCO du sujet âgé ?

M.Bougrida, M.K.Bourahli, M.Gharnaout., M.Martani, H.Mehdioui

Profil étiologique et évolutif des exacerbations de BPCO du sujet âgé:

Terfani.DJ, Lellou.S, Djebri.K, Boushaba.H

Spécificités du cancer bronchique primitif du sujet âgé.

Lekehal.N, Didouna.R, Bentata.K, Ziane.B, Berrabah.Y

Quels sont les risques de la chirurgie du cancer bronchopulmonaire chez le sujet âgé :

A propos d'une étude de 54 cas

Medjdoub. YM, Nekhla.A, Bechikhi.C, Chaouche.H

Hall 9h00 – 13h30

Posters 1 (P1) (Posters avec discussion : PAD et posters sans discussion : PSD)

(A) = PAD1 : Salle Rosa ; (B) = PAD2 : Salle Sidi ; (C) = PAD3 : Salle Hoggar

- 1- Les tumeurs thymiques : à propos de 04 malades
Marouani. A, Moumeni.A
- 2 - Kyste hydatique du médiastin postérieur avec lyse vertébrale : à propos d'un cas
Marouani. A, Boughamout.K, Moumeni.A
- 3 - Maladie de Hodgkin : Atteinte trachéale
Terfani,DJ, Lellou.S, Bellalia.M, Djebri.K
- 4 - Mésoblastome ou tumeur vitelline du médiastin chez l'adulte jeune : à propos d'un cas.
Hadj Sadok. MS, Ketfi.AB, Alloula.R
- 5 - Liposarcome pléomorphe du médiastin : à propos d'un cas
Bengherra .M.H, Merghache.A, Bennaceur.Y, Hadjadj.M, Benmansour.M
- 6 - Schwannome du médiastin postérieur A propos d'un cas.
Kheloufi.S, Meguenni.W, Messadi.MS
- 7 - Carcinome thymique : à propos d'un cas.
Amroun. MS, Fettal.N, Laidi.A, Taleb.A
- 8 - Thymome : à propos de deux cas.
Hamel.Y, Nadji.K, Kessira.T, Taleb.A
- 9 - Dysembryome médiastinale postérieure et Hyperparathyroïdie : à propos d'un cas.
Lebbaz.AS, Bouguerra.Y, Ghendir Aoun. H, Boukhezar.F, Ali Halassa.S, Gharnaout.M, Zidouni.N
- 10 - Corps étranger endobronchique chez le sujet âgé : à propos d'un cas
Kwas.H, Bayoudh.A, Zendah.I, Khettab.A, Khouja.I, Ghedira.H
- 11 - Mésothéliome pleural malin biphasique. A propos d'un cas.
Kwas.H, Habibech.S, Zendah.I, Khettab.A, Khouja.I, Ghedira.H
- 12 - Place du scanner thoracique dans le diagnostic de l'aspergillose pulmonaire
Wakrim.S, Moussali.N, El Benna.N, Gharbi.A
- 13 - Tuberculose pulmonaire et maladie de Crohn : relation de causalité ou coïncidence ?
Ben Hamad.W, Smadhi.H, Fkih.L, Fenniche.S, Megdiche. ML
- 14 - Les tumeurs médiastinales à propos de 20 cas
Boudjit.F, S. Nafti
- 15 - Liposarcome pléomorphe du médiastin : à propos d'un cas
Bengherra.MH, Merghache.A, Bennaceur.Y, Hadjadj.M, Benmansour.M
- 16 - Les limites du rapport VEMS/CVF dans l'appréciation des troubles ventilatoires obstructifs chez les asthmatiques
Sellami .S, Abouda.M, Yangui.F, Triki.M, Hedhli.A, Khouani.H, Charfi.MR
- 17 - Asthme aiguë grave : à propos de 61 cas (A)
Terniche. M, Kecili.M, Ouldsilmane.R, Guerini.K
- 18- Asthme bronchique du sujet âgé en milieu hospitalier
Bouhadda.M, Gueza.N, Djebri.K, Bousehaba.H, Lellou.S
- 19- Exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (A)
Kwas.H, Zendah.I, Elmjendel.I, Ayari.A, Ghedira.H
- 20 - Profil de sévérité de la bronchopneumopathie chronique obstructive (A)
Kwas.H, Zendah.I, Habibech.S, Elmjendel.I, Khettab.A, Ghedira.H
- 21 - Profil clinique et prise en charge des cas de BPCO hospitalisé au service de Pneumologie du CHU de Bab El Oued durant 2 ans (2010-2011) . (A)
Djebri. R, benbetka.Y, Khanouf.K, Fissah.A, Amrane.R
- 22- BPCO et SAOS «Overlap syndrome » à propos de 06 cas de malades hospitalisés au service de pneumologie CHU Sétif (A)
Marouani. A, Moumeni. A
- 23 - Les comorbidités : éléments de pronostic dans la BPCO? (A)
Choual.I, Nafti.S
- 24 - La démarche diagnostique et la prise en charge des accidents graves au cours de la tuberculose liés au traitement par l'association de drogues fixes. (A)
N. Belloumi, H. Daghfous, R. El Bay, S. Ben Saad, F. Tritar
- 25 - Aspects radiocliniques et prise en charge thérapeutique de la tuberculose bronchique pendant 5 ans (2007-20012) à propos de 11 cas. (A)
Benadouda.S, Benbetka.Y, Fissah.A, Amrane.R, Baba Ahmed.R
- 26 - Le profil épidémiologique et clinique de la tuberculose extra pulmonaire à Mouzaia-Blida. (A)
Belkacem. S, Sassi.C
- 27 - Profil épidémiologique de la tuberculose multifocale. (A)
Haddad.L, Mebrek.A, Laanani.A, Graba.L
- 28 - La tuberculose pulmonaire chez le sujet âgé. (A)
Fettal.N, Taleb.S
- 29 - Evolution des pleurésies tuberculeuses après fin du traitement spécifique. (A)
Chaal.A, Kassous.N, Adila.F, Benamara.S, Haouichet.H
- 30 - Hépatotoxicité des antituberculeux : à propos de 18 cas. (A)
Abderrahim.S, Benhadj Tahar.N, Lehachi.A, Nacef.L, Saighi.O
- 31 - Tuberculose multifocale : à propos de 19 cas. (A)
Berdous.T, Nafti.S
- 32- Tuberculose multirésistante : à propos de 68 cas. (B)
Boukheris.CI, Nafti.S
- 33 - Tuberculose ganglionnaire : à propos de 185 cas
Lahcene.Y
- 34 - Tuberculose ganglionnaire à propos de 101 cas. (B)
Rebbat.A, Aliouane.A, Ait Bachir.H
- 35 - Les métastases inhabituelles aux cours du cancer broncho-pulmonaires.
R. El Bay, H. Daghfous, N. Belloumi, S. Ben Saad, F. Tritar
- 36 - Apports de la bronchofibroscopie dans le diagnostic du carcinome bronchique. (B)
Maref.B, Taleb.A, Kessira.TM, Benamar.S
- 37 - Profil radio-clinique et prise en charge du carcinome pléomorphe du poumon : à propos de 12 cas. (B)
Djami.N, Souilah.S, Fissah.A Amrane.R
- 38 - Neutropénie chimio-induite et carcinome bronchique à petites cellules. (B)
Ben Hamad.W, Greb.D, Smadhi.H, Fkih.L, Megdiche.ML
- 39 - Carcinome à petites cellules (B)
Saadi.F, Nafti.S

Hall 9h00 – 13h30

Posters 1 (P1) (Posters avec discussion : PAD et posters sans discussion : PSD)

40 - Prise en charge diagnostic et thérapeutique du carcinome à petites cellule (CPC) 2010-2012 au service de pneumologie de Bab el oued. (B)

Khodja.S, El Alia.FZ, Souilah.S, Fissah.A, Amrane.R

41 - Mésotheliome pleural malin (MPM) difficulté diagnostique ou rareté réelle à propos de 19 cas. (B)

Alioui.A, Nafti.S

42 - Diagnostic étiologique des pneumothorax spontanés secondaires, hospitalisés au service de pneumologie de Bab El Oued durant 2 ans (2011-2012). (B)

Kacimi.M, Yahiaoui.R, Khennouf.K, Fissah.A, Amrane.R

43- Résultats du drainage thoracique dans les pneumothorax primitifs et secondaires. (B)

Guendouz El Ghoul.FZ, Medjber.N, Haouichet.H

44 - Pneumopathies aiguës communautaires à propos de 106 cas colligés sur une période de 5 ans.(B)

Djedjig.K, Nafti.S

45 - Dilatation des bronches. (B)

Gater.N, Nafti.S

46- L'infection nosocomiale en Pneumologie : Le cas des pneumothorax drainés au CHU de Tizi-Ouzou. (B)

Hammache.N, Meziani.S, Messadi.MS

47- Importance des signes extra respiratoires dans le diagnostic positif d'une pneumonie a germes atypiques. (C)

Ziane.F, Mebrek.A, Haouichat.H

48- Évaluation des habitudes de prescription antibiotique pour les pneumonies à partir d'une enquête hospitalière rétrospective menée dans le service de pneumo-phtisiologie de Tizi-Ouzou en 2011. (C)

Saboundji.K, Amrani.A, Hammache.N, Messadi.MS

49 - Habitudes tabagiques et perception du tabagisme passif parmi le personnel et les usagers d'une station thermique.(C)

Bordji. Y, Rezkellah.B

50- Toux chronique avec radiographie thoracique normale : à propos de 14 cas. (C)

Nemmar.J, Boukhari.M

51 - Kyste hydatique pulmonaire : à propos de 24 cas

Berkane.F, Nafti.S. (C)

52- L'inhalation accidentelle d'un corps étranger, à propos de 17 cas. (C)

Nouacer.M, Nafti.S

53- Etude sur les connaissances attitudes et comportements des patients hospitalisés au CHU de Bab El Oued vis-à-vis du tabagisme. (C)

Lyazidi.A, Zenad.R, Belaoudemou.R, Dahmoune.A, Hamchaoui.F

54- Syndrome De Marfan A propos d'une famille Algerienne

Ahmed Azi.M, Zaoui.N. (C)

55 - Pneumopathies infiltrantes diffuses : à propos de 17 cas. (C)

Adimi.N, Nafti.S

56- Le vieillissement pulmonaire. (C)

Yakoubi.R, Cherkaski.HH, Benali.R

57- Profil radio -clinique et fonctionnel de la sarcoïdose et devenir d'une cohorte de 70 patients. (C)

Ait Maamar.O, Nafti.S

58 - A propos d'un cas de mucoviscidose d'un adulte. (C)

Tounsi.N, Nafti.S

59- Hémoptysies graves : manifestation rare de la sarcoïdose. (C)

A. Hedhli, F. Yangui, M. Triki, M. Abouda, S. Sellami, H. Khouani, MR. Charfi

60- Hypertension artérielle pulmonaire idiopathique:

A propos de deux cas

Kwas. H, Bayoudh. A, Zendah. I, Habibeche. S, Khattab. A, Ghedira. H.

61- Masses médiastinale: à propos de 24 cas. (C)

Mehal.N, Messadi.MS

62- Complications de pneumothorax a propos de 150 cas

Ait Mouhoub.W, Nafti.S

Atelier Mercredi 13 Mars 2013 11h00 – 12h30

Salle Rosa

Atelier 1 : Allergie aux antituberculeux
M. Gharnaout, MT. Makhoulfi

Salle Sidi

Atelier 2 : Syndrome d'apnée du sommeil
M. Belamdani, B. Larbani

11h00 – 12h30

Communications Libres (1)

Modérateurs : O. Chabati, S. Kherbi, MT. Makhloufi, A. Nehal

Epidémiologie de l'asthme dans la Wilaya d'Alger

R.Khelafi, F.Skander

Gravité des exacerbations sévères de BPCO

F. Oussedik, R. Khelafi. F. Skander

Particularités de la BPCO chez la femme, Rôle de la biomasse, A propos de 32 cas

Chohra. A, Chaibi.W, Choubane.F, Louahem.MF

Évaluation de la prise en charge des BPCO : audit de pratique clinique

M.A.Bennani, F.Z. Drissi, S.Kebbat, k.Machou, k.Khemas, A.Messaoud, M.Guermaz

Évaluation combinée des BPCO selon les recommandations GOLD version 2011

F.Z. Drissi, M.A. Bennani, , S. Kebbat, M, Messaoud, F. Mehdi, M. Guermaz

Peut-on parler de contrôle dans la BPCO ?

Atoui.F, Yakoubi.R, Khalloufi.F, Benali.R

Applicabilité de l'enquête « Burden of Lung Disease Initiative » (BOLD) à Annaba

Cherkaski. H, Atoui. F, bencheikh. A, Gnatiuc. L, Benali.R

Profil des dyspnées aiguës chez le sujet de 3ème âge :

A propos d'une série de 1017 cas.

Hamoud.S, Ouahchi.A, Djebbar.A

Place de la Chimiothérapie anticancéreuse chez le sujet âgé

Djebaili. R, Haddad.B, Romane.A, Touari.I, Djebbar.A

Salle Tassili

12h30 – 13h30

SYMPOSIUM GSK

Résultats de l' étude BREATHE

Modérateurs : S. Nafti, S. Taright

Prévalence de la BPCO en Algérie

S. Nafti

Facteurs de risque de la BPCO en Algérie

S. Taright

14h00 – 15h30

Thème : Poumon du sujet âgé

Modérateurs : G. Bellon, R. Benali, Y. Berrabah, H. Haouichet

BPCO du sujet âgé : place des comorbidités

B. Meloni (Limoges)

Activité physique et vieillissement

C. Prefaut (Montpellier)

La tuberculose du sujet âgé

N. Zidouni (Alger)

Particularités des infections respiratoires du sujet âgé

S. Nafti (Alger)

Atelier Mercredi 13 Mars 2013 14h00 – 15h30

Salle Rosa

Atelier 3 : Drainage Pleural

Y. Kheloui, L. Nacef, M.S. Messadi

Salle Sidi

Atelier 4 : Lecture de radiographies thoraciques

S. Daoudi, A. Nehal

16h00 – 17h30

Communications Libres (2)

Modérateurs : M.A. Bennani, M. Gharnaout, O. Saighi, B. Ziane

Etiologies des pleuresies hemorragiques et place de la pleuroscopie medicale dans le DG etiologique

Sahraoui.K, Ziane.B, Berrabah.Y

Les tumeurs médiastinales à propos de 29 cas

Hadjer.N, Lehachi.SA, Abderrahim.S, Nacef.L, Saighi.O

La Sarcoïdose médiastino-pulmonaire : expérience d'un service sur 5 ans.

Abderrahim.S, Benhadj Tahar.N, Hadjet.N, Kheloui.K, Saighi.O

L'asthme infantile à Sétif, cinq après

Dehimi. A, Belghazi.M, Benattia. A, Laouamri.S, Bioud.B

Des phénotypes/endotypes de l'asthme au traitement personnalisé

Snouber. A, Metahri.M, Kebbati.S, Bennani.A, Guermaz.M

Prévalence des maladies allergiques de l'enfant à Oran : résultats de la phase I de l'enquête ISAAC

Metahri.M, Snouber. A, Bencharef.B, Guermaz.M

La dysfonction des cordes vocales : un diagnostic différentiel de l'asthme sous évalué

Chahed.R

Association asthme et polymorphisme genetique dans de l'Ouest Algerien

Oujidi.B, Attab. K, Baba Hamed. B, Berrabah.Y

Au delà des résultats du score de contrôle de l'asthme

Larbani.B, Nafti.S

Les bronchopneumopathies obstructives professionnelles ,un diagnostique sous estimé

Liani . N, Akif.N, Lamara. MA

Atelier Mercredi 13 Mars 2013 16h00 – 17h00

Salle Rosa

Atelier 5 : Le sevrage tabagique
M. Bartal, S. Nafti

Salle Sidi

Atelier 6 : Pneumopathies infiltrantes diffuses
A. Kheliouene, N. Zidouni

16h00 – 17h30

Communication libres (3)

Modérateurs : B. Rezkallah, Y. Djeghri, O. Djemli, D. Terfani

Le cancer du poumon, épidémiologie, prise en charge thérapeutique et impact sur la survie

Zemour. L, Belghitri.A, Seghier.F, Djillali.L, Midoun.N

Expérience du service de pneumologie de Bab El Oued (BEO) dans le cancer bronchique primitif opérable de 2010 à 2012 : (à propos de 34 cas)

Dermech.N, Fissah. A, Amrane.R, Belhamri.A, Baba Ahmed. R

Evaluation de la prise en charge et facteurs pronostics du cancer bronchique

Makhloufi. MT, Nafti.S

Place de la chirurgie dans les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) avec atteinte des ganglions médiastinaux homolatéraux (N2)

Achour. K, Ameer.S, Nekhla. A, Chaouche.H

Le syndrome de Pancoast-Tobias : à propos de 15 cas

Moumeni. A, Marouani.A

Tendance évolutive des cancers broncho pulmonaires dans la wilaya de Tizi-Ouzou de 1997 à 2007.

F.Toudeft, F.Issiakhem, N.Hammache, F.Fazilet, N.Kious, N.Halli

Historique et progrès du contrôle de la tuberculose en Algérie

Snouber.A

Epidémiologie de la Tuberculose Extra Pulmonaire en Algérie

Ali Halassa. S

Analyse de la mortalité imputable aux pneumonies dans le service de pneumophtisiologie du CHU Tizi Ouzou

Hammache.N, Hacid.D, Messadi.MS

Traitement chirurgical du mal de Pott : A propos d'une série de 62 cas

Meraghni.N, Chaal.L, Benkaidali.R, Kihal.M, Nouar

Hall 14h00 – 17h30

Posters 2 (P2) (Posters sans discussion)

- 1 - Syndrome de Reynolds : à propos de trois observations.
A.Tahiat, R. Djidjik, M. Gharnaout, M. Ghaffor
- 2 - Déficit immunitaire commun variable (DICV) :
Description clinique et immunologique de 29 patients.
S. Boushaki, A. Tahiat, R. Djidjik, M. Gharnaout, K. Cherguelaine,
C. Mezali, S. Cherik, A. Nehal, N. Zidouni, M. Ghaffor
- 3 - Anticorps antinucléolaires avec ou sans identification
de la cible antigénique dans la sclérodermie : Etude préliminaire portant sur 14 cas.
Djenouhat. K, Gharnaout. M, Benyahia. L
- 4 - Kyste bronchogénique pulmonaire : à propos d'une observation.
Marouani. A, Belleouz. Y, Moumeni. A
- 5 - Profil épidémiologique des PID chez le sujet âgé.
Lellou. S, Djebri. K, Bourkadi. D, Boushaba. H, Terfani. DJ
- 6 - Profil étiologique des pneumopathies infiltrantes diffuses chroniques chez la femme : à propos de 15 cas.
Machou. K, Metahri. M, Bennani, M.A, Snouber. A, Guermaz, M
- 7 - Le syndrome d'Erasmus à propos de 1 cas.
Touati. S, Kheliouen. A, Hitachi. R, Saadi. A, Sid. H, Mekideche. D, Baough. L, Zidouni. N
- 8 - A propos d'un cas de CREST syndrome et pneumopathie interstitielle diffuse.
Bioud. S, Kheliouen. A, Sid. H, Saadi. AK, Touati. S, Bellal. A, Hitachi. R, Mekideche. D, Baough. L, Zidouni. N
- 9 - A propos d'un cas de sarcoïdose pseudo tumorale.
Braktia. R, Kheliouen. A, Saadi. AK, Saadi. S, Touati. S, Sid. H, HITACHI. R, Bellal. AR, Baough. L, Zidouni. N
- 10 - Le syndrome des anti-phospholipides à propos de 2 cas.
Touati. S, Kheliouen. S, Hitachi. R, Saadi. A, Sid. H, Mekideche. D, Baough. L, Zidouni. N
- 11 - La lipoprotéinoase alvéolaire pulmonaire primitive : à propos d'un cas.
Kheliouen. A, Saadi. AK, Sid. H, Touati. S, Hitachi. R, Mekideche. D, Baough. L, Zidouni. N
- 12 - Déficits immunitaires primitives et pathologie respiratoire.
Bouguerra. Y, Lebbaz. A, Ghendir Aoun. H, Kheliouen. A, Bay Ahmed. M, Toubal. R, Kadi. A, Gharnaout. M, Ali Halassa. S, Zidouni. N
- 13 - Fistule oesobronchique.
Moulay Omar. N, Messaoudi. M, Bouguerra. Y, Boukhezar. F, Khelioune. A, Zidouni. N
- 14 - Conséquences de l'intubation trachéale sur la fonction respiratoire.
Terniche. M, Sekhraoui. R, Cherchour. M, Maouche. H, Guerinik. M
- 15 - Age pulmonaire et tabac.
Yakoubi. R, Atoui. F, Benali. R
- 16 - Observance thérapeutique : défit des maladies chroniques.
Atoui. F, Yakoubi. R, Benali. R
- 17 - Défi des maladies chroniques.
Atouf. F, Yakoubi. R, Benali. R
- 18 - Une présentation atypique d'un syndrome de Schurg Strauss FFS2 : à propos d'une observation pris en charge au service de pneumo-phtisiologie.
Benmansour. M, Boudour. F, Hamzaoui. A, Merghache. A
- 19 - Actinomycoze pulmonaire : est-il possible d'y penser plus tôt ?
Ben Hamad. W, Greb. D, Smadhi. H, Fkih. L, Megdiche. ML
- 20 - La silicose dans sa forme pseudotumorale : à propos d'un cas
Bouaziz. W, Bentouati. B, Dourmane. S, Jaafar. M, Alloula. R
- 21 - Chirurgie thoracique du sujet âgé.
Simerabet. A, Taleb. C, Lacheheb. M
- 22 - Cas clinique : la lymphangioléiomyomatose.
Tiaiba A.
- 23 - Présentation atypique d'un épanchement péricardique de grande abondance : à propos d'un cas.
Adila. F, Khellassi. Y,
- 24 - L'analyse cytogénétique d'une biopsie ganglionnaire lymphatique d'un patient présentant le lymphome folliculaire.
Mellali. S, Mohamadi. L, Haoud. K, Moulessehouli. S
- 25 - La sarcoïdose dans sa forme pneumonique, à propos d'un cas.
Betahara. A, Lellou. S, Terfani. DJ, Bouhadda. M, Djebri. K
- 26 - La sarcoïdoses disséminée à propos d'un cas.
Beddiar. F, Lellou. S, Terfani. DJ, Bouhadda. M, Khalouf. F
- 27 - Sarcoïdose et génétique : à propos d'un cas chez des jumeaux homozygotes.
Djami. N, Belhadi. H, Dermech. N, Fissah. A, Amrane. R
- 28 - Sarcoïdose sur maladie d'ozène : à propos d'un cas.
Allet. A, Djami. N, Dermech. N, Fissah. A, Amrane, R
- 29 - Sarcoïdose alvéolaire aiguë : à propos de deux cas.
Khammes. M, Metahri. M, Benkerroua. A.N, Dali Youcef. N, Guermaz. M
- 30 - Manifestation pulmonaire isolée d'une connectivite : fibrose pulmonaire associée à un facteur rhumatoïde positif : à propos d'un cas rare.
Brahimi. T, Soufi. S, Inouri. Y, Bouhadjari. N, Aliouet. F
- 31 - Syndrome emphysème des sommets-fibrose pulmonaire des bases : à propos d'un cas.
Nemmar. J
- 32 - Syndrome interstitiel révélant une myosite : à propos d'un cas.
Nemmar. J
- 33 - Pneumopathie infiltrative diffuse en rapport avec

Hall 14h00 – 17h30

Posters 2 (P2) (Posters sans discussion)

l'amiodarone : à propos d'un cas.

Nemmar. J, Boukhari. M

34 - Pneumopathie interstitielle par anomalie du surfactant : à propos d'un cas.

Boudiaf. H, Fernane. L, Benmakhlouf. H, Ayad. N, Achir. M

35 - Syndrome de Reynolds révélé par la présence concomitante exceptionnelle d'auto-anticorps antinucléolaire et d'auto-anticorps anti mitochondrie sur cellules Hep-2.

Louail. A, Youcef Bouali. Y, Tilmat

36 - Malformation artério-veineuse pulmonaire : à propos d'un cas.

Belkacem. S, Bililita. A, Benhadjtahar. N, Abderrahim. S, Saighi. O
37 - Cause bénigne d'un syndrome cave supérieur : à propos d'un cas.

Bouaddou, Yahiaoui. R, Fissah. A, Amrane. R

38 - Embolie pulmonaire révélant une maladie de behçet.
Gheffari. I

39 - Localisation pulmonaire isolée de maladie de Wegener : difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Kherbi. S, Guitari, Selmani

40 - Embolie pulmonaire massive révélant un myxome cardiaque.

Haddad. F, Mecherfi. A, Ouadi. A, Berrabeh. Y

41 - Hypoplasie de l'artère pulmonaire droite : à propos d'un cas.

Kaddouche. S, Yahiaoui. R, Khanouf. K, Fissah. A, Amrane. R

42 - Malade «bien» anti-coagulé : une embolie pulmonaire ne doit pas être exclue.

Nemmar. J

43 - Les corps étrangers endo-bronchiques : à propos de 7 cas.

Marouani. A, Moumeni. A,

44 - Inhalation d'un corps étranger intra bronchique à propos de 39 cas). Service des urgences du CHU Beni Messous Alger.

Khelafi. R, Oussedik. F, Boudjemaa. A, Fezaa, K, Skander. F

45 - Fistule bronchique post-pneumectomie : diagnostic tomodynamométrique d'une complication tardive : à propos d'un cas.

Brahim. T, Meflah. B.N, Adila. F

46 - Hamarto-chondrome du poumon à propos d'un cas.

Marouani. A, Bougharnout. K, Moumeni. A

47 - Pneumopathie d'hypersensibilité du dentiste : à propos d'un cas.

Lekehal. N, Guezza. N, Medjane. R, Berrabah. Y

48 - Atteinte pulmonaire au cours d'une „Histiocytose sinusale non Langerhansienne“ chez une femme de 48 ans : à propos d'un cas.

Bouchene. S, Djami. N, Fissah. A, Amrane. R, Baba Ahme. R

49 - Un épanchement pleural liquidien révélateur d'un myélome multiple.

Oussedik. F, Khelafi. R, Skander. F

50 - Syndrome de BLESOVSKY (collapsus par enroulement) : Mode de guérison rare de pleurésie séro-fibrineuse : à propos d'un cas.

Brahimi. T, Adila. F, Mefalh. B.N, Thabet. T

51 - Profil clinique et étiologique des pleurésies hémorragiques : à propos de 20 malades.

Marouani. A, Moumeni. A

52 - Le mésothéliome pleural malin : à propos des 5 malades.

Marouani. A, Moumeni. A

53 - Mésothéliome pleural malin à survie prolongée.

Tounsi. H, Hammache. N, Meguenni. S, Messadi. M.S

54 - Le mésothéliome pleural malin : à propos d'un cas.

Laidi. A, Fettal. N, Amroune. S, Taleb. A

55 - Le mésothéliome pleural malin : une tumeur rare devenue problème mondial de santé publique.

Mergache. A, Bnegherra. M, Bennaceur. Y, Hadja dj Oual, Mansouri. A

56 - Les manifestations pleuro pulmonaires de la neurofibromatose type 1 : NF1.

Ouramdane. Z, Ait Kaci. B, Bachi. A, Meguenni. W, Messadi. M.S

57 - Synoviosarcome primitif de la plèvre propos d'un cas.

Kheloufi. S, Ouerdi. S, Remidi. A, Meguenni. W, Messadi. M.S.

58 - A propos d'un cas d'Angio Behçet révélé par un épanchement pleural liquidien.

Amrani. A, Bennamane. K, Saboundji. K, Messadi. M. S

59 - Métastases pleurales d'un synoviosarcome, à propos d'un cas.

Abderrahmani. W, Meguinini. W, Ait Kaci.B, Messadi. M. S

60 - Carcinome composite.

Batouche.I

61 - Carcinomes bronchiques non à petites cellules stade IV, étude rétrospective à propos de 278 cas.

Khedda.F, Okki.A, Chirouf.A, Fillali.T

62 - Hémothorax spontané de grande abondance à propos d'un cas.

Sahnoune.N

17h30 – 18h30

**SYMPOSIUM BOEHRINGER INGELHEIM
GOLD 2011 et BOLD**

Modérateurs : R. Benali, S. Nafti

GOLD 2011 : les options thérapeutiques

R. Escamila (Toulouse)

Estimer la prévalence pour planifier les actions de santé futures

R. Benali (Annaba)

18h30 – 20h00

Cérémonie d'Ouverture

Conférence culturelle

« Augustin d'Hippone : patrimoine de nos humanités »

Bernard Pigearias

Responsable des Relations Internationales de la SPLF
et Président de l'Espace Francophone de Pneumologie (EFP)



Hommage au Professeur Pierre Chaulet

S. Nafti, N. Zidouni

20H30

DINER GALA

(Carte d'invitation individuelle exigée)

9h00 – 10h30

Thème : LA GRIPPE

Modérateurs : M. Bartal, S. Lellou, B. Meloni, A. Snouber

La grippe maladie paradoxale, maladie déconcertante
R. Benali (Annaba)

apport du réseau sentinelle dans la surveillance de la grippe
F. Derrar (Alger)

Les vaccins antipneumococciques chez l'adulte :
où en sommes-nous
A. Soukhal (Alger)

Systèmes d'inhalation : avantages et inconvénients
JF. Dessanges (Paris)

POSTERS DISCUSSION 9h00 – 10h30

Salle Rosa

Posters discussion 1 (A)

Modérateurs

M. Bakhatar, W. Meguenni, R. Oulmane

Salle Sidi

Posters discussion 2 (B)

Modérateurs

S. Belmekki, R. Chahed, S. Maalej

Salle Hoggar

Poster discussion 3 (C)

Modérateurs

S. Ali Pacha, M.S. Messadi, Y. Djeghri

Hall 9h00 – 12h30

Posters 3 (P3) (Posters sans discussion)

- 1 - Syndrome de Churg Strauss et hépatite C à propos d'une observation.
Benlahcene. M, Lellou. S, Terfani. DJ, Djebri. K
- 2 - Hygiène et désinfection chez le sujet âgé insuffisant respiratoire traité à domicile.
Merati. M, Benourad. D, Sahraoui. K, Jeannin
- 3 - Carcinome muco-épidermoïde bronchique chez un homme de 28 ans.
Ghendir Aoun. H, Saadi. A. K, Bouguerra. Y, Kadi. A, Lebbaz. A. S, Boukhezar. F, Ali Halassa. S, Gharnaout. M, Zidouni. N
- 4 - Carcinome neuro-endocrine à grandes cellules, à propos d'un cas.
Toubal. R, Ghendir Aoun. H, Bouguerra. Y, Kadi. A, Boukhezar. F, Ali Halassa. S, Gharnaout. M, Zidouni. N
- 5 - Seminome thymique chez un patient de 27 ans.
Bioud. S, Saadi. AK, Sid. H, Kheliouen. A, Boukhezar. F, Bellal. A, Baough. L, Zidouni. N
- 6 - Choriocarcinome primitif pulmonaire à propos d'un cas.
Lebbaz. A.S, Kadi. A, Bouguerra. Y, Ghendir Aoun. H, Ali Halassa. S, Gharnaout. M, Zidouni. N
- 7 - Mélanome endobronchique : à propos d'une observation exceptionnelle.
Marouani. A, Moumeni. A
- 8 - Les mots des maux.
Atouf. F, Yakoubi. R, Boudraa. S, Belaid. L, Benali. R
- 9 - Cancer bronchique familial : à propos de 07 cas issus de trois familles.
Khodja. S, Souilah. S, El Allia. FZ, Fissah. A, Amrane. R
- 10- Tumeur myofibroblastique pulmonaire géante chez jeune femme : à propos d'un cas.
Dahmani. S, Yahiaoui. R, Ameur. S, Fissah. A, Amrane. R
- 11 - Une entité histologique rare : le carcino-sarcome pulmonaire : à propos d'un cas.
Belabaci. O, Djami. N, Souilah. S, Fissah. A, Amrane. R
- 12 - Difficulté diagnostic devant une tumeur carcinoïde du poumon.
Benmansour. M, Ainsebaa. A, Merghache. A, Boudour. F
- 13 - Carcinome trichoblastique cutané révélateur des métastases endobronchique, choroïdiens et osseuses vertébrales.
Sahraoui. K, Siari. H, Chiali. N, Ziane-Cherif. N, Berrabeh. Y
- 14 - Cancer bronchique primitif révélé par une embolie pulmonaire chez un adolescent de 16 ans : à propos d'un cas.
Atlaoui. N, Souilah. S, Lahlouh. A, Fissah. A, Amrane. R
- 15 - Léiomyosarcome intrathoracique : à propos d'un cas
Belhadj. H, Djami. N, Fissah. A, Amrane. R
- 16 - Mélanome primitif endo-bronchique à propos d'un cas au service de pneumo-histologie du CHU de Tizi Ouzou.
S. Mahiouf, Messadi. M. S,
- 17 - Profil épidémiologique du cancer bronchique chez le sujet âgé : expérience du service de pneumologie de l'EHU Oran.
Lellou. S, Bourkadi. D, Gueza. N, Djebri. K, Bouhadda. M
- 18 - Le lymphome pulmonaire de type MALT à propos d'un cas.
Ouerdi. S, Meguenni. W, Mahiouf. S, Messadi. M. S
- 19 - Cancer broncho-pulmonaire compliquant des lésions de fibrose pulmonaire de sclérodémie : à propos d'une observation.
Terfani. DJ, Lellou. S, Boushaba. H, Mehidine. F
- 20 - Pneumothorax révélateur d'un carcinome bronchique épidermoïde : à propos d'un cas.
Hamel. Y, Laidi. A, Fettal. N, Taleb. A
- 21 - Particularités cliniques et évolutives des carcinomes sarcomatoïdes du poumon : à propos d'un cas.
Kherbi. S, Othmani, Djerfi, Madoui, Dekoumi
- 22 - Kyste hydatique du foie révélant un carcinome bronchique à petites cellules.
Zidani. M.A, Benamara. S, Bentata. K, Ziane. B, Berrabah, Y
- 23 - À propos de cas familiaux de cancers bronchiques
Messaoud. M, Metahri. M, Kebbat. S, Hadjoudj. A, Guermaz. M
- 24 - Hydatidose thoracique multiple à propos de 05 cas.
Marouani. A, Bellouz. Y, Moumeni. A
- 25 - La pneumonie varicelleuse : 10 cas.
Afiri. M, Achour. N, Bouchaib. H, Touat. M
- 26- Après la coqueluche de l'enfant, la coqueluche de l'adulte.
Radoui. A, Guerguer. L, Moktefi. A, Bnekadour. L, Rahel. K
- 27 - Pneumonie sévère et leishmaniose cutanée diffuse chez un patient infecté par le HIV.
Khelafi. R, Oussedik. F, Moussaoui. H, Mecheri. R, Skander. F
- 28 - Abscesses du poumon : à propos de 11 cas observés entre 2008 - 2012.
Bourekoua. W, Nafti. S
- 29 - Suppuration pleuro-pulmonaire à chromobacter tylosoides chez un sujet immunocompétent : à propos d'un cas.
Boudjit. L, Lebib. A, Ighadadene. D, Zamoum. R, Benrouba. M, Aouadi. M, Alloula. R
- 30 - A propos d'un cas de Leptospirose avec atteinte respiratoire.
Bentouati. B, Bouaziz. W, Dourmane. S, Jaafar. M, Nehal. A
- 31- Hydatidose pulmonaire multiple en lâcher de ballon nettement amélioré par le traitement chirurgical.
Benmakhlouf. F, Jaafar. M, Alloula. R
- 32 - Hydatidose médullaire et costovertebrale révélée par un tableau de compression médullaire : difficultés diagnostiques et thérapeutiques.
Kherbi. S, Selmani, Aggoune, Tabet
- 33 - Kyste hydatique géant intra médiastinale : à propos d'un cas.
Kessira. T.M, Taleb. A
- 34 - Education thérapeutique : cas de la BPCO.
Atoui. F, Yakoubi. R, Cherkaski. H.H, Benali. R
- 35 - La broncho pneumopathie chronique obstructive : expérience du service de pneumo-phtisiologie d'Annaba
Atoui. F, Yakoubi. R, Cherkaski. H.H, Benali. R

Hall 9h00 – 12h30

Posters 3 (P3) (Posters sans discussion)

36 - Enquête qualité de vie auprès des patients porteurs de BPCO au service de pneumologie en Annaba.

Yakoubi. R, Belaid. L, Atoui. F, Deghdegh. K, Benali. R

37 - Contrôle de l'asthme en milieu scolaire dans la ville Tlemcen : à propos de 127 cas d'asthme suivi en UDS.

Benmansour. M, Benhabib. Z, Boudour. F, Benhabib. Z, Hachem. A, Zehar. M

38 - Tuberculose pulmonaire à microscopie positive à propos de 156 cas

Aliouane. A, Rebbat. A, Ait Bachir

39 - Sclérodémie révélée par une miliaire tuberculeuse.

Bay Ahmed. M, Bouguerra. Y, Lebbaz. A, Ghendir Aoun. H, Kadi. A, Gharnaout. M, Ali Halassa. S, Zidouni. N

40 - La tuberculose bronchique : à propos de quatre cas.

Ghendir Aoun. Y, Bouguerra. Y, Lebbaz. A.S., Messaoudi. M,

Kadi. A, Boukhezar. F, Ali Halassa. S, Gharnaout. M, Zidouni. N

41 - Tuberculose pulmonaire et maladie de Crohn : relation de causalité ou coïncidence ?

Ben Hamed. W, Smadhi. H, Fkih. L, Fenniche. S, Megdiche. ML

42 - Evaluation de l'activité d'une consultation spécialisée dans la lutte antituberculeuse à Alger.

Hadjadj. S, Nafti. S

43 - Hypersensibilité cutanée aux antituberculeux : à propos de 2 cas.

Merghache. A, Benmansour. M, Boudour. F, Bengherra. M,

Hadjadj Aoul. M

44 - Complication respiratoire inattendue chez une femme âgée présentant une tuberculose pulmonaire.

Merghache. A, Bengherra. M, Bennaceur. Y, Mansouri. A,

Benmansour. M

45 - Tuberculose disséminée chez un immunocompétent, à propos d'un cas.

Haddad. F, Oudjidi. B, Benamara. S, Ouardi. A, Berrabeh. Y

46 - La tuberculose pseudo-tumorale.

Djeghri. Y

47 - Maladie thromboembolique compliquant une tuberculose pulmonaire, une réalité à surveiller.

Benmansour. M, Mansour. A, Bengherra. H, Boudour. F

48- Tuberculome cérébral : à propos d'un cas.

Kessira. T.M, Taleb. A, Benamar. S, Hamel. Y

49 - Bactériologie versus aspect radiologique des tuberculoses pulmonaires à microscopie positive.

Benali. A, Belaid. L, Yakoubi. R, Dekhil. M, Benali. R

50 - Le pneumothorax bilatéral : une complication rare de la miliaire tuberculeuse.

Selmani. MR, Ameghchouche. ME, Aïlane. HE, Djebbar. A

51 - Place de la miliaire pulmonaire chez le sujet âgé

Sahraoui. N, Amaghchouche, Bouali. M, Djebbar. A

52 - Tuberculose multifocale : ganglionnaire et cutané, à propos d'un cas

Laidi. A, Fettaf. N, Abdelmalek. M, Benamar. S, Taleb. A

53 - Syndrome de Stovin Hugges associée à une tuberculose pulmonaire : particularités diagnostiques et thérapeutiques

Kherbi. S, Guitari, Othmani

54 - La tuberculose trachéo-bronchique : une localisation rare

Bengherra. M.H, Benmansour. M, Merghache. A, Hadjadj. M,

Bennaceur. Y

55- Tuberculose laryngée pseudo tumorale et miliaire hémato-gène : à propos de 02 cas.

Lellou. S, Gueza. N, Bouhadda. M, Djebri. K, Bourkadi. D

56 - Association tuberculose bronchique et sarcoïdose

Benamara. S, Benahmed. B, Ouardi. A, Ziane. B, Berrabah. Y

57 - Spondylodiscite tuberculeuse (mal de pott) à propos de 05 cas.

Marouani. A, Moumeni. A

58 - Pneumothorax bilatéral sur miliaire tuberculeuse : à propos d'un cas.

Nadji. K, Taleb. A, Kessira. T.M, Hamel. Y

59- A propos d'un cas de tuberculose des parties molles compliquée de compression médullaire.

Berri. B, Gacem. K, Ihadjadene. L, Oubaziz. N, Messadi. MS

60 - Formes pseudo tumorale de la tuberculose pulmonaire à propos d'une observation.

Medani. Y, Drissi. F.Z, Metahri. M, Snouber. A, Guermz. M

61 - Un cas de pneumonie varicelleuse compliquée d'un syndrome de détresse respiratoire aigue chez un adulte immunocompétent.

Benhocine. Y

62- Profil étiologique du syndrome médiastinal dans un centre hospitalier.

Bentata. K

11h00 – 12h30

Communication libres (4)

Modérateurs : M. Bougrida, N. Guemadi, R. Khelafi, A. Taleb

Le cancer bronchique primitif : parcours de soins.

Yakoubi.R , Khalloufi. F, Atoui.F, Moumen. Y, Benali. R

Particularités de la tuberculose pulmonaire à microscopie négative
à propos de 51 cas.

Rebbat. A, Aliouane.A

Tuberculose ganglionnaire périphérique, étude rétrospective sur 3 ans.

Mebrek. A, Graba.L

Diagnostic de la mucoviscidose de l'adulte :
les leçons tirées d'une histoire d'un cas clinique.

Radoui A., Bellon. G

Profil épidémiologique, clinique et évolutif de la mucoviscidose à Sétif

Dehimi. A, Belghazi.M, Messasset. M, Kentache. A, Bioud. B

Comparaison in vitro des performances de deux chambres d'inhalation

Boukhattala. N, Porée. T, Diot. P, Vecellio.L

Exploration et PEC des hémoptysies de l'adulte : à propos 105 cas
observés au service de pneumologie de Tizi-Ouzou

Messadi. MS, Benamane. K

Pneumopathie infiltrante diffuse dans : étude de 34 cas

L. Laouar, Larbani. B, Kadi. K, Makhloufi.MT, Nafti. S

Entreprise sans tabac

Akif. N, Niani.N, Amari.MS, Hamcheche.H, Lamara.MA

Déficits immunitaires primitifs : une entité à ne pas méconnaître chez l'adulte.

**Tahiat.A, Djidjik.R, Gharnaout.M, Boushaki.S, Cherguelaine.K,
Cherif.S, Nehal.A, Zidouni.N, Ghaffor.M**

Atelier

Jeudi 14 Mars 2013 11h00 – 12h30

Salle Rosa

Atelier 7 : Réhabilitation et Kinésithérapie respiratoire
A. Abdelaoui, C. Prefaut

Salle Sidi

Atelier 8 : EFR dans la BPCO et dans le bilan
préopératoire
**M. Bougrida, J.F. Dessanges, M. Gharnaout,
MS. Messadi**

12h30 – 13h00

Clôture et remise des prix

Salle Tassili

Conférences

AUGUSTIN d'HIPPONE, *patrimoine de nos humanités ...*

Bernard PIGEARIAS

Vice-Président de la Société de Pneumologie de Langue Française

« Mon poids, c'est mon amour ; Où que je tende, c'est lui qui m'emporte. »

Confessions, 13,9,10

C'est à 600 mètres d'altitude, à 90 km de la rive sud de « mare nostrum » que naît le 13 Novembre 354 Aurélius Augustinus : ce municipe romain de Thagaste en Numidie devenu Souk Ahras en Algérie ignorait l'exceptionnelle destinée d'un de ses fils qui s'éteignit 76 ans plus tard le 28 Août 430 à Hippone sur la côte méditerranéenne, l'actuelle Annaba après avoir été Bône.

Son père Patricius était un berbère (littéralement illettré en latin donc un barbare/berbère pouvant s'exprimer par barbarismes ...) romanisé et devenu citoyen romain. Il n'avait pas fait d'études. Sa mère Monique était une chrétienne de la même origine berbère. Sa langue maternelle et donc familiale était le latin. Elevé dans cette petite bourgeoisie romaine, Augustin reçut une éducation classique fondée sur la rhétorique, l'éloquence, la connaissance parfaite des textes latins à partir de 15 ans à Madaure (actuelle M'daourouch, Algérie) ; puis à 17 ans il poursuit sa formation à Carthage capitale punique, ce qui lui permettra de se nommer écrivain punique.

En 370 il se met en ménage avec une jeune fille de conditions modeste dont on ne saura jamais le nom et qui donne naissance à Adeodatus (« Don de Dieu »).

Adeptes des manichéens de 372 à 383, il part pour l'Italie et enseigne la rhétorique à Rome puis à Milan où sa mère le rejoint.

387 est l'année charnière : à 33 ans il se sépare de sa concubine, fait l'expérience mystique de sa conversion au christianisme dans le jardin de sa demeure de Milan, et la nuit de Pâques il est baptisé avec son fils Adeodatus par Ambroise Evêque de Milan qui l'a initié au courant néoplatonicien de la philosophie grecque.

L'année suivante est le retour en Afrique du Nord alors que sa mère Monique meurt avant leur départ. Il fonde une communauté de laïcs à Thagaste, puis en 391 un couvent de laïcs à Hippone où il est ordonné prêtre puis consacré évêque en 395. Il vit alors en communauté de clerc dans son évêché.

Il entame en 397 la rédaction de ses Confessions. Par sa lutte contre les donatistes et le pélagianisme, il participe à l'élaboration du dogme catholique.

En 429 sera l'année de l'invasion vandale de l'Afrique du Nord avec le développement du culte de l'arianisme et le 28 août Augustin meurt dans une Hippone assiégée.

Philosophe dans la mouvance néoplatonicienne, théologien de la grâce et de l'amour, Augustin d'Hippone lègue à l'humanité un patrimoine propre à nourrir nos humanités : 113 traités dont « La Cité de Dieu » inaugurant la théologie de l'histoire, 218 lettres témoignage unique des échanges intellectuels dans cette antiquité tardive ; 500 sermons, dialogues et commentaires de l'Écriture fruit de son œuvre apostolique.

Ses « Confessions » seront le livre le plus lu, commenté et influent du moyen-âge de l'occident du nord de la méditerranée, de la Renaissance puis de la Réforme : cette première autobiographie de tous les temps montre le cheminement d'un homme de culture romaine classique métissée par ses origines puniques, numides nord-africaines. Celui d'un homme quêtant la vérité à travers les philosophies et croyances et imaginant une théologie toujours fondée sur l'expérience de sa propre existence.

Avec Ambroise, son mentor de Milan, Jérôme de Stridon et Grégoire le Grand, il sera l'un des quatre premiers Docteurs Latins de l'Eglise proclamés par le pape Boniface VIII en 1295 : ce titre donnera à leur commémoration et célébration liturgique le même rang que celui des douze apôtres et quatre évangélistes. Il fut alors canonisé par acclamation populaire.

La tradition de l'Eglise catholique reconnaît à Saint Augustin avec Saint Ambroise, Saint Grégoire et Saint Jérôme le titre de Pères de l'Eglise d'Occident.

Le message d'Augustin d'Hippone, ce Numide romain de l'occident méditerranéen le plus célèbre d'Afrique du Nord, est le message d'une vie consacrée à la découverte de cette vérité :

« La mesure d'aimer Dieu, C'est d'aimer sans mesure. »
Sermons Dolbeau, II,9

Particularités de l'infection respiratoire du sujet âgé

Salim NAFTI

Clinique des Maladies Respiratoires « Pr. D. Larbaoui » CHU Mustapha

Bien que l'âge ne soit pas à lui seul un critère de définition, selon l'OMS le sujet âgé correspond à une personne âgée de plus de 65 ans.

Chez le sujet âgé, les infections, toutes confondues, représentent la troisième cause de mortalité après les néoplasies et les affections cardio-vasculaires. Elles sont trois à cinq fois plus fréquentes que chez l'adulte jeune (1).

Les infections respiratoires représentent quant à elles, la quatrième cause de décès toutes étiologies confondues et la première cause infectieuse de décès (2). Elles regroupent les bronchites, les exacerbations de bronchites chroniques et les pneumopathies. Elles se caractérisent par leur présentation atypique, le plus souvent masquée par une affection sous-jacente qu'elles décompensent, et par leur évolution traînante entretenue par la dénutrition protéino-énergétique très fréquente dans cette tranche d'âge (1). L'infection respiratoire du sujet âgé s'accompagne d'une lourde morbidité faisant d'elle une véritable urgence gériatrique dont le pronostic est étroitement lié à la précocité du traitement.

Epidémiologie : Les infections bronchopulmonaires sont les infections les plus fréquemment rencontrées chez le sujet âgé avec une fréquence de 25 à 50% des cas, suivies des infections urinaires (17 à 40%), des infections cutanées (17% des cas) et enfin, des infections digestives (4% des cas) (2).

Leur incidence augmente avec l'âge pour passer de 30 cas/1000 habitants par an chez le jeune à 140/1000 habitants par chez le sujet âgé de plus de 75 ans (3,4).

L'incidence des pneumonies passe de 4 à 30 dans ces mêmes populations (4).

Les infections respiratoires représentent 24% de la consultation médicale dont 20% intéresse la population âgée.

Les pneumonies ont une gravité particulière chez le sujet âgé.

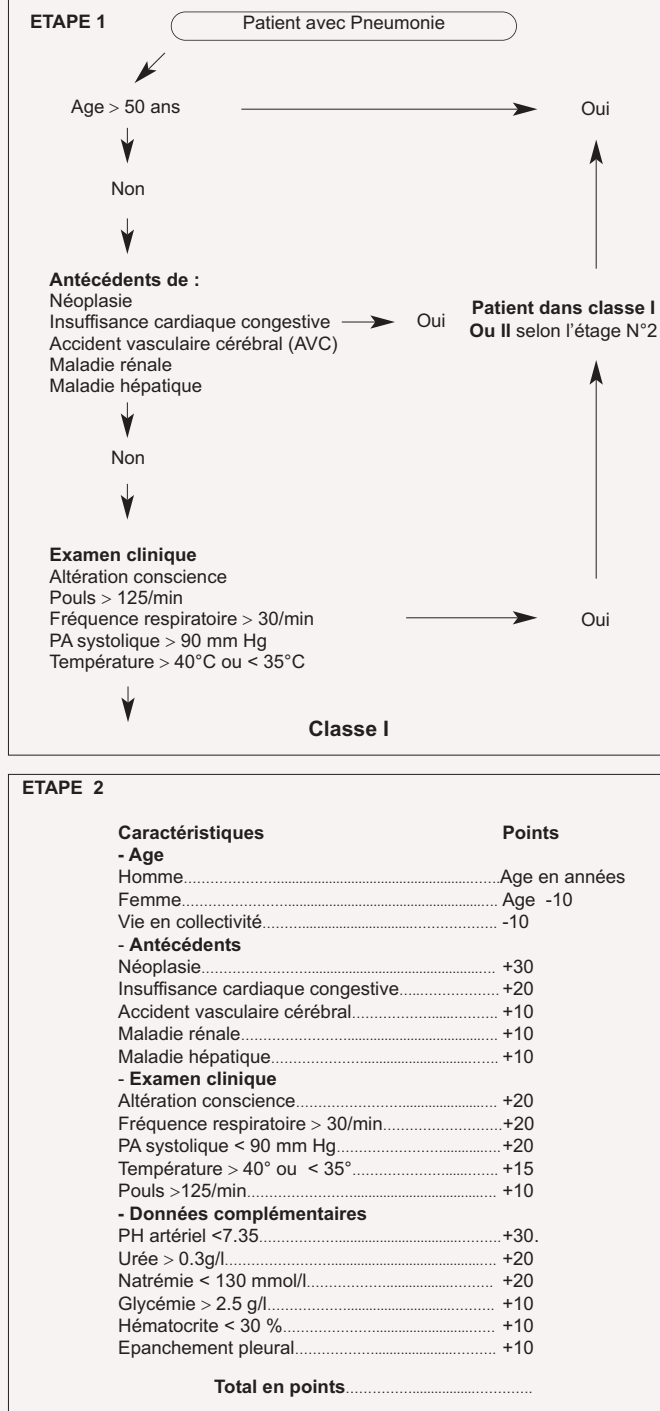
Ce pronostic sombre est dû d'une part, à la présence de comorbidités et d'autre part, à la sévérité de la symptomatologie avec un pourcentage élevé de patients ayant un score de sévérité de IV et V dans l'échelle de Fine (tableau 1) (6,7,8).

Pathogénie : L'âge, à lui seul, s'accompagne d'une fragilisation du système immunitaire par le biais d'une *baisse de la fonction des lymphocytes T* (9). Toutefois, ces modifications sont minimes chez la personne âgée de bonne santé.

La dénutrition est le principal facteur déclenchant et aggravant de l'infection chez le sujet âgé. Elle est quasi-constante dans cette tranche d'âge en raison de l'isolement social, des anomalies bucco-dentaires et des troubles de la déglutition fréquents à cet âge. Elle va entraîner une synthèse accrue de cytokines pro-inflammatoires à savoir l'interleukine 1, l'interleukine 6 et le TNF α qui vont à leur tour être responsables d'un hypercatabolisme qui se traduira par une série d'événements dont la lipolyse et la protéolyse responsables d'un épuisement des réserves nutritionnelles (aggravant ainsi la dénutrition déjà existante) et d'une dérégulation hépatique. Celle-ci se traduira par une synthèse importante de protéines de la phase importante de protéines de la phase aiguë de l'inflammation telles la protéine C réactive (CRP).

La dérégulation hépatique s'accompagnera aussi d'une baisse de la sécrétion des protéines de transport, à savoir l'albumine et la pré-albumine expliquant ainsi la *grande fréquence des acci-*

Tableau 1 : Critère de Fine pour la classification des pneumonies : modèle prédictif du risque de mortalité à 30 jours



ETAPE 3		
Nombre de points	Classe de Fine	Mortalité
Etape1	Classe I	0.1 %
<70	Classe II	0.6 – 0.7 %
71 à 90	Classe III	0.9 – 2.8 %
91 à 30	Classe IV	8.2 – 9.3 %
> 130	Classe V	27 - 31 %

Poumon du sujet âgé

dents iatrogéniques rencontrés chez le sujet âgé dénutri. Lorsqu'un agent infectieux pénétrera dans l'organisme d'un sujet âgé dénutri, *il se produira une réaction inflammatoire amplifiée et délétère pour l'organisme*, expliquant ainsi le caractère particulièrement grave de l'infection chez le sujet âgé.

Facteurs favorisant les infections respiratoires :

- *Les facteurs généraux* : La présence de co-morbidités, telles qu'une insuffisance cardiaque, un diabète ou un éthylisme ainsi que la prise de certains médicaments, comme les corticoïdes et les anti-inflammatoires concourent à l'augmentation de l'incidence des infections respiratoires (4,6).
- *Les facteurs locorégionaux* : Les facteurs loco-régionaux sont la source de la majorité des pneumonies.
- Avec l'âge, la clairance muco-ciliaire diminue avec sur le plan physiologique : une diminution de la capacité vitale, des débits ventilatoires et une augmentation du volume résiduel avec pour conséquence, une stase des sécrétions bronchiques qui seront source d'infections (4).
- Les affections du carrefour aérodigestif favorisent les infections respiratoires basses par le biais de fausses routes. Celles-ci peuvent être bruyantes ou au contraire et le plus souvent évoluer à bas bruit, majorant ainsi les anomalies de la muqueuse bronchique.
- Certains traitements peuvent aggraver ces anomalies bronchiques (4). Les benzodiazépines et les antidépresseurs tricycliques majorent les troubles de la déglutition. Les anti-sécrétoires gastriques favorisent la pullulation microbienne gastrique.

Sémiologie clinique des infections respiratoires :

Le diagnostic d'infection respiratoire peut être difficile chez le sujet âgé car d'une part, l'interrogatoire est très peu informatif, surtout lorsqu'il existe des troubles mnésiques, et d'autre part, l'examen clinique est le plus souvent difficile en raison d'une mauvaise coopération du patient.

- *Un mode de révélation souvent trompeur* : Le mode de révélation de l'infection respiratoire est souvent trompeur ou atypique. Les manifestations respiratoires classiques sont volontiers moins bruyantes.
- *La température peut être normale* (dans 10 % des cas) et les signes d'appel, tels que la toux, sont très rarement au premier plan (4). Le tableau peut aussi être trompeur avec des signes extra-respiratoires : syndrome confusionnel, troubles digestifs ou insuffisance cardiaque décompensée.

Il peut aussi se limiter à une symptomatologie banale faite d'une perte de l'autonomie, de troubles de la marche ou d'une incontinence sphinctérienne (1,4).

- Ainsi, l'apparition d'une insuffisance cardiaque doit faire rechercher un facteur déclenchant notamment une infection respiratoire. De même, toute altération aiguë de l'autonomie, telle une incontinence sphinctérienne, doit faire rechercher de principe une infection (1).
- *Fréquence des manifestations neuropsychiques*
Il convient de mentionner la fréquence des manifestations neuropsychiques révélatrices telles un syndrome confusionnel ou un état d'agitation. Ces deux modes révélateurs peuvent être favorisés par l'existence d'un syndrome démentiel pré-existant. Le syndrome confusionnel résulte fréquemment de la conjonction de facteurs métaboliques, iatrogéniques et de la fièvre et il est souvent entretenu par ses propres conséquences métaboliques à savoir : La déshydratation et l'hyperthermie.

A l'examen clinique, la respiration superficielle, fréquente à cet âge, gêne la perception d'un éventuel foyer de râles crépitants

dont la perception aux deux bases d'un sujet alité n'est pas obligatoirement pathologique (10).

Le tableau II résume les différents éléments d'orientation bactériologiques en fonction de la présentation clinique.

Explorations paracliniques

- Radiographie pulmonaire

Bien que d'interprétation difficile du fait de l'existence fréquente de pathologies cardio-pulmonaires sous-jacentes, la radiographie pulmonaire est utile au diagnostic en cas de symptomatologie atypique (4,10).

Cet examen est normal au tout début de l'infection (dans 30% des cas) et même à un stade évolué de l'infection lorsqu'il existe une déshydratation ou une leucopénie associée (4).

La sensibilité de la radiographie varie de 36 et 85% et la spécificité de 84 à 94%. Elle montre une opacité de type alvéolaire dans 93 % des cas, segmentaire dans 43% des cas et lobaire dans 40% des cas. L'opacité est bilatérale et s'accompagne d'un épanchement pleural dans 14% des cas (4).

Les caractéristiques de l'opacité peuvent orienter vers un germe particulier (tableau III)

- Scanner thoracique

Cet examen trouve tout son intérêt dans les formes débutantes au cours desquelles la radiographie standard est normale et dans les formes qui prêtent à confusion avec une embolie pulmonaire. Il est aussi d'un grand apport en cas d'affections cardio-pulmonaires pré-existantes rendant difficile l'interprétation des images (4).

Tableau II : Orientation bactériologique en fonction des signes cliniques

SIGNES CLINIQUES	GERMES
Début brutal, herpès naso-labial	Pneumocoque
Tableau franc	
Expectorations fétides	Anaérobies
Bronchopneumopathie	Pneumocoque
Chronique obstructive	Moraxella catarrhalis
Troubles de la déglutition	Anaérobies
	Bacilles Gram négatifs
Ethylisme	Staphylocoque
	Klebsielle
Surinfection de grippe	Pneumocoque
	Haemophilus
	Staphylocoque

Tableau III : Orientation bactériologique en fonction des caractéristiques de l'opacité

TYPES D'OPACITE	GERMES
ALVEOLAIRE	
Systématisée	Pneumocoque Klebsielle (scissures bombantes)
Excavée ou abcédée	Germes anaérobies Klebsielle Staphylocoque
Non systématisée	Haemophilus influenzae Legionnelle (si extensive ou se bilatéralise)
Extension et bilatéralisation Sous β lactamines	Légionnelle
INTERSTITIELLE	
	Virus Germes intra-cellulaires

• Examens biologiques

Au plan biologique, les hémocultures ne sont positives que dans 10 % des cas. L'augmentation de la vitesse de sédimentation, l'hyperleucocytose avec polynucléose et disparition des éosinophiles sont des arguments en faveur de l'origine bactérienne de l'infection. *La présence d'une leucopénie est un facteur de la gravité.*

Une inversion de la formule est en faveur d'une origine virale. Mais l'hémogramme et la vitesse de sédimentation peuvent rester normaux sans pour autant exclure le diagnostic biologique d'infection respiratoire. Ils n'ont pas de valeur prédictive, en particulier pour distinguer les infections bactériennes en virales (4). Par contre, les autres marqueurs de l'inflammation (CRP, phopholipase A et procalcitonine) sont intéressants dans le suivi des patients (4).

- *Les germes en cause* : Pour les patients vivant en communauté, les différentes études montrent une prépondérance du pneumocoque (25 à 40% des cas), suivi par l'haemophilus influenzae (2 à 10% des cas), le klebsielle (8%), le staphylocoque (6%), le colibacille (5%) et enfin le pyocyanique (2%) (11,12). Environ 30 à 50% des pneumopathies sont polymicrobiennes (4). Le rôle des anaérobies doit être suspecté quand il s'agit d'une pneumopathie de déglutition. La répartition des germes en fonction du type de pneumopathie est représentée dans le tableau IV (12,13) Ceci est d'autant plus vrai quand il existe des pathologies associées altérant la fonction rénale (hypertension artérielle, diabète...). Il est donc impératif de calculer de façon systématique la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft afin d'adapter la posologie de tous les antibiotiques éliminés majoritairement par le rein comme les bêta-lactamines, les aminosides, certaines fluoroquinolones (ofloxacin, lévofloxacin) ainsi que les glycopeptides (tableau V) (14,16).

- *L'acidité gastrique* nettement diminuée avec l'âge est responsable d'une moindre absorption de certains antibiotiques (fluoroquinolones et cyclines) (14).

- *Le volume de distribution des antibiotiques* est modifié en raison de la sarcopénie surtout chez les patients pue mobiles, de la diminution de l'eau totale et d'une augmentation de la masse grasse.

- *La fonction hépatique* est également diminuée chez le sujet âgé de façon physiologique par diminution de la masse du débit sanguin hépatique nécessitant des précautions d'emploi pour certains antibiotiques éliminés par voie biliaire, comme la ceftriaxone, ou métabolisés par le foie, comme la cirpofloxacin et les macrolides (14).

D'autre part, la dénutrition fréquente à cet âge est responsable d'une hypoalbuminémie à l'origine d'une augmentation de la fraction libre des antibiotiques (14).

- *Le choix de l'antibiothérapie dépend du type de germe visé* (tableau VI). L'amoxicilline est active sur le pneumocoque mais pas toujours efficace sur l'haemophilus influenzae (15% des souches résistantes).

L'association amoxicilline-acide clavulanique à l'avantage d'être active sur le pneumocoque, l'haemophilus influenzae (sécréteurs de β-lactamases), moraxella catarrhalis, sur le staphylocoque doré meticillino-sensible et sur les anaérobies. Elle constitue donc l'antibiotique de choix si l'on veut élargir le spectre.

Il a été démontré qu'il est préférable, chez le sujet âgé, de baisser de moitié la dose d'amoxicilline - acide clavulanique et d'y associer 1,5 g/l d'amoxicilline simple. Ce qui permet de maintenir la dose d'amoxicilline souhaitée sans avoir à administrer une dose trop élevée d'amoxicilline protégée mal tolérée sur le plan digestif, responsable de diarrhées source fréquente de déshydratation à cet âge. Il convient de la prévenir en administrant de

façon systématique un pansement digestif (14).

- Privilégier la voie orale

Il est aussi souhaitable de privilégier la voie orale mais, en cas de troubles de la déglutition, la voie parentérale sera préférée avec un relais précoce de la voie orale.

La bonne cinétique de la ceftriaxone par voie sous-cutanée en fait une indication privilégiée (14).

En cas d'infection nosocomiale, le spectre d'antibiotiques doit être élargi aux bacilles Gram négatifs en recourant à une céphalosporine de troisième génération associée à une fluoroquinolone et éventuellement à du métronidazole si l'on suspecte une pneumopathie par inhalation sur troubles de la déglutition (14).

- *La durée de traitement antibiotique* est de 7 à 14 jours avec une moyenne de 10 jours, sauf pour les germes intra-cellulaires qui nécessitent un traitement de 21 jours (4,10).

- *L'amélioration clinique* est souvent retardée de l'ordre de 4 à 5 jours. Cette notion est importante à connaître afin d'éviter des changements itératifs d'antibiotiques sources d'émergence de résistance aux antibiotiques.

Tableau IV : Répartition des germes en fonction du type de pneumopathies

PNEUMOPATHIES COMMUNAUTAIRES	PNEUMOPATHIES NOSOCOMIALES
Pneumocoque 25 à 40% des cas	Staphylocoque aureus 29%
Haemophilus influenza 2 à 10% des cas	Entérobactéries 15 %
Klebsielle 8% des cas	Pneumocoque 9%
Staphylocoque 6% des cas	Pseudomonas Aeruginosa 4%
Colibacille 5% des cas	

Tableau V : Adaptation des doses de certains antibiotiques chez le sujet âgé insuffisant rénal

Antibiotique	Dose usuelle	Dose chez le sujet âgé
Amoxicilline	1g/8 h	500 mg/8h
Amoxicilline-acide clavulanique	1g/8 h	500 mg/8h
Céftriaxone	1g/24 h	500 mg à g/24 h
Céfotaxime	1g/8h	1g/8h
Céftazidime	1 à 2 g/8h	1g/12 h
Impénème	500 mg à 1 g/12 h	500 mg/12 h
Thriméthoprimel	160 mg/800 mg/12h	80 mg/400 mg/12 h
Sulfaméthoxazole		
Ciprofloxacine	500 mg/12 h	250 mg/12 h
Ofloxacin	200 mg/12 h	200 mg/24 h
Lévofloxacine	500 mg/24 h	250 mg/24 h
Métronidazol	500 mg/8 h	500 mg/12 h
Clarithromycine	500 mg/12 h	250 mg/12 h
Azithromycine	250 mg/24 h	250 mg/24 h
Erythromycine	250 mg/6 h	250 mg/24 h
Télithromycine	800 mg/24 h	800 mg/24 h

Tableau VI : Schéma de l'antibiothérapie des infections respiratoires en fonction du germe

	PREMIER CHOIX	ALTERNATIVE
Cas Général	amoxicilline protégée 3g/j VO amoxicilline-ac 1.5 g/l	Pyostacine 2g/j VO Ceftriaxone 1g/j IV, VSC + amoxicilline 3g/j
Suspicion de Germes intra cellulaires	amoxicilline protégée 3g/j VO amoxicilline-ac 1.5 g/l	Pyostacine 2g/j VO Ceftriaxone 1g/j IV, VSC + amoxicilline 3g/j + macrolide ou fluoroquinolone
Suspicion d'inhalation	amoxicilline-ac 3g/l en IV	Ceftriaxone 1g/j IV + métronidazole voie IV

VO = voie orale ac =acide clavulanique VSC=voie sous-cutanée IV=voie intra veineuse

Poumon du sujet âgé

Il est important de prendre en compte les interactions médicamenteuses et les précautions d'emploi des antibiotiques dont les principales sont respectivement énumérées dans les tableaux VII, VIII.

• Les autres mesures thérapeutiques

Il est nécessaire de renforcer le traitement de tout état pathologique préexistant étant donné le risque important de décompensation au décours de l'infection respiratoire (insuffisance cardiaque, diabète, angor...).

- *La kinésithérapie respiratoire* associée à un traitement par aérosols qui facilitera le drainage des sécrétions bronchiques. Il conviendra de prévenir la déshydratation par un apport hydrique suffisant (1,5 litres + 300 ml par degré au dessus de 37°C).

- *La perfusion sous-cutanée* est une alternative très intéressante permettant de respecter le capital veineux. Elle est utilisée en pratique courante dans les services de gériatrie (17,18).

- *Une héparinothérapie* à dose préventive sera indiquée si l'alitement risque de se prolonger ou en cas de déshydratation associée.

• Traitement préventif

Le traitement préventif repose sur deux grands axes : la suppression des facteurs de risque et les vaccinations anti-grippale et anti-pneumococcique.

- *La suppression des facteurs de risque* : La suppression des facteurs de risque tels que la lutte contre la dénutrition, l'éviction des médicaments psychotropes, des anti-acides est théoriquement facile mais difficile à réaliser compte tenu des comorbidités associées. L'existence de troubles de la déglutition nécessite une adaptation diététique en privilégiant les repas moulinés en cas de fausses routes. Les lésions bucco-dentaires doivent être traitées.

- *Les vaccinations* : L'efficacité de la vaccination anti-grippale est admise par tous. Cette vaccination doit concerner tous les patients âgés de plus de 65 ans mais également l'ensemble du personnel s'occupant de ces patients, en particulier en institution. Il a été admis qu'il existe une relation inverse entre la couverture vaccinale contre la grippe et la mortalité chez les sujets âgés (21,22).

Le vaccin anti-grippal est un vaccin viral inactivé dont la seule contre indication est l'allergie vraie aux œufs (19). Il est donné une fois par an (la composition du vaccin est déterminée chaque année du fait des mutations du virus influenza). Le vaccin est administré en septembre ou octobre et l'immunité est acquise en 2 à 3 semaines. La voie d'administration est soit intra-musculaire, soit sous-cutanée profonde (19,20).

L'attitude vis à vis de la vaccination anti-pneumococcique est plus controversée en raison de la grande diversité des vaccins et de l'absence d'études à grande échelle convaincantes.

Cette vaccination est obligatoire dans certains pays.

Les deux problèmes actuels qui doivent inciter à vacciner les sujets âgés sont le taux de mortalité et l'augmentation du nombre des souches résistantes aux bêta-lactamines. Le vaccin anti-pneumococcique contient des polysides capsulaires purifiés dérivés de 23 sérotypes de *S. pneumoniae*. Ces 23 séro-

types représentent 85 à 90% des sérotypes responsables d'infections pneumococciques invasives. Le vaccin anti-pneumococcique inclut également les principaux sérotypes ayant présenté une résistance aux antibiotiques (19). Il permet une réduction de 42% du risque de pneumonie à pneumocoque et doit être administré tous les 3 à 5 ans en intra-musculaire ou en sous-cutané.

Conclusion

Les infections respiratoires sont fréquentes, graves et de diagnostic difficile chez le sujet âgé compte tenu de la présence quasi-constante de comorbidité.

Leur mode de révélation est trompeur, souvent représenté par une décompensation cardiaque ou un syndrome confusionnel. Ces infections constituent une véritable urgence thérapeutique du fait de la fragilité du terrain sous-jacent entre-tenu par la dénutrition. Il est essentiel d'avoir à l'esprit le diagnostic d'infection respiratoire sachant que le pronostic sera d'autant mieux amélioré que le diagnostic est posé précocement.

Tableau VII : Interactions médicamenteuses à prendre en compte

Macrolides et anti-histaminiques AVK et cyclines, sulfamides, metronidazole	Risque de torsade de pointe Potentialisation des AVK avec risque hémorragique
Sulfamides antibactériens et sulfamides antidiabétiques	Potentialisation de l'hypoglycémiant
Fluoroquinolones et AINS	Majoration du risque de troubles Neurologiques par augmentation d'affinité des récepteurs auxfluoroquinolones
Télicycline et cisapride Statines	
AVK : anti-vitamines K – AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens	

Tableau VIII : Précautions d'emploi des antibiotiques chez le sujet âgé

Classe d'antibiotique	Précautions
BETA-LACTAMINES	Risque de troubles neurologiques en cas de surdosage des pénicillines (insuffisance rénale) Intérêt de la ceftriaxone par vsc
QUINOLONES	Attention aux troubles neurologiques
AMINOSIDES	Adapter à la fonction rénale (formule de Cockcroft) Dose du taux résiduel Dose uni quotidienne
GLYCOPEPTIDES	Adapter à la fonction rénale (formule de Cockcroft) Dosage du taux résiduel
MACROLIDES	Contre-indication avec les anti-H1
SULFAMIDES	Risque d'hypoglycémie avec les sulfamides
HYPOGLYCEMIANTS	Risque hémorragique avec les AVK Risque d'anémie par carence en folates
RIFAMPICINE	Interactions avec les anti-vitamines K

Références :

1. **Saint-Jean O.** Collège National des Enseignants en Gériatrie. Spécificités gériatriques des pathologies infectieuses In *Corpus de Gériatrie* 2004 ; 2 : 150 - 60
2. **Triviale C.** Infectiologie du sujet âgé. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2004 ; 4 : 8
3. **Belmin J.** Prévention des maladies infectieuses chez le sujet âgé. *Presse Med* 2000 ; 29 : 1233
4. **Guerin JM.** Pneumopathies du sujet âgé : facteurs prédisposants, traitement, prévention *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2004 ; 4 : 9 - 14
5. **Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies.** Prise en charge des maladies respiratoires. Royaume du Maroc Ministère de la Santé Décembre 2001 Whqlibdoc. who.int/hq. 2002
6. **Fernandez-Sabe N, Carratala J, Dorca J et al.** Community-acquired pneumonia in very elderly patients, causative organisms, clinical characteristics and outcomes. *Medicine* 2003 ; 82 : 159-69
7. **Waterer GW, Kessler LA, Wunderink RG.** Medium-term survival after hospitalization with community acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2004 ; 169 : 910-4
8. **Fine MJ ; Auble TE, Yealy DM, et al.** A prediction rule to identify low risk patients with community acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 243 - 50
9. **Saint-Jean O.** Collège National des Enseignants en Gériatrie. Le concept de fragilité In *Corpus de Gériatrie* 2004 ; 2 : 9-25.
10. **Gallinari C.** Infection respiratoire In *Legrain S, Kagan Y. Guide pratique de Gériatrie* (2ème ed. MMI) 1998 ; 390-400.
11. **Gleason PP, Meechan TP, Fine JM, et al.** Association between initial antimicrobial therapy and medical outcomes for hospitalized elderly patients with pneumonia. *Arch Intern Med* 1999 ; 159 : 2562 - 72
12. **Mandell LA, Marrie TP, Grossman RF, et al.** Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia. An evidence based update by the Canadian Thoracic Society. *Clin Infect Dis* 2000 ; 31 : 383 - 421.
13. **Houck PM, Bratzler DW, Nsa. W, et al.** Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004 ; 164 : 637 - 44.
14. **Dufour V, Fantin B.** Spécificités de l'antibiothérapie du sujet âgé. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2004 ; 4 : 5 - 8.
15. **Guide sur les infections respiratoires basses de l'adulte ;** SAPP juin 2006
16. **Veyssier P.** Antibiothérapie chez le sujet âgé. *Rev Prat* 2003 ; 53 : 1566 - 71
17. **Lergain S.** Déshydratation In *Lergain S, Kagan Y. Guide pratique de Gériatrie* (2ème ed. MMI) 1998 : 53 - 58
18. **Dardaine-Giraud V, Lamandé M, Constans T.** L'hypodermoclyse : Intérêts et indications en gériatrie. *Rev Med Interne* 2005 ; 26 (8) : 643 - 50.
19. **Harmouche H, Adnaoui M, Maaoui A.** Plaidoyer pour la vaccination chez le sujet âgé. *Espérance Médicale* 2004 ; 102 (11) : 77 - 80.
20. **Lesourd B.** Les vaccinations en gériatrie. *Rev Med Interne* 2004 ; 25 (5) : 342- 4
21. **Nichol KL, Baken L, Nelson A et al.** Relation between influenza vaccination and mortality in elderly persons. *Ann Intern Med* 1999 ; 130 : 397 - 403.
22. **Jefferson T, Rivetti D, Rivetti A, Rudin M, Di Pietrantonj C, Demicheli V.** Efficacy and effectiveness of influenza vaccines in elderly people : a systematic review. *The Lancet* 2005 ; 366 ; 9492 : 1165 - 74.
23. **Artz AS, Ershler WB, Longo DL.** Pneumococcal vaccination and revaccination of older adults. *Clin Microbiol Rev* 2003 ; 16 : 308 - 18

La tuberculose du sujet âgé

Par Nouredine ZIDOUNI

La prévalence de la tuberculose du sujet âgé de 65 ans et plus est variable selon la situation épidémiologique des pays concernés.

Dans les pays à prévalence élevée et moyenne, c'est-à-dire égale ou supérieure à 20 cas de tuberculose pulmonaire pour 100 000 habitants, cette maladie reste l'apanage de l'adulte jeune.

Cette tendance tend à s'inverser dans les pays à faible prévalence, inférieure à 20 pour 100 000 habitants, les sujets âgés de 65 ans et plus étant plus fréquemment atteints que les adultes jeunes, atteignant parfois le double de la fréquence observée en population générale.

Les mécanismes pathogéniques de la transmission de la maladie sont également variables selon la situation épidémiologique et la densité du réservoir infectant dans la collectivité.

Dans les pays à prévalence élevée et moyenne, les cas de tuberculose du sujet âgé sont surtout liés à la réinfection exogène, tandis que dans les pays à faible prévalence, il s'agit surtout d'une réactivation endogène, l'infection tuberculeuse étant ancienne, le passage à la maladie est tardif, lié à diverses circonstances de défaillance immunitaire.

Le diagnostic de la tuberculose est rendu difficile à cause de conditions particulières liées aux aspects inhabituels de la symptomatologie, de la radiologie, et de la fréquente comorbidité des cas observés.

En effet la comorbidité est retrouvée plus de 25% des cas de tuberculose des sujets âgés, la pathologie associée étant surtout d'origine cardiovasculaire, métabolique, rénale, dégénérative, voire néoplasique.

Cependant, le diagnostic de la tuberculose chez les sujets âgés doit obéir aux mêmes conditions que celle d'autres tranches d'âges, la confirmation bactériologique de la maladie doit être obtenue par la positivité de l'examen microscopique et/ou de la culture en cas de localisation pulmonaire.

En cas de localisation extra-pulmonaire, les autres critères de présomption sont similaires à ceux des autres catégories d'âges. Les régimes de chimiothérapie anti tuberculeuse recommandés par l'OMS et l'UICMR sont liés aux catégories de malades à traiter et non à l'âge, et sont appliqués par la plupart des programmes nationaux anti tuberculeux dans le monde.

Il faut noter que dans le cas des personnes âgées de 65 ans et plus, en raison de la comorbidité, la pathologie associée peut influencer le régime de chimiothérapie antituberculeuse.

Cependant l'adaptation est dans ces cas individuels, la modification du régime de chimiothérapie dûment motivée.

Les résultats de la chimiothérapie antituberculeuse sont équivalents à ceux observés pour les autres tranches d'âges et sont liés à la qualité de la chimiothérapie prescrite, à l'observance du traitement et à la surveillance des malades durant la période de traitement.

Poumon du sujet âgé

BPCO du sujet âgé : place des comorbidités

Melloni Boris

Service de Pathologie Respiratoire, CHU Limoges, France

Les études épidémiologiques ont montré que les patients BPCO présentent un excès de comorbidités, principalement cardiovasculaires. La sénescence en elle-même entraîne un déclin progressif de l'homéostasie induisant un risque augmenté d'inflammation pulmonaire, de stress oxydatif, et de réduction de l'activité télomérase ce qui provoque un déclin accéléré de la fonction pulmonaire. Les comorbidités sont présentes dans un tiers de la population adulte et augmentent en fonction de l'âge. Il est parfois difficile en pratique clinique de savoir si ces affections souvent associées sont indépendantes de la BPCO ou associées plus fréquemment avec les mêmes facteurs de risque. Peu de patients BPCO n'ont aucune comorbidité et on estime que 50% des patients ont 3 ou plus comorbidités associées. L'inflammation induite par le tabagisme peut entraîner l'apparition d'une pathologie coronarienne, d'une insuffisance cardiaque, d'une ostéoporose, d'une anémie, d'un cancer, d'une dépression ou d'un diabète. L'association BPCO et comorbidités aggrave les symptômes, altère la qualité de vie, et augmente les coûts de santé. Les patients BPCO qui présentent des affections cardiovasculaires ont plus d'exacerbations, plus d'hospitalisations et une mortalité accrue. Les facteurs de risque les plus souvent associés sont l'HTA, les dyslipidémies, le diabète et l'obésité. À l'inverse, la dénutrition pour certains patients induit un risque de mortalité dans la BPCO. L'anxiété et la dépression sont fréquentes chez les patients BPCO avec une prépondérance chez les femmes et chez les sujets âgés. Les comorbidités associées

diffèrent entre les femmes et les hommes avec plus d'ostéoporose et de dépression chez les femmes et plus de pathologie coronarienne chez les hommes. De plus, les patients âgés ont un risque accru d'effets secondaires induits par les médicaments utilisés dans la BPCO, surtout en cas de comorbidités extra-pulmonaires. Récemment, les études se sont portées sur la recherche de « cluster » ou groupes de comorbidités dans la BPCO, en fonction de leur présentation et du niveau de l'inflammation. Ces travaux permettent d'identifier des phénotypes très différents, sans relation nette avec le niveau d'inflammation entre les groupes.

En pratique, le clinicien doit rechercher ses comorbidités devant une BPCO mais à l'inverse doit penser à une BPCO devant ces affections fréquentes. L'évolution de la BPCO chez le sujet âgé est souvent compliquée de multiples comorbidités qui exigent un traitement et un suivi adapté. Les futures recommandations de pratique doivent permettre de détecter les comorbidités, de les prévenir et de les prendre en charge.

Références

1. Barnes P.J., Celli B.R. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur respir J* 2009 ;33 :1165-85.
2. Hanania N.A et al. COPD in Elderly Patient. *Semin Respir Crit Care Med* 2010;31:596-606.
3. Fabbri L.M. et al. How to integrate multiple comorbidities in guideline development/ Article 10 in integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc* 2012 ;9 :274-81.
4. Gracia-Olmao L et al. Comorbidity in patient with COPD in family practice : a cross sectional study. *BMC Family Practice* 2013 ;14 :11-19.
5. Vanfleteren L.E. et al. Clusters of Comorbidities Based on Validated Objective Measurements and Systemic Inflammation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013, 7 in press.

Aptitude Physique et Vieillesse

Christian Préfaut

Faculté de Médecine de Montpellier, Unité INSERM U1046

La question posée est de savoir comment l'aptitude physique, c'est-à-dire la capacité à accomplir un travail musculaire qu'il soit aérobie, résistant, technique..., est influencée par le vieillissement.

On détermine habituellement l'aptitude physique aérobie, celle nécessaire à la vie de tous les jours et qui permet aux sportifs pratiquant un sport d'endurance d'être au meilleur niveau. On la mesure au cours des tests d'exercice cardio-respiratoire, en particulier par la détermination de la consommation maximale d'oxygène ou VO_{2max} . En moyenne la VO_{2max} diminue de 10 % par décennie, toutefois cette réduction n'est pas homogène. En effet la VO_2 décroît de 8,3% de 40 à 50 ans mais de 23,2% de 70 à 80 ans, elle est alors chez ces sujets de 25 ml/min/kg de poids (versus 40 ml/min/kg chez un homme de 30 ans), c'est-à-dire encore au-dessus de ce qui est considéré comme le seuil de la dépendance c'est-à-dire 18ml/min/kg.

Lorsque l'on compare des sujets très entraînés aux sujets sédentaires la diminution de la VO_{2max} n'est que de 4 à 5% par décennie chez les premiers. Ceci implique que la sédentarisation explique environ la moitié des effets constatés, le vieillissement par lui-même n'étant la cause que de l'autre moitié de cette décélération avec l'âge. Chez les personnes physiquement actives la diminution de la VO_{2max} est d'abord la conséquence de la réduction de la fréquence cardiaque maximale avec l'âge, puis en particulier au-delà de 50 ans par une diminution de l'extraction musculaire de l'oxygène. Chez les personnes sédentaires l'ensemble des fonctions physio-

logiques est altéré est participe à la dégradation de la VO_{2max} , c'est-à-dire cliniquement à l'intolérance à l'effort. La reprise de l'activité physique dans ces populations sédentaires augmente l'espérance de vie de 30% c'est-à-dire de 4 à 5 ans. À noter que chez les malades chroniques par exemple les BPCO cette augmentation de l'espérance de vie peut être de 6 à 7 ans. L'explication cellulaire actuelle fait intervenir le rôle délétère du stress oxydant avec une diminution des défenses anti-oxydantes au cours du vieillissement. Cette réduction est favorisée par la régression de la voie métabolique des Sirtuins dont l'expression diminue avec l'âge. Toutefois, cette expression s'accroît spécifiquement avec la reprise de l'activité physique, mais aussi avec la restriction calorique. Lorsque l'expression des Sirtuins, et en particulier Sirt1, augmente on observe un accroissement des défenses anti-oxydantes et une réparation accrue de l'ADN. Lutter contre le vieillissement, afin d'obtenir une meilleure qualité de vie voire une augmentation de l'espérance de vie nécessite donc de pratiquer une activité physique. Tout médecin doit transmettre les recommandations internationales concernant ce sujet à ses patients, à ses amis, à sa famille... Ce conseil minimal en activité physique recommande de marcher 30 minutes par jour, 5 jours par semaine et de pratiquer un renforcement musculaire (10 à 15 répétitions sur 8 à 10 groupes musculaires) les 2 autres jours mais non consécutifs. Cette pratique permet de repousser l'âge de la perte d'autonomie de 10 à 15 ans.

L'antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO

Houria Haouichat

Service de pneumologie. Hôpital Central de l'Armée. Alger

Introduction

L'antibiothérapie est un traitement efficace dans les exacerbations de BPCO lorsqu'une infection bactérienne est à l'origine de ces exacerbations et lorsque l'antibiothérapie est adaptée en termes de choix de l'agent anti-infectieux, du dosage et de la durée du traitement. En l'absence de ces règles de bon usage des antibiotiques, elle peut poser de sérieux problèmes pour les patients qui peuvent être exposés au risque d'échec thérapeutique et d'effets secondaires des médicaments. Elle peut aussi avoir des répercussions globales en majorant le risque de résistance bactérienne et le coût de la prise en charge des patients BPCO.

L'infection bactérienne est une cause fréquente d'exacerbation de BPCO et la présence de bactéries a été mise en évidence dans 50% des cas. Ces bactéries ont également été isolées dans les bronches des patients BPCO à l'état stable, ce qui rend difficile en pratique la distinction entre la colonisation et l'infection bactérienne au cours d'une exacerbation.

Rôle des bactéries dans la colonisation et l'exacerbation de BPCO

• La colonisation bactérienne dans la BPCO à l'état stable

La colonisation bactérienne bronchique a été mise en évidence grâce à des études microbiologiques qui ont fait appel à des prélèvements distaux protégés pour éviter la contamination par la flore des voies aériennes supérieures. Ces prélèvements ont été réalisés dans trois groupes de sujets: les patients avec une BPCO à l'état stable, les fumeurs et les ex-fumeurs sans BPCO et des sujets sains. Ces études ont mis en évidence la présence de germes pathogènes dans le premier et le deuxième groupe alors que l'arbre trachéo-bronchique était parfaitement stérile chez le sujet sain. La fréquence d'isolement des germes était plus importante dans les BPCO modérées et sévères dans le premier groupe et chez le fumeur que chez l'ex-fumeur dans le deuxième groupe. La stérilité des voies aériennes inférieures chez le sujet sain est essentiellement liée à l'efficacité des moyens de protection locale du poumon avec en première ligne l'intégrité du tapis muco-ciliaire. Ce dernier subit des altérations chez le fumeur et les patients BPCO du fait des effets du tabagisme qui empêchent le transport des bactéries inhalées hors des voies aériennes inférieures favorisant la persistance des agents bactériens dans l'arbre trachéobronchique désignée sous le terme de colonisation. Les espèces bactériennes correspondant à cette colonisation bactérienne sont essentiellement représentées par l'hémophilus Influenzae non typable, le pneumocoque et moraxella catarrhalis. Pseudomonas Aeruginosa est un germe fréquent chez les patients BPCO sévères qui présentent des exacerbations fréquentes. Ces bactéries dans la BPCO à l'état stable auraient un rôle dans l'amplification de l'inflammation bronchique ce qui conduit à une aggravation de la fonction respiratoire et à l'amplification de l'inflammation systémique et de ses conséquences sur les autres organes en particulier sur le cœur. Cette hypothèse sur le rôle des bactéries dans l'aggravation de la BPCO à l'état de

base est confortée par la mise en évidence de taux plus élevés de polynucléaires neutrophiles dans l'expectoration bronchique et des marqueurs de l'inflammation IL8 ou TNF alpha chez les patients avec colonisation bactérienne comparés aux patients sans colonisation bactérienne.

• Les exacerbations de la BPCO

Dans les exacerbations, l'origine bactérienne est retrouvée dans au moins 50% des cas aussi bien chez les patients graves en unité de soins intensifs que chez les patients traités en ambulatoire. Les espèces rencontrées sont les mêmes que celles qui sont responsables de la colonisation à l'état stable, c'est-à-dire HI qui est le plus fréquent, puis le pneumocoque et moraxella catarrhalis. Ces trois germes représentent à eux seuls 85-90% des cas, le reste étant représenté par d'autres germes gram + et des germes Gram -, notamment Pseudomonas qui n'est retrouvé que dans les cas les plus graves en unité de soins intensifs. Les germes atypiques comme chlamydiae pneumoniae sont plus rares et sont retrouvées dans 5-10% des cas.

• Lien entre colonisation et infection dans les exacerbations

Les résultats microbiologiques précédents soulèvent la question du lien entre la colonisation et l'infection et de la pathogénèse de l'infection bronchique dans les exacerbations de BPCO. Grâce à la titration bactérienne dans les prélèvements bronchiques et à la biologie moléculaire, l'apparition d'une infection a été expliquée par deux mécanismes :

- une augmentation de la charge bactérienne déjà existante mais cette augmentation doit être suffisamment élevée pour aggraver l'inflammation et entraîner des symptômes (seuil proposé de plus de 10^5 ufc/ml),
- acquisition d'une nouvelle souche bactérienne secondaire à une modification de la structure antigénique de la souche initiale. Celle-ci stimule la réponse immune en produisant de nouveaux AC hautement spécifiques à l'origine d'une amplification de la réponse inflammatoire locale jusqu'à l'apparition de symptômes et de phénomènes inflammatoires systémiques. L'infection et l'inflammation interagissent donc en créant un cercle vicieux dans lequel l'affaiblissement des défenses du poumon favorise la colonisation et l'infection bactérienne qui majorent à leur tour l'inflammation bronchique entraînant ainsi des lésions tissulaires aggravant la défaillance des défenses locales.

Distinction entre colonisation et infection

La colonisation ne s'accompagne généralement pas de réponse immune (IgG), mais comme l'infection elle peut s'accompagner d'une expectoration purulente qui est liée à la présence de la myeloperoxydase issue des polynucléaires neutrophiles et des monocytes pro-inflammatoires. La concentration en myeloperoxydase est cependant plus élevée dans l'infection que dans la colonisation donnant à l'expectoration une coloration plus foncée voire franchement verdâtre. Cette coloration des crachats est corrélée au nombre de polynucléaires neutrophiles, aux ré-

► Exacerbation de la BPCO

sultats des examens bactériologiques (ED et culture) et au taux de marqueurs pro-inflammatoires. En l'absence d'examens microbiologiques et biologiques, l'échelle colorimétrique des crachats est un moyen fiable qui permet de faire la différence entre les crachats purulents qui nécessitent des antibiotiques et les crachats mucoides pour lesquels l'antibiothérapie n'est pas utile. L'antibiothérapie basée sur la purulence des crachats a été rapportée par Anthonisen en 1987 qui avait montré que les antibiotiques n'étaient efficaces que chez les patients avec les trois signes cardinaux (ou critères d'Anthonisen) et à moindre degré ceux qui avaient deux critères sur trois. La différence entre les antibiotiques et le placebo n'était pas significative en présence d'un seul critère seul ou associé à des sibilants, à une toux, à des signes ORL ou à une fièvre qui est présente aussi bien dans les infections virales que dans les infections bactériennes.

Des études plus récentes ont montré que les critères d'Anthonisen ne résumaient pas à eux seuls les indications de l'antibiothérapie dans l'EABCO et que d'autres facteurs doivent être pris en compte. Soler a en effet montré que l'expectoration franchement purulente était le symptôme le plus informatif sur l'origine bactérienne de l'exacerbation et de la nécessité d'une antibiothérapie avec une VPP de 77% et une VPN de 88% en prenant comme critère la culture positive du prélèvement distal protégé. Mais il montre aussi qu'il existe d'autres facteurs prédictifs d'une infection bactérienne des VAI comme un VEMS < 50%, plus de 4 exacerbations dans l'année précédente et un ATCD d'hospitalisation pour exacerbation dans les 3 années précédentes.

Par ailleurs, l'efficacité de l'antibiothérapie par rapport au placebo dans les exacerbations modérées à sévères a été démontrée dans une méta-analyse récente publiée en 2011 qui conclut à une efficacité de l'antibiothérapie exprimée par une réduction de 77% de la mortalité, de 53% des échecs thérapeutiques et de 44% de la purulence des crachats. Ces résultats sont indépendants de la nature de l'antibiotique.

Choix de l'antibiotique

Le choix de l'antibiotique suscite des débats à l'intérieur des sociétés savantes qui sont toutes d'accord pour prendre en considération en plus de la probabilité clinique de l'infection bactérienne et de la sévérité de la BPCO de l'état stable évaluée par la dyspnée et le VEMS, d'autres facteurs considérés comme des facteurs de risque de récurrence d'exacerbation qui sont un VEMS < 35%, une hypoxémie de repos < 60 mmHg, une corticothérapie systémique au long cours, des comorbidités et des antécédents de pneumonie auxquels il faut rajouter le profil de résistance bactérienne aux antibiotiques. Ce dernier facteur avec la disponibilité des différents agents anti-infectieux peuvent expliquer les différences dans les recommandations d'un pays ou d'un groupe de pays à l'autre.

La microbiologie évolue avec la sévérité du trouble obstructif et reste dominée dans les BPCO sévères d'une part par le pneu-

mocoque et l'hémophilus influenzae et d'autre part par Pseudomonas Aeruginosa avec les autres Gram – et entérobactéries conduisant à prescrire dans cette catégorie de patients des ATB à large spectre et des ATB de nouvelles génération. Il faut cependant tenir compte de la résistance bactérienne locale ainsi que de la disponibilité et du coût des antibiotiques. C'est en effet ce que résume les dernières recommandations internationales et notamment de la SPLF qui ne préconise une antibiothérapie qu'en cas de purulence franche de l'expectoration dans les stades 1, 2 et 3 de la BPCO associé à une dyspnée et/ou une augmentation du volume des exacerbations. L'antibiotique de choix sera l'amoxicilline ou un macrolide par exemple mais on peut se poser la question de savoir s'il faut abandonner dans notre pays le cotrimoxasole ou la doxycycline qui ont la preuve de leur efficacité dans les études cliniques. En cas de facteurs de risque, le recours aux ATB à large spectre est nécessaire avec l'amoxicilline-acide clavulanique en première intention, les C3G IV et les C2G PO. Les nouvelles fluoroquinolones en particulier la lévofloxacine qui bien que plus coûteuse, ont un rapport risque/bénéfice plus élevé en terme de réduction de la fréquence des exacerbations et du prolongement du délai de la prochaine exacerbation. Leur utilisation en première intention est cependant limitée.

Références

- Wedzicha JA, Donaldson GC. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Care*. 2003; 48:1204-13
- Beasley V, Joshi PV, Singanayagam A, Molyneux PL, Johnston SL, Mallia P. Lung microbiology and exacerbations in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2012;7:555-69
- Monso E, Ruiz J, Rosell A, Manterola J, Fiz J, Morera J, Ausina V. Bacterial infection in chronic obstructive airways disease: a study of stable and exacerbated patients using the protected specimen brush. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:1316-1320.
- Wedzicha JA. Antibiotics at COPD exacerbations: the debate continues. *Thorax* 2008;63:940-942
- Soto FJ., Varkey B. Evidence-based approach to acute exacerbations of COPD. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 2003, 9:117-124
- Sethi S, Evans N., Grant B.J.B., Murphy T.F. New Strains of Bacteria and Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease *N Engl J Med* 2002; 347:465-471
- Woodhead M. et al. Joint Taskforce of the European Respiratory Society and European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Clin Microbiol Infect* 2011; 17
- Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, Hershfield ES, Harding GK, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med*. 1987 ;106:196-204
- Stockley RA et al: Relationship of sputum color to nature and outpatient management of acute exacerbations of COPD. *Chest* 2000; 117:1638-1645
- Soler N, Torres A, Ewig S, et al. Bronchial microbial patterns in severe exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) requiring mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157:1498-1505.
- Monso E, et al., *Am J Respir Crit Care Med*, 1995;152
- Nouis S, Marghli S, Belghith M, Besbes L, Elatrous S, Abroug F. Once daily oral ofloxacin in chronic obstructive pulmonary disease exacerbation requiring mechanical ventilation: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2001 ; 15; 358:2020-5.

La grippe : maladie paradoxale ; maladie déconcertante

R.BENALI

Pneumo-phtisiologie Annaba

La grippe est une maladie paradoxale : la transmissibilité, la variabilité génomique et l'adaptabilité du virus font qu'elle change de mode évolutif, d'expression et de virulence d'une saison à l'autre et d'une maladie bénigne "coup de froid", elle devient "la grande faucheuse". En septembre 2008, selon l'OMS : 387 cas de grippes dues au virus H5N1; 245 cas de décès.

L'épidémie de 1917, «grippe espagnole», est le «gold standard» pour tout étude épidémiologique et virologique de la grippe. Après 1918, le virus a poursuivi son évolution chez l'homme puis a disparu de l'espèce humaine début 1960 pour réapparaître vers 1977.

La grippe est une maladie déconcertante. En effet, après l'implantation du virus dans le règne animal (aviaire, porcin), il y a une émergence d'un virus comportant des gènes du monde animal et des gènes humains.

La survenue du changement génomique a coïncidé avec le changement climatique, le changement populationnel et le changement de mode de vie (urbanisation intensive, globalisation). Les moyens de luttés se résument en moyens physiques (protection), chimique (médicaments) et immunogéniques.

Dans ce contexte, Nous nous sommes posé la question sur les mesures à prendre lors d'une éclosion d'un foyer de grippe ?

Nous avons réalisé une recherche bibliographique autour des mots : influenza ; swine influenza ; vaccination grippale, pharmacothérapie, antiviraux.

Dans le but d'esquisser des recommandations de pratique clinique.

Les Systèmes d'Inhalation : avantages et inconvénients

Jean François Dessanges

Cochin Paris

Le développement des systèmes d'inhalation des broncho-dilatateurs et des corticoïdes a beaucoup participé à une meilleure prise en charge de l'Asthme et de la BPCO, cependant l'amélioration des patients dépend, certes, du médicament mais aussi du dispositif et de la manière avec laquelle le patient va utiliser son aérosol doseur (AD) ou son dispositif d'inhalation de poudre sèche (DPIS)

- Les Aérosols Doseurs (A D) ou Sprays

Le premier AD a été inventé en 1956 par le Dr Maisin qui utilisait des CFC, comme gaz propulseur. Ce premier AD permettait aux patients de se libérer des appareils de nébulisation, cependant la difficulté de coordonner main-poumon est rapidement apparue. Pour s'affranchir de ce problème diverses solutions ont été développées : prolongateurs, chambres d'inhalation et système auto déclenchés type Autohaler®. Un nouveau type d'AD est arrivé : le RespiMat®. Sa technologie se caractérise par l'absence de gaz propulseur, le médicament en solution est comprimé par un puissant ressort. L'aérosol est émis à faible vitesse et plus longtemps qu'avec un AD classique ce qui permet une meilleure inhalation chez les mauvais coordonnateurs.

Après l'arrêt des CFC (trou d'ozone !?) les AD ont changé de gaz propulseur en utilisant les HFA qui améliorent l'inhalation par réduction de la vitesse d'émission et par augmentation de la proportion de particules fines. Malgré ces améliorations, l'industrie pharmaceutique a développé les dispositifs d'inhalation de poudre sèche (DPIS) qui s'affranchissent de la difficulté de coordonner Main-Poumon.

- Les Dispositifs d'Inhalation de Poudre Sèche (DPIS)

Avec les AD, la coordination Main-Poumon étant considérée comme l'obstacle majeur à une bonne inhalation, les DPIS contournent ce problème : l'inspiration du patient permet l'émission et le dépôt de l'aérosol. La quantité de médicament, pour être efficace, dépend du débit inspiratoire et de la taille des particules émises. La plupart des DPIS préconisent un débit inspiratoire de l'ordre de 30 à 40 L/min. Certains dispositifs, comme le Turbuhaler®, nécessitent un débit rapide, 60 L/min, lors du début de l'inspiration ce qui facilite la désagrégation en fines particules de l'aérosol généré.

Comme les AD, les DPIS présentent des avantages : ils sont petits, rapidement utilisables et leur prix est beaucoup moins élevé que les nébuliseurs mais plus cher que les AD. Avec les DPIS le patient n'a plus besoin d'agir dans la précipitation car c'est son inspiration qui libère l'aérosol et non le fait d'appuyer sur l'AD et de synchroniser l'inspiration.

Les DPIS présentent aussi des inconvénients, un temps d'apprentissage est nécessaire mais moins long que pour les AD. On note aussi un dépôt oropharyngé plus important qu'avec les AD et parfois, pour les dispositifs avec gélules, certains patients peuvent confondre la voie orale et la voie inhalée !

- Les Nébuliseurs

Pour les patients incapables d'utiliser les AD ou les DPIS et aussi dans les situations d'urgence ex : crise d'asthme sévère, les nébuliseurs sont largement utilisés. Ils ont l'avantage de produire un aérosol en continu ce qui contourne efficacement la non coopération du patient ; mais cette technique a aussi beaucoup d'inconvénients : ils nécessitent temps de préparation, des risques de contaminations, un nettoyage soigneux et un temps de traitement beaucoup plus long. Il faut aussi tenir compte de l'encombrement pour le transport, du bruit du compresseur et surtout du prix !

En conclusion : avec les AD et les DPIS, une Education Thérapeutique est nécessaire. Pour une meilleure inhalothérapie les praticiens doivent passer un certain temps avec leurs patients afin de leur expliquer la bonne utilisation de leur dispositif. Il a été constaté que la meilleure prise en charge était la somme de « Explication+Mode d'Emploi+Démonstration »...et encore meilleure, si à chaque visite : il y avait un contrôle de la technique du patient !!!

Références

- M.W.Sims Chest 2011 ;140 :781-788
- K.R.Chapman et al Eur Respir Rev 2005 ;14 :96.117-122
- P.Devillier Rev Mal Respir 2011 ;28 :1340-1356

COMMUNICATIONS ORALES

COMMUNICATIONS ORALES 1

Epidémiologie de l'asthme dans la Wilaya d'Alger

R. Khelafi, F. Skander

Introduction : La prévalence de l'asthme dans la population générale de la Wilaya d'Alger a été analysée dans le cadre d'une étude plus vaste sur la consommation de tabac et de la santé respiratoire.

Méthode : Il s'agit d'une étude par questionnaire réalisée au niveau des ménages sur un échantillon aléatoire à 3 degrés (la commune, le district, le ménage). Elle a intéressé tous les occupants des ménages âgés de 11 ans et plus, soit 234 jeunes âgés de 11-14 ans et 2166 adultes âgés de 15 ans et plus. Les personnes âgées de plus de 21 ans (1800) ont bénéficié d'une spirométrie.

Résultats : La prévalence de l'asthme est de 4,7% chez les 11-14 ans et de 5,9% chez les sujets plus âgés. La différence en fonction du sexe n'est observée que chez les 15 ans et plus, avec une prévalence plus importante chez les femmes (7,5% contre 4,5%) ($p < 0,03$), alors qu'elle est de 4,8% chez les garçons et 4,6% chez les filles. La fréquence de l'asthme diminue avec l'âge dans les deux sexes. Les 11-14 ans asthmatiques sont non fumeurs, alors que les plus âgés ont une consommation non négligeable. Les femmes asthmatiques sont aussi souvent fumeuses qu'au niveau de la population générale (6,3% contre 6,6%) alors qu'une différence significative est observée chez les hommes (28% contre 35,4%) ($p < 0,02$). L'obstruction bronchique évaluée par spirométrie est retrouvée chez 6,9% des asthmatiques âgés de plus de 21 ans. Le taux de patients traité est de 82% chez les jeunes et 71,3% chez les adultes. Parmi les patients traités, le traitement de fond est prescrit chez 77,8% des enfants et 35,9% des adultes.

Conclusion : La prévalence de l'asthme dans la wilaya d'Alger, a augmenté cette dernière décennie aussi bien chez les jeunes (3,6% contre 4,7%) que chez les adultes (3,4% contre 5,9%), l'obstruction bronchique qui reflète la sévérité de l'asthme est rare et le traitement de fond est plus fréquemment prescrit chez les jeunes que chez les adultes.

Gravité des exacerbations sévères de BPCO

F. Oussedik, R. khelafi. F. skander

Introduction : Les exacerbations de BPCO sont des événements de gravité variable compliquant le cours évolutif de la maladie. Ils sont un motif fréquent de consultation en urgence. Lorsqu'ils sont sévères, la prise en charge en milieu hospitalier s'impose. A long terme, ces épisodes entraînent, de part leur fréquence et leur gravité, la progression de la maladie et sont à l'origine d'une morbidité non négligeable.

Matériel et méthodes : Entre janvier 2009 et décembre 2011, 138 patients sont hospitalisés pour exacerbations sévères de BPCO. Ils présentaient tous des signes de gravité cliniques et/ou gazométriques.

L'analyse des données s'est faite de manière rétrospective à partir des dossiers d'hospitalisation.

Résultats : Les patients étaient tous âgés de plus de 45 ans avec une moyenne d'âge de 70 ans quasiment identique dans les 2 sexes. Les hommes étaient dans la moitié des cas âgés de plus de 65 ans. Les femmes étaient beaucoup plus âgées (75ans dans 56% des cas). 90% des patients avaient une BPCO diagnostiquée et traitée antérieurement avec des notions d'hospitalisations pour 42% d'entre eux. L'exacerbation a révélé l'existence d'une BPCO chez 35,7% des femmes et 9,5% des

hommes. 30,4% des patients étaient des exacerbateurs fréquents. Quant aux co-morbidités, elles sont essentiellement cardiovasculaires dominées par l'hypertension artérielle (44%). Tous les patients avaient des signes de gravité cliniques et gazométriques telles que l'hypoxémie et l'hypercapnie sévère $> 50\text{mmHg}$ dans 47% des cas. L'infection bronchique était la principale cause d'exacerbation avec une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours avec une mortalité intra hospitalière de 18%. Celle-ci était liée à l'insuffisance respiratoire aigue.

Conclusion : La BPCO est souvent diagnostiquée à l'occasion d'une exacerbation plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. La gravité de ces événements est en général liée à l'âge et aux co-morbidités surtout cardiovasculaires.

Particularités de la BPCO chez la femme, rôle de la biomasse. A propos de 32 cas

A. Chohra, W. Chaibi, F. Choubane, MF. Louahem

La Broncho-pneumopathie chronique obstructive «BPCO» est un réel problème de santé public dans le monde et en Algérie, son stéréotype est souvent l'homme tabagique, cependant la pollution domestique représentée par la biomasse (NO_2 , SO_2 , CO ...) est établie comme facteur causal surtout chez la femme.

Objectifs :

- Préciser le degré de sous-diagnostic de la BPCO dans la population étudiée.

- Impact de la biomasse dans la genèse de la BPCO.

- Difficultés de la prise en charge de la BPCO chez la femme.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective monocentrique portant sur 32 femmes hospitalisées dans notre service pour exacerbation d'une BPCO (connue, méconnue). Les paramètres étudiés étaient : l'âge, les habitudes toxiques, les antécédents médicaux, le diagnostic initial, traitement antérieur, cause d'exacerbation, traitement, évolution, stade de la BPCO, niveau de sédentarité, compréhension de la maladie.

Résultats : L'âge moyen était de 66 ans. Les principales co-morbidités étaient l'obésité dans 20 cas, cardiopathies (hypertensive et ischémique) dans 18 cas, diabète sucré dans 12 cas et 05 cas de maladie thromboembolique. L'exposition à la fumée de bois domestique (biomasse) était présente et précisée dans 27 cas, un tabagisme passif était présent dans 8 cas et actif dans 1 cas. Le diagnostic initial à l'admission était un asthme bronchique dans 15 cas, BPCO dans 6 cas et non étiquetés dans 11 cas. Le traitement initial était à base d'association fixe (ctc et B2 LDA) chez 18 cas, B2 LDA seuls chez 4 cas et de B2 CDA à la demande seuls chez 3 cas.

16 patientes disent avoir eu recours aux urgences au cours de l'année précédente pour gêne respiratoire.

La cause de l'exacerbation était infectieuse dans la plus part des cas, et sur embolie pulmonaire dans 2 cas.

Le traitement en urgence était à base d'oxygénothérapie, de B2 CDA en nébulisation, corticoïdes par voie générale en courte cure, et d'antibiothérapie adaptée.

L'évolution était favorable dans la majorité des cas, cependant 2 décès ont été enregistrés après transfert en unité de soins intensifs. Après spirométrie à l'état stable, La BPCO était confirmée puis classée GOLD II : 11 cas, GOLD III : 12 cas, GOLD IV : 04 cas (3 femmes n'ont pas pu réaliser d'EFR). La compréhension de la maladie et ses principes thérapeutiques était présente chez uniquement 3 femmes. Toutes les femmes de notre série étaient sédentaires et une activité physique même modérée (marche 30 min/jour) n'était pas envisageable chez elles.

Conclusion : La BPCO chez la femme reste une maladie largement sous diagnostiquée, due dans la majorité des cas à une longue exposition à la biomasse qu'il faudra rechercher systématiquement.

Une prise en charge optimale passe obligatoirement par une prise de conscience de cette maladie, une éducation thérapeutique adéquate et une réhabilitation adaptée au contexte social.

Évaluation de la prise en charge des BPCO : audit de pratique clinique

M.A. Bennani, F.Z. Drissi, S. Kebbaty, K. Machou, K. Khemas, A. Messaoud, M. Guermaz

La prise en charge des BPCO reste préoccupante et insuffisante malgré la diffusion des recommandations. Sa morbidité est en augmentation constante.

Objectifs : évaluer la prise en charge des patients BPCO en pratique clinique.

Méthode : audit réalisé à l'aide d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des médecins pneumologues (MP) et aux médecins généralistes (MG) du nord l'ouest Algérien prenant en charge les BPCO.

Résultats : deux cent soixante huit praticiens ont participé à cette enquête, 194 généralistes et 74 pneumologues avec un taux de réponse respectif de 46 et 74%. Le statut fumeur ou non fumeur est recherché systématiquement à chaque consultation par 70% des MG et 95% des MP. 25% des MG et 13% des MP dépistent la BPCO à partir de l'âge de 50 ans. La toux et l'expectoration chez les fumeurs sont recherchées systématiquement par 69% des MG et 74% des MP. La dyspnée est recherchée systématiquement par 57% des MG et 78% des MP. Seulement 20% des MG et 51% des MP utilisent Les échelles d'évaluation de la dyspnée. Le DEP est utilisé comme outil de dépistage de la BPCO par 25% des MG et 43% des MP. L'accès à la spirométrie est facile pour 20 % des MG et 85% des MP. 40% des MG et 80% des MP demandent régulièrement une spirométrie pour le suivi des patients. En pratique le diagnostic de la BPCO repose sur les symptômes seuls chez plus des 1/3 des MG. Uniquement 38 % des MG et 68% des MP utilisent les guides pour la prise en charge des BPCO. Les nouveaux cas de BPCO sont dépistés dans 50% des cas au cours d'une exacerbation. Les co-morbidités liées à la BPCO sont recherchées systématiquement par 44% MG et 69% MP. Tous les praticiens déclaraient ne jamais évaluer l'impact de la BPCO sur La sexualité des patients. L'anxiété est recherchée par 76% des MG et 73% des MP. La dépression est recherchée par 56 % des MG et 55,4% des MP. L'activité physique est conseillée systématiquement par 36% des MG et 42% des MP. La vaccination antigrippale est recommandée systématiquement par 57% des MG et 65% des MP. 22% des MG et 8% des MP prescrivent une corticothérapie per os au long cours en association aux LABA chez les patients avec exacerbations fréquentes.

Évaluation combinée des BPCO selon les recommandations GOLD version 2011

F.Z. Drissi, M.A. Bennani, S. Kebbaty, M. Messaoud, F. Mehdi, M. Guermaz

Le comité GOLD propose une nouvelle classification prenant en compte les symptômes, les exacerbations, en addition à l'évaluation spirométrique conduisant à une formulation nouvelles des recommandations thérapeutiques.

Objectifs : Évaluer le profil des patients BPCO selon les recommandations GOLD 2011

Méthode : Étude observationnelle transversale réalisée d'avril à aout 2012 dans un service de pneumologie

Résultats : 102 patients de sexe masculin ont été inclus (âge moyen 60 ± 11 ans, 29 % > à 70 ans). 23 % étaient des fumeurs actifs. 36% % avaient au moins 2 comorbidités, essentiellement de type cardiovasculaires et métaboliques. 39% avaient plus de symptômes avec un mMRC ≥ 2 . 41% des patients ont présenté ≥ 2 exacerbations au cours de l'année précédente, au total : 29% était en catégorie A, 18% en catégorie B, 28% en catégorie C, 25% en catégorie D. Si la réhabilitation et le maintien de l'activité physique était prescrit chez les mêmes patients sans changement notable, un réajustement thérapeutique pour les catégories C et D était en faveur de l'association CSI et β -2 LDA chez 12% des patients initialement traité par β -2 LDA seul.

Conclusion : cette nouvelle évaluation combinée intégrant en plus les symptômes, les exacerbations et les comorbidités a conduit à une prise en charge plus optimisée et adaptée au retentissement clinique de la maladie.

Peut-on parler de contrôle dans la BPCO ?

F. Atoui, R. Yakoubi, F. Khalloufi, R. Benali

La BPCO est une maladie chronique globale, générale, à expression pulmonaire dont l'évolution est rythmée par des poussées d'exacerbations. Malgré les progrès scientifiques accomplis ces dernières années, le paradoxe est que la BPCO continue à être méconnue et sous-évaluée par le médecin, par le patient lui même et par l'opinion publique. Les prévisions pour le futur sont une augmentation graduelle de la maladie et de la mortalité, due à la persistance de l'habitude de fumer, à l'accroissement de la moyenne d'âge de la population et du risque de pollution ambiante.

Informations et préventions des facteurs de risque, diagnostics précoces et traitements adaptés aux plus récents acquis scientifiques, éducation du patient et de la famille, réhabilitation et continuité de l'assistance sociale et sanitaire sont aujourd'hui les pivots pour contrecarrer les conséquences de la maladie en terme de survivance, de qualité de vie et de coûts socioéconomiques. La mortalité et le fardeau socio-économique de la BPCO, associés aux souffrances individuelles, mettent ainsi en relief la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge efficiente. En matière de BPCO, différentes variables fonctionnelles peuvent prédire l'amélioration symptomatique, d'autres critères seront eux, prédictifs de déficience.

Au final, existeraient-ils des paramètres sur lesquels il nous serait possible d'établir un « contrôle » de la BPCO ? C'est ce que nous allons essayer d'analyser au cours de cet exposé.

Les broncho-pneumopathies obstructives professionnelles, un diagnostic sous estimé

N. Liani, N. Akif, MA. Lamara,

Introduction : Même si le tabagisme est de très loin la première cause de broncho-pneumopathies chroniques obstructives, il importe de faire connaître et d'explorer les autres causes de BPCO et notamment professionnelles.

Objectif : Faire une mise au point sur les broncho-pneumopathies professionnelles qui concerne de nombreux secteurs.

Méthode : Une synthèse des connaissances actuelles fut réalisée à partir de données bibliographiques.

Résultats : Les secteurs professionnels où l'existence d'une relation de causalité était le mieux établie sont l'industrie minière, l'industrie du textile, le milieu céréalier, l'élevage des porcs et la production

laitière. Les principales nuisances étaient la silice, la poussière de charbon les poussières de céréales et les endotoxines.

Discussion : L'existence d'un lien de causalité entre l'exposition à certaines nuisances professionnelles et la survenue des broncho-pneumopathies obstructives n'est admise par la communauté scientifique que depuis 1978. Ainsi de nombreuses études épidémiologiques mettent en évidence un lien entre facteurs professionnels et broncho-pneumopathies chronique obstructive (BPCO). Cependant l'estimation de la proportion de BPCO imputable au travail varie beaucoup d'une étude à l'autre. Pourtant, compte tenu de la prévalence élevée de la BPCO, il s'agit d'un enjeu important en termes de prévention et de santé publique de façon plus générale.

Conclusion : Estimer la part professionnelle des BPCO est effectivement très intéressant compte tenu des enjeux que cela représente en termes de santé publique ; cette part est très certainement sous-estimée actuellement quand elle n'est pas ignorée par les cliniciens du fait de la part prédominante du tabac comme facteur étiologique. Une surveillance régulière des travailleurs exposés à un risque identifié est nécessaire pour dépister au plus tôt les affections bronchiques chroniques, à un stade où, en l'absence de lésions anatomiques irréversibles, des mesures de protection efficaces ou un changement de poste de travail sont susceptibles de permettre une guérison complète.

Applicabilité de l'enquête «Burden of Lung Disease Initiative» (BOLD) à Annaba

H. Cherkaski, F. Atoui, A. Bencheikh, L. Gnatiuc, R. Benali

Introduction : En Algérie, la rareté des données épidémiologiques en matière de BPCO constitue un obstacle majeur à une prise en charge efficiente. Aussi, La connaissance préalable de l'ampleur du problème posé par cette affection constitue un vrai besoin de santé pour une stratégie de prise en charge adaptée. C'est dans cet esprit que l'équipe de pneumologie de la Faculté de Médecine d'Annaba participe à une enquête transversale multicentrique, internationale: Burden of Lung Disease Initiative (BOLD). Elle a pour but de mesurer dans la population générale l'ampleur du problème de santé que constitue la BPCO, ainsi que d'identifier ses principaux déterminants.

Objectifs :

- Evaluer la faisabilité de l'enquête BOLD dans le contexte algérien,
- Impliquer le personnel médical du service de Pneumologie dans un processus de Recherche.

Moyens :

- Protocole standardisé BOLD : enquête de prévalence de la BPCO chez 600 adultes âgés de plus de 39 ans. Ceux-ci ont été invités à répondre à des questionnaires et ont bénéficié d'une spirométrie avant et après inhalation de bêta2-mimétiques. Le recrutement des participants s'est fait par échantillonnage aléatoire « en grappes ».
- Centre de coordination: National Heart and Lung Institute (Londres).
- Formation : centrale du coordinateur et locale des enquêteurs.
- Démarches administratives et éthiques.
- Supports : plan communal, questionnaires BOLD, spiromètres électroniques.
- Contrôle de qualité des spirométries.
- Questionnaires pour les enquêteurs.

Résultats : Les problèmes et les contraintes inhérents à l'applicabilité de l'enquête BOLD à toutes ses étapes ont été identifiés : échantillonnage, visites des ménages, acceptabilité, contrôle de qualité, transfert des données.

Les résidents enquêteurs ont souligné l'intérêt pédagogique.

Conclusion : Par ce travail, nous démontrons qu'une enquête populationnelle, auprès des ménages, est parfaitement faisable dans notre contexte. De plus, ses impacts, tant sur le plan sanitaire que formatif, sont positifs.

Analyse de la mortalité imputable aux pneumonies dans le service de pneumophtisiologie du CHU de Tizi-Ouzou

N. Hammache, D. Hacid, M.S. Messadi

Certaines pathologies respiratoires sont grevées d'une mortalité considérable, telles que le cancer bronchique, les insuffisances respiratoires chroniques mais aussi les pneumonies survenant sur un terrain particulier, riche en comorbidités surtout chez le sujet âgé. Notre étude a pour d'objectif d'estimer la mortalité imputable à la pneumonie et d'en déterminer les facteurs de risque.

Il s'agit d'une étude rétrospective des décès survenus pendant la période allant de Janvier 2004 à Octobre 2012 (9 ans). Sur 6668 patients au status vital connu à la fin de la période d'hospitalisation, 236 patients sont décédés en 9 ans soit une prévalence de 2,44%. La mortalité chez les patients admis pour pneumonie représente 6%, ce qui rejoint les données récentes portants sur des malades hospitalisés rapportant 4 à 21% pour les uns et entre 5 à 15% pour les autres. En dehors de la pathologie cancéreuse, la mortalité globale est de 3,2% avec 17% des décès imputables à la pneumonie. Une prédominance du sexe masculin est notée avec 2/3 des décès.

Plus de 80% sont âgés de plus de 60 ans dont près d'1/3 ont plus de 80 ans. Pour ce qui est de l'imputabilité, la cause est multifactorielle ; elle est en grande partie imputable à l'âge avancé, à la complication de la tare associée et le délai entre l'apparition de la pneumopathie et l'instauration d'une antibiothérapie curative.

Le diagnostic de pneumonie est retenu sur des arguments cliniques radiologiques et parfois biologiques ; mais cela ne suffit pas car l'absence d'un diagnostic de certitude, notamment bactériologique mais surtout l'absence d'une expertise médico-légale rend difficile la confirmation avec certitude de l'étiologie infectieuse.

COMMUNICATIONS ORALES 2

Etiologies des pleurésies hémorragiques et place de la pleuroscopie médicale dans le diagnostic étiologique

K. Sahraoui, B. Ziane, Y. Berrabeh

Introduction : les pleurésies séro-hématiques ou hémorragiques (PSH-PH) sont assez fréquentes en pratique courante et leurs fréquences augmentent avec l'âge. Dans les pays développés et en Afrique leurs étiologies sont dominées par la pathologie maligne plus particulièrement le cancer métastatique, lorsque l'atteinte maligne primitive est identifiée elle est habituellement représentée par le cancer bronchique chez l'homme et les cancers génito-mammaires chez la femme.

Objectif : Le but de ce travail est non seulement de préciser les principales étiologies des pleurésies séro-hématiques et hémorragiques chez les sujets âgés et de les comparer avec celles habituellement décrite dans la littérature médicale ; mais surtout de préciser l'apport de la pleuroscopie médicale comme un moyen de diagnostic sûr, Simple et fiable.

Patients et méthodes : Une étude rétrospective portant sur l'analyse de 78 dossiers des patients âgés entre (60-90) ans hospitalisés dans le service cours de la période allant de janvier 2008 à mai 2012, les paramètres analysées : cliniques biologiques radiologiques endoscopiques ainsi que les étiologies de ces pleurésies hémorragiques.

Les résultats : les Pleurésies hémorragiques chez les sujets âgés représentent 8% de l'ensemble des épanchements pleuraux liquidiens identifiés. Leurs étiologies sont dominées par le cancer qui occupe le premier rang avec 66,6 %. Il s'agit dans la majorité des cas de métastases dont le siège primitif demeure inconnu dans 25% des cas. Vient ensuite la pathologie infectieuse avec 29% des cas. L'enquête étiologique a été infructueuse dans 5% des cas.

La nature maligne des pleurésies a été confirmée par l'examen cytologique du liquide pleural et l'examen anatomo-pathologique des fragments de biopsie (biopsie pleurale à l'aveugle-biopsie sous pleuroscopie) Toutefois certaines pleurésies survenues chez des patients déjà porteurs d'un carcinome connu ont été considérées comme des métastases, en l'absence de toute preuve histologique formelle. La certitude diagnostique de la tuberculose a été apportée par la présence de follicules tuberculeux à l'examen anatomopathologique.

Les tumeurs médiastinales à propos de 29 cas

N. Hadjer, S.A. Lehachi, S. Abderrahim, L. Nacef, O. Saighi

Introduction : Les tumeurs médiastinales (bénignes ou malignes) sont rarement observées en pratique pneumologique courante, posant parfois un problème de diagnostic.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 29 cas de tumeurs médiastinales (TM) recensées en 6 ans (2006-2011).

Résultats : Les TM n'ont représenté que 0.7% de l'ensemble des hospitalisations atteignant les deux sexes : 15 cas chez les femmes et 14 cas chez les hommes. La tranche d'âge 15-34 ans est la plus concernée. Les TM sont symptomatiques dans 96.5% des cas ; les symptômes sont polymorphes dominés par la toux sèche et la dyspnée d'effort. L'examen clinique a retrouvé 14 cas d'adénopathies périphériques associées, 7 cas de syndrome pleural et 6 cas de syndrome cave supérieur. Radiologiquement le médiastin antérieur est concerné dans 96.5% des cas ; l'atteinte médiastinale seule s'observe dans 51.7%.

La preuve histologique est obtenue dans 51% par ponction-biopsie transpariétale scanno-guidée suivie de la biopsie exérèse d'un ganglion périphérique (20%). Le lymphome malin non hodgkinien est le plus fréquemment observé (48%).

Sur le plan thérapeutique 22 patients ont été confiés en hématologie, 6 patients ont été opérés et 1 patient décédé.

Conclusion : Les tumeurs médiastinales sont rares, l'étiologie maligne est la plus fréquente.

La sarcoïdose médiastino-pulmonaire : expérience d'un service sur 5 ans

S. Abderrahim, N. T. Benhadj, N. Hadjer, K. Kheloui, O. Saighi

Introduction : La sarcoïdose est une maladie granulomateuse diffuse d'étiologie inconnue, ayant une prédilection pour l'appareil respiratoire.

Objectif : Etude du Profil radio-clinique des sarcoïdoses hospitalisées, des modes de diagnostic ainsi que de l'évolution de la maladie.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers de patients admis à l'hôpital comportant 32 cas colligés du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2011.

Résultats : Une nette prédominance féminine a été notée (90,6%). La femme de 30-39 ans était la plus touchée (31,2%). La découverte était faite à l'occasion de manifestations extra-respiratoires dans 25% des cas et dans la majorité des cas à l'occasion de signes fonctionnels respiratoires (40,6%). Radiologiquement, le stade I était retrouvé dans 34,4 %, le stade II dans 59,4 % et le stade III dans 6,2%. La confirmation histologique a été obtenue dans 62,5% des cas représentée essentiellement par la biopsie par médiastinoscopie dans 7 cas puis des autres sites biopsiques : bronchiques étagées et/ou trans-bronchiques dans 5 cas, ganglionnaire périphérique dans 4 cas, cutanée dans 1 cas, laryngée dans 1 cas, association biopsie transpariétale pulmonaire et ganglionnaire périphérique dans 1 cas, association biopsie bronchique et cutanée dans 1 cas. Dans 12 cas, le diagnostic a été porté sur un faisceau d'arguments dont 7 sont des syndromes de Löfgren.

Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie systémique a été administrée chez 56,2% des patients.

L'évolution de la maladie est favorable dans 50 % des cas sans pour autant parler de guérison vu le manque de recul ; la guérison avec un recul de 24 à 36 mois a été obtenue dans 37,5% ; dans 1 cas nous avons eu une aggravation et avons recensé 3 perdus de vue.

Conclusion : La sarcoïdose est une maladie ubiquitaire non exceptionnelle.

L'asthme infantile à Sétif, cinq après

A. Dehimi, M. Belghazi, A. Benattia, S. Laouamri, B. Bioud

Introduction : La phase 1 de l'étude internationale ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) est conçue pour permettre des comparaisons de prédominance des symptômes d'asthme, de rhinite et d'eczéma. Dans la phase 3, les analyses de la phase 1 sont répétées afin d'évaluer les changements dans le temps.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'apprécier l'évolution de la prévalence de l'asthme et des autres allergies infantiles à Sétif cinq après la réalisation de la phase 1 de l'enquête ISAAC.

Méthodes : L'étude fut réalisée le mois d'Avril de l'année 2012 sur un échantillon représentatif d'adolescents des classes des troisièmes et quatrièmes des collèges tirés au sort dans la Daïra de Sétif. Trois mille quarante quatre collégiens furent étudiés à l'aide d'un questionnaire établi selon la méthodologie de l'enquête ISAAC.

Résultats : La prévalence des symptômes évocateurs d'asthme était de 4,4 % au cours des 12 derniers mois et les antécédents d'asthme étaient retrouvés dans 3,7 %. La prévalence des sifflements à l'effort était de 6,1 % au cours de la dernière année. L'analyse de la sévérité de l'asthme montrait 1,8 % de sifflements nocturnes et 1 % de crise d'asthme sévère. La prévalence cumulée de la rhinite était de 30 % alors que la prévalence cumulée de l'eczéma était retrouvée dans 7,6 % des cas.

Discussion : Ces valeurs notamment pour l'asthme se situent à un niveau bas comparativement aux valeurs internationales des autres études basées sur le même protocole. La prévalence des allergies infantiles n'a pas beaucoup changé à Sétif durant les cinq dernières années pour l'asthme et l'eczéma alors qu'elle a doublé pour la rhinite.

Conclusion : Les facteurs environnementaux qui sont à l'origine des variations dans la prévalence et la sévérité de l'asthme et des autres allergies infantiles à Sétif méritent d'être étudiés.

Des phénotypes/endotypes de l'asthme au traitement personnalisé

A. Snouber, M. Metahri, A. Bennani, M. Guermaz

Objectif : Faire le point sur les données actuelles concernant les phénotypes/endotypes de l'asthme ayant permis une meilleure connaissance des mécanismes de l'asthme et un ajustement thérapeutique.

Méthodes : Une recherche électronique est réalisée afin de trouver des revues de littérature de synthèse sur le sujet.

L'interrogation de la base de données Medline en utilisant les mots-clés suivants : «phenotype, endotype, asthma», «asthma, targeted therapy», a identifié 150 articles s'étalant de la période 2005-2012. Nous en avons analysé une vingtaine dont des articles relevant émanant des revues systématiques.

Résultats : L'hypothèse TH2-inflammation expliquant le mécanisme de l'asthme a montré ses limites. L'asthme étant hétérogène et génétiquement complexe ne pouvait dépendre d'un seul mécanisme. D'où l'apparition de nombreuses sous-catégories d'asthme définies selon leur phénotype clinique ou physiologique, selon les facteurs déclenchant et selon le type d'inflammation bronchique. D'autres études de cohortes ont également caractérisé certains sous-groupes d'asthmatiques selon les Comorbidités associées. Les études portant sur certains médicaments ciblant un mécanisme précis doivent prendre en compte le phénotype (ou endotype) de l'asthme.

Conclusion : L'asthme est de plus en plus considéré comme un ensemble de pathologies avec différentes présentations cliniques et également différents mécanismes. La recherche sur les biomarqueurs pourra faire progresser le diagnostic, établir les phénotypes/endotypes et permettre un traitement ciblé.

Prévalence des maladies allergiques de l'enfant à Oran : résultats de la phase I de l'enquête ISAAC

M. Métahri, A. Snouber, S. Kebbat, B. Bencharef, M. Guermaz

Objectif : Estimer la prévalence de l'asthme et des maladies allergiques de l'enfant scolarisé à Oran.

Méthode : Une enquête descriptive transversale basée sur le protocole de la phase I de l'enquête ISAAC (International Study Asthma and Allergies in Childhood) a été effectuée auprès d'un échantillon de 2860 élèves scolarisés âgés de 6-7 ans et 2560 élèves âgés de 13-14 ans des établissements scolaires Oranais, durant la période avril - mai 2010.

Faite sur la base du questionnaire écrit traduit en Arabe, distribué aux élèves des écoles tirées au sort et rempli par les parents, L'enquête a été menée par 2 médecins.

Résultats : La prévalence de l'asthme diagnostiqué était de 4,6% (6-7ans) et de 6,1% (13-14 ans), la prévalence des symptômes évocateurs (sifflement, sifflement à l'effort, toux sèche nocturne) était respectivement de 11,5% , 8,7%, 16,6% chez les enfants de 6-7ans et de 13%, 11,6%, 13% chez les adolescents de 13-14 ans. Par ailleurs, il a été noté que parmi les enfants de 6-7 ans 199 enfants (7%) avaient 2 voire 3 symptômes évocateurs d'asthme malgré qu'ils ne sont pas connus comme étant asthmatiques, et parmi les adolescents de 13-14 ans 188 (7,34%) avaient 2 ou 3 symptômes évocateurs mais ne sont pas connu comme asthmatiques. La prévalence de la rhinite allergique et de la dermatite atopique a été estimée respectivement à 23% et 3% chez les enfants de 6-7 ans et de 37,3% et 4,3% chez les adolescents de 13-14 ans.

Conclusion : 6,1% des adolescents de 13-14ans et 4,6% des enfants de 6-7ans ont un asthme diagnostiqué, La prévalence actuelle de l'asthme est de 11,5% (6-7ans) et de 13%(13-14ans). On note qu'environ 7% des enfants présentent une symptomatologie respiratoire évocatrice mais ne sont pas connu comme étant asthmatiques, Cette étude suggère que l'asthme chez l'enfant est sous-diagnostiqué d'où l'intérêt de former et sensibiliser les médecins des unités de dépistage scolaire(UDS) pour le diagnostic de l'asthme. Par ailleurs, on note la fréquence accrue des maladies allergiques de l'enfant et de l'adolescent dans notre ville notamment la rhinite allergique (37,3%) . Une analyse des facteurs environnementaux est nécessaires (phase II de l'enquête ISAAC) pouvant contribuer à expliquer cette élévation des maladies allergiques de l'enfant à Oran.

La dysfonction des cordes vocales. Un diagnostic différentiel de l'asthme sous évalué

C. Rachid

Un certain nombre de syndromes cliniques peuvent mimer l'asthme et conduire à des diagnostics erronés voire à des traitements potentiellement délétères. La dysfonction des cordes vocales est l'une de ces causes très sous évaluée. L'adduction paradoxale des cordes vocales durant l'inspiration produit une obstruction du flux respiratoire et se manifeste par des sibilances une dyspnée une toux et une oppression thoracique. Le diagnostic de certitude repose sur la visualisation de l'adduction paradoxale des cordes vocales par laryngoscopie. la principale limitation de cet examen est liée au caractère intermittent des symptômes. La validation de nouveaux tests utilisables en dehors de l'accès aigu permettra de diagnostiquer plus précocement les DCV et d'optimiser la prise en charge de ces patients. Le traitement de fond repose sur la thérapie vocale qui est efficace dans la majorité des cas.

Association asthme et polymorphisme génétique dans une population de l'ouest Algérien

B. Oujidi, K. Attab, B. Baba Hamed, Y. Berrabah

Introduction : L'asthme est une maladie inflammatoire bronchique, complexe et hétérogène dans ses manifestations. Son développement est favorisé par l'association d'une prédisposition génétique et d'une exposition à des facteurs liés à l'environnement et au mode de vie. Beaucoup d'études ont pour objet de déterminer les facteurs génétiques et d'établir la relation entre facteurs environnementaux et génétiques dans le but de clarifier l'hétérogénéité clinique et étiologique de l'asthme.

Objectif : approche épidémiologique et clinique, des malades asthmatiques, rechercher le polymorphisme IL-18, cytokine impliquée dans l'asthme.

Population et méthodes : L'étude a porté sur 100 sujets adultes(entre 18 à 82 ans) , 50 asthmatiques (26 hommes et 24 femmes) ayant répondu à un questionnaire à la recherche de traits associés et facteurs environnementaux ,et 50 témoins (34 hommes et 16 femmes) tous résidant à Oran, le génotypage du polymorphisme(137G/C) du gène IL18 a été recherché par PCR-SPSS, dont l'analyse statistique a révélé sa présence chez les asthmatiques par rapport aux témoins.

Conclusion : bien que notre étude se poursuit sur une population plus large, mais ces résultats pourrait être un avancement dans la compréhension de la physiopathologie de l'asthme.

Au delà des résultats du score de contrôle de l'asthme

B. Larbani, S. Nafti

La stratégie initiée par le Global Initiative Asthma « GINA » en 2006 basée sur le contrôle de l'asthme a révolutionné la prise en charge de l'asthme ; il est utile d'évaluer le niveau d'adaptation de cette stratégie dans notre société, et ceci en attendant les nouvelles recommandations de la Société Algérienne de Pneumo-phthisiologie « SAPP ».

Cette stratégie a été adoptée au niveau de notre consultation spécialisée depuis 2008, le support utilisé est basé sur l'« Asthma Test Control » (ACT) qui consiste en cinq items à cinq réponses, rempli par le patient et vérifié par le médecin à chaque consultation, delà un score est établi. Grâce à ce dernier, différents aspects sont relevés, en rapport avec la compréhension de la maladie, l'observance, le retentissement sur la vie quotidienne, la reconnaissance des symptômes et enfin une insuffisance thérapeutique. L'aspect psycho-social du patient est abordé et permettant ainsi un meilleur partenariat médecin-patient. Cette approche va permettre au médecin de mieux identifier les causes de mauvais contrôle et les éradiquer en collaboration avec le patient. L'éducation thérapeutique va permettre au patient d'identifier les symptômes pour une auto-évaluation et une prise de décision. Il s'agit d'un programme de soins adapté au patient qui conduit à l'amélioration du contrôle.

Les exacerbations de l'asthme témoignent souvent d'un mauvais contrôle de la maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un moyen indispensable pour atteindre un contrôle optimal de cette maladie.

Expérience du service de pneumologie de Bab El Oued (BEO) dans le cancer bronchique primitif opérable de 2010 à 2012 : (à propos de 34 cas)

N. Dermech, A. Fissah, R. Amrane, A. Belhamri, R. Baba Ahmed

Introduction

Le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) est de pronostic sombre car la grande majorité des patients se présente à un stade inopérable. L'exérèse chirurgicale, lorsqu'elle est possible augmente les chances de survie. Un bilan préopératoire fonctionnel permet d'identifier les patients à haut risque opératoire.

Méthodes : Etude rétrospective analysant les caractéristiques radio-cliniques, thérapeutiques et évolutives des CBNPC hospitalisés dans notre service d'Avril 2010 à Septembre 2012.

Résultats : Sur 37 patients ayant un cancer résectables 34 ont été opérés 71% d'hommes et 29% de femmes. Les patients sont Tabagiques dans 82% des cas, et le coté droit était le plus atteint (86% des cas). Dans la classification TNM, le stade le plus fréquent est II A et l'analyse histologique retrouve autant d'adénocarcinome que de carcinome épidermoïde. La décision chirurgicale était prise à la RCP pour tous les cas. Le geste opératoire pratiqué est la lobectomie (92% des cas), pneumonectomie 4%, 2% wedge résection.

Le pTNM concordait avec le cTNM dans 90.21% des cas. 95 % des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante. Le délai de survie moyen est de 26 mois, la mortalité à 30 jours est de 02 % (suppurations pulmonaires, fistules bronchiques, décompensation cardio-respiratoire chez des patients BPCO stade III). Les autres causes de décès sont la progression de la maladie, les complications de la chimiothérapie principalement l'aplasie médullaire (62% des cas), l'embolie pulmonaire (15% des cas).

COMMUNICATIONS ORALES 3

Le cancer du poumon : épidémiologie, prise en charge thérapeutique et impact sur la survie

L. Zemour, A. Belghitri, L. Djillali, F. Seghier, N. Midoun,

Introduction : Le cancer du poumon est au 1er rang des cancers chez l'homme d'après les données du registre des cancers d'Oran et au 9ème rang chez la femme.

Objectif : Estimer l'incidence, la réponse thérapeutique et l'impact sur la survie du cancer bronchique à Oran durant la période allant de janvier 2008 à décembre 2012.

Méthodes : Une étude épidémiologique rétrospective de 2008 à 2011 et prospective durant l'année 2012 était réalisée portant sur des patients suivis pour cancer du poumon au niveau du service d'oncologie médicale du CHUO. Les analyses statistiques étaient faites en utilisant le logiciel Epi info.

Résultats : La fréquence des patients suivis pour cancer bronchique durant la période 2008-2012 était de 14,1% (598 cas) des cancers chez le sexe masculin et de 1,8% (45 cas) des cancers chez le sexe féminin. L'âge moyen (IC à 95%)= 59,0±2,8 ans chez l'homme et 61,2±8,4 ans chez la femme. La cigarette industrielle est incriminée avec un risque relatif 8,1 [4,2 12,3] suivi du tabac chiqué avec un RR de 4,1.

Conclusion : Le cancer du poumon constitue un véritable problème de santé publique et son incidence ne cesse d'augmenter. La prise en charge thérapeutique précoce est le seul moyen pour allonger la survie des patients ainsi que la lutte antitabac.

Evaluation de la prise en charge et facteurs pronostics du cancer bronchique

MT. Makhoulfi, S. Nafti et col

Les facteurs pronostiques permettent de sélectionner les patients pour un traitement donné. Différents facteurs pronostiques ont pu être identifiés : cliniques sexe, âge, perte de poids, l'extension de la maladie, l'indice de performance, biologiques taux d'hémoglobine des leucocytes. LDH, calcémie, NSE, le traitement appliqué chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie.

But : étudier la survie des carcinomes bronchiques classés stade IIIB et stade IV avec PS 0-1 traités par chimiothérapie exclusive dans notre service et d'en déduire les éventuels facteurs influençant cette survie.

Cette étude rétrospective porte sur 110 patients avec cancer bronchique non à petites cellules CBNPC. La médiane de survie est de 9 mois avec un intervalle de confiance à 95 % de 1,5 mois à 32 mois. La survie à 2 ans a été de 4,5%.

Matériels et méthodes : du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010: 150 patients atteints de cancers bronchiques ont été pris en charge dont 110 ont été colligés avec 95 hommes, et 15 femmes. Le staging était de 2 cas stade IIIa, 42 cas stade IIIB, 66 cas stade IV, l'histologie : 44 adénocarcinomes, 30 épidermoïdes, 3 bronchiolo-alvéolaires 3 grandes cellules et 8 autres carcinomes, 7 CPC, 5 carcinoïdes. Le traitement : 3 patients opérés. La chimiothérapie palliative a été prescrite pour 80 patients dont 24 patients un seul régime (cisplatine + gencitabine), 4 patients par la 2ème ligne (docétaxel), 33 patients par 1ère ligne suivie de 2ème ligne, 19 patients par 1^{ère}, 2^e, puis 3^e ligne (pemetrexed). Le nombre de cures de chimiothérapie moins

de 4 cures pour 30 patients, 4 à 6 cures pour 30 plus de 6 cures pour 20 patients. Résultats : décès : 43 patients avant 9 mois, 27 patients entre 9 et 12 mois, 26 patients entre 18 mois et 24 mois, 10 perdus de vue, 4 transférés.

Place de la chirurgie dans les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) avec atteinte des ganglions médiastinaux homolatéraux (N2)

K. Achour, S. Ameer, A. Nekhla, H. Chaouche

Le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avec atteinte ganglionnaire médiastinale homolatérale (N2) est un cancer de mauvais pronostic ayant moins de 30% de survie à 5 ans pour les patients opérés.

La stratégie de prise en charge dépendra essentiellement de la taille tumorale, de ses rapports avec les structures avoisinantes, et de son SUVmax à la TEP ; du caractère « Bulky » des ganglions, et du nombre de sites ganglionnaires médiastinaux atteints.

Les moyens thérapeutiques peuvent associer : chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie. Dans certains cas la chirurgie est proposée de première intention lorsque les facteurs pronostiques sont bons ou dans le cas des N2 non diagnostiqué avec un risque chirurgical faible (lobectomie). Mais souvent le N2 clinique est manifeste et au mieux confirmé par médiastinoscopie, il est proposé alors en premier un traitement d'induction et ce n'est que si il est répondeur, à savoir un down staging ganglionnaire prouvé et un SUVmax tumoral bas, qu'un traitement radical est pratiqué dans un second temps. La prise en charge des cancers N2 reste encore sujette à discussion. La chirurgie se fait pratiquement toujours dans le cadre d'un traitement multimodal et elle reste en général l'élément qui confère à ce traitement une certaine efficacité.

Le syndrome de Pancoast-Tobias : à prors de 15 cas

A. Moumeni, A. Marouani

Introduction : Le syndrome de Pancoast Tobias est défini par l'association d'une tumeur de l'apex pulmonaire, une lyse costale ou vertébrale et d'un syndrome de Claude Bernard Horner.

Objectif de l'étude : Etudier le profil épidémiologique, clinique et évolutif des malades présentant un syndrome de Pancoast-Tobias.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 15 dossiers colligés au service de pneumologie (CHU de Sétif), durant la période 2006 -2012. Il s'agit exclusivement de 15 hommes dont l'âge moyen est de 62 ans, le tabagisme est retrouvé chez tous les patients. La symptomatologie initiale est dominée par la douleur thoracique chez les 15 patients, des névralgies cervico-brachiales chez 10 autres. Dix patients ont consulté chez plusieurs médecins (généralistes, pneumologues et neurologues) et ont bénéficié d'un traitement antalgique. Le délai moyen entre le début des symptômes et l'hospitalisation est de 5 mois.

Tous nos malades ont Bénéficié d'une radiographie du thorax ainsi qu'une TDM thoracique objectivant une masse apicale avec lyse costale chez 10 patients, une lyse vertébrale chez 05 autres, une pleurésie dans 05 cas et un envahissement médiastinale dans 04 cas. L'endoscopie bronchique objective un bourgeon endobronchique dans 04 cas et une sténose dans 06 autres. Le diagnostic histologique a été confirmé par biopsie trans-pariétale chez 10malades, biopsie bronchique chez 03, et par biopsie pleurale chez deux autres. Le type histologique est

dominé par le cancer épidermoïde dans 12 cas, adénocarcinome dans 02 cas et le cancer à grandes cellules chez un malade. 11 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie, 05 patients d'une radiothérapie et 04 autres uniquement de soins palliatifs.

Conclusion : Les tumeurs de l'apex pulmonaire constituent une entité rare et hétérogène, certes, mais le diagnostic étiologique reste tardif posant souvent un retard dans la prise en charge thérapeutique engageant un pronostic sombre et mortel.

Tendance évolutive des cancers broncho pulmonaires dans la wilaya de Tizi-Ouzou de 1997 à 2007

F. Toudeft, F. Issiakhem, N. Hammache, F. Fazilet, N. Kious, N. Halli

Le cancer du poumon est la tumeur maligne la plus répandue dans le monde avec annuellement 900000 nouveaux cas chez l'homme et 330000 cas chez la femme. Selon l'OMS, il constitue la première cause de décès par cancer. Dans la wilaya de Tizi-Ouzou, le cancer broncho-pulmonaire occupe la première position parmi les cancers les plus prévalents.

Objectifs :

- Déterminer la tendance évolutive du cancer broncho-pulmonaire dans la wilaya de Tizi-Ouzou de 1997 à 2007.
- Etudier les caractéristiques socio-épidémiologiques des cas atteints par cette pathologie.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive des cas de cancers broncho-pulmonaires enregistrés dans la wilaya de Tizi-Ouzou de 1997-2007 ; les données ont été recueillies sur la base du registre des tumeurs de la wilaya de Tizi-Ouzou (2003-2007) et du registre des tumeurs d'Alger (1997-2002). L'analyse a été faite sur le logiciel EPI info 06.

Résultats : Les tumeurs broncho-pulmonaires sont les pathologies les plus prévalentes sur toute la période d'étude, leur taux d'incidence passé de 7,01 PCMH en 1997 à 6,67 PCMH en 2007 avec une moyenne d'âge de 62,25 ans chez les hommes et de 60,45 ans chez les femmes. Le taux moyen d'incidence sur la période d'étude est de 9,82 cas PCMH chez les hommes et de 1,30 PCMH chez les femmes.

Discussion : A l'instar d'autres données des registres d'Algérie, les cancers broncho-pulmonaires restent de loin les tumeurs les plus fréquentes notamment chez l'homme. A titre indicatif, dans les wilayas d'Oran, Sétif et Tizi-Ouzou, les cancers du poumon viennent en tête (15.5%, 14.02%, 18.2%) (DS, $p < 10^{-3}$) suivi de ceux de la vessie (10.7%, 5.9%, 12.2%) (DS, $p < 10^{-6}$) et du colo rectum (7.4%, 6.2%, 9.8%) (DS, $p < 10^{-6}$). C'est pourquoi, il est nécessaire d'adopter une stratégie globale intégrée de manière à lutter efficacement contre les facteurs de risque souvent communs aux différents cancers.

Historique et progrès du contrôle de la tuberculose en Algérie

A. Snouber

Objectif : Mettre en exergue l'histoire de la lutte antituberculeuse en Algérie et identifier les progrès majeurs qui lui ont permis son incursion précoce dans le gotha mondial des artisans du contrôle de la tuberculose.

Méthodes : Consultation exhaustive des différentes publications ayant trait au contrôle de la tuberculose en Algérie, des travaux nationaux et internationaux sur la tuberculose en Algérie ainsi que la littérature grise nationale.

Résultats : Nous avons pu constater la mise en place dès le lendemain de l'indépendance du programme national de lutte

contre la tuberculose (premier programme national de santé publique), à forte connotation politique et prenant en compte l'évolution scientifique. Le développement du réseau national des laboratoires de microscopie par l'institut Pasteur d'Algérie, l'introduction du BCG dans le cadre des programmes élargis de vaccination, l'intégration du programme national dans les structures de soins de base et la généralisation de la chimiothérapie moderne de courte durée, constituaient les points forts du contrôle de la tuberculose en Algérie.

Conclusion : L'extension du programme national, le renforcement continu de ses activités, son adaptation à l'évolution de la situation épidémiologique et aux progrès des méthodes de diagnostics et de traitement, ont permis à l'Algérie de figurer parmi les pays à prévalence modérée de tuberculose.

Epidémiologie de la Tuberculose Extra Pulmonaire en Algérie

S. Alihalassa

Plus de la moitié des cas de tuberculose en Algérie sont des cas extra pulmonaire. Une augmentation inexpliquée du nombre des cas de TEP est constatée annuellement contre une baisse régulière des cas de tuberculose pulmonaire. Nous décrivons l'épidémiologie de la tuberculose extra pulmonaire avec les données du programme national de lutte contre la tuberculose.

Méthodes : Les cas de tuberculose déclarés de 2011 et 2012 sur le système d'information électronique de la tuberculose ont été classés comme Tuberculose Extra Pulmonaire et Tuberculose Pulmonaire. Les Tuberculose Extra Pulmonaire englobaient l'atteinte ganglionnaire, pleurale, osseuse, génito-urinaire, méningée, péritonéale, et les autres localisations. Les caractéristiques démographiques des cas de Tuberculose Pulmonaire et Extra Pulmonaire ont été comparées.

Résultats : Parmi tous les cas 55.7 % étaient des Tuberculose Extra Pulmonaire y compris ganglionnaire (50.3%), pleurale (26.5%), ostéo-articulaire (4.2%), génito-urinaire (3.2%), méningée (0.9%), péritonéale (1.9%), et les autres localisations (13.1%). En comparaison avec la Tuberculose Pulmonaire, la Tuberculose Extra Pulmonaire prédomine surtout chez les patients de sexe féminin sauf pour la localisation pleurale. Les enfants sont plus susceptibles à développer une tuberculose ganglionnaire ou méningée alors que la probabilité d'une tuberculose génito-urinaire augmente avec l'âge.

La surveillance épidémiologique permet de constater une augmentation annuelle régulière du nombre de cas de Tuberculose Extra Pulmonaire, comparativement à une baisse annuelle du nombre de cas de Tuberculose Pulmonaire, une inversion des proportions de la tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire à partir de 2001. Le taux de TEP passe de 17% des cas de tuberculose en 1977 à 55.7% en 2011.

Conclusions : L'épidémiologie de la Tuberculose Extra Pulmonaire diffère de celle de la Tuberculose Pulmonaire, et sa proportion ne cesse d'accroître depuis les années 90. Des études complémentaires sont nécessaires pour identifier les causes de l'augmentation proportionnelle de ces cas.

Traitement chirurgical du mal de Pott : A propos d'une série de 62 cas

N. Meraghni, L. Chaal, R. Benkaidali, M. Kihal, M. Nouar

Introduction : Il s'agit d'une étude rétrospective de 62 cas de maux de Pott traités chirurgicalement dans le service.

Objectif : Déterminer la place du traitement chirurgical dans le traitement de la spondylodiscite tuberculeuse.

Matériels et méthodes : Il s'agit de 62 cas traités dans le service de janvier 1998 à mars 2012. L'âge moyen des patients était de 35 ans. La localisation était cervicale (1 cas), thoracique (30 cas), lombaire (15 cas), charnière thoraco-lombaire (16 cas). Clinique : La majorité des patients présentaient des troubles neurologiques incomplets sauf dans deux cas (Frankel A).

Radiologie : L'atteinte osseuse était le plus souvent importante atteignant le corps vertébral et le disque intervertébral, affectant les 2 colonnes antérieure et moyenne, facteur d'instabilité.

L'intervention a été réalisée après une chimiothérapie antituberculeuse de 21 jours en moyenne.

Pour la chirurgie par voie antérieure, l'intervention consistait en un drainage de l'abcès associé à une greffe seule (11 cas) ou complété par une ostéosynthèse (21 cas).

Pour la chirurgie par voie postérieure, l'intervention consistait en une décompression associée à une ostéosynthèse.

Résultats : Parmi les complications, nous rapportons : 2 décès ; 10 infections de paroi.

Sur le plan neurologique, tous les malades ont eu une amélioration de leurs troubles neurologiques, sauf dans 2 cas (Frankel A). Sur le plan radiologique, tous les cas opérés par voie antérieure associée à une greffe, la fusion osseuse a été obtenue.

Conclusion : La tuberculose osseuse reste fréquente en Algérie, son traitement reste médical (12 mois de chimiothérapie antituberculeuse). Le traitement chirurgical est indiqué lors d'apparition de troubles neurologiques, l'existence de volumineux abcès et de destruction osseuse importante, source d'instabilité.

COMMUNICATIONS ORALES 4

Le cancer bronchique primitif : Parcours de soins

R. Yakoubi, F. Khalloufi, F. Atoui, Y. Moumen, R. Benali

Le cancer bronchique, avec un taux de mortalité proche de 85%, est la première cause de décès par cancer chez l'homme de plus de 45 ans, dans le monde. Ce constat est tout aussi réel dans notre pays où il est en nette progression.

En effet, son incidence annuelle chez l'homme à Alger est passée de 10,5 pour 100.000 habitants en 1993 à 25,4 pour 100.000 en 2001; il en est de même à Annaba où en phase avec une consommation croissante de tabac, l'incidence du cancer broncho-pulmonaire primitif (CBPP) ne cesse de croître.

L'âge des patients, le retard et les contraintes diagnostiques, les stades TNM avancés, le coût et la disponibilité de l'arsenal thérapeutique sont autant de facteurs qui nous imposent une révision du parcours de soins du patient cancéreux.

Dans cette optique nous nous sommes proposés de retracer les étapes de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients porteurs de cancer bronchiques, dont le passage par notre service durant l'année 2012 nous a permis de mettre en exergue les difficultés rencontrées par ces patients. Nous vous rapportons ici, les conclusions de notre travail et les suggestions visant à l'amélioration des pratiques en matière de cancer bronchique.

Les particularités de la tuberculose pulmonaire à microscopie négative à propos de 51 cas

A. Rebbat, A. Aliouane

Introduction : la tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-) reste un fléau et pose un vrai problème diagnostique.

L'objectif est de montrer les particularités épidémiologiques, diagnostic, radiologiques et évolutives des TPM -.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 51 cas de TPM- colligés dans le service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires de TIZI-OUZOU, de janvier 2007 au décembre 2011.

Résultats : 51 cas de TPM- sont recensés sur un total de 558 cas de tuberculoses toutes formes confondues, La fréquence de la TPM- est de 19.5 % des tuberculoses pulmonaires.

L'âge moyen est de 32 ans; 55% des cas sont des hommes; Le contagio tuberculeux est présent chez 31% des cas; Les comorbidités sont dominées par 03 cas psychiatriques, 02 diabétiques et un lupus érythémateux ; l'IDR à la tuberculine est positive dans 85%; une atteinte pleurale est associée dans 37% des cas, ganglionnaires périphériques dans 11%. La radiographie montre des infiltrats non excavés dans 82%, des lésions excavées dans 13%, un syndrome interstitiel et une atelectasie; Les lobes supérieurs sont atteints dans 68%, le Fowler dans 27% et autres localisations dans 05%; la fibroscopie est faite chez 35% des cas. Le diagnostic est posé sur une culture positive dans 15 cas (sur les crachats 3 cas, tubages gastrique 6 cas, liquide d'aspiration bronchique 6 cas), étude histologique d'une atteinte extra pulmonaire associée dans 17 cas et présumé dans le reste 19 cas; l'évolution après traitement spécifique est favorable dans la plus part des cas, 02 perdus de vue et un décès.

Conclusion : La TPM - est une préoccupation majeure pour le praticien qui doit prendre la bonne décision pour démarrer le traitement spécifique.

Tuberculose ganglionnaire périphérique, étude rétrospective sur 3 ans

A. Mebrek, L. Graba

Introduction : La tuberculose ganglionnaire périphérique est la localisation la plus fréquente des TEP dans notre service avec une nette prédominance féminine.

Méthode : Notre étude a porté sur 344 patients portant une tuberculose ganglionnaire périphérique prouvée sur une période de 3 ans (2009 à 2011). Ces patients ont tous entamé leur traitement antituberculeux au niveau de notre SCTMR ou ils ont été suivis régulièrement.

Objectifs de l'étude : Le but de notre étude est d'étudier la nature de la preuve retenue pour le diagnostic, la fréquence de la fistulisation, la durée de traitement nécessaire pour obtenir une guérison (critères de guérison : disparition de l'adénopathie, persistance d'une adénopathie < 1 cm, cicatrice chéloïde), et la proportion des patients chez qui une cure chirurgicale a été réalisée ainsi que le nombre de récurrences après traitement.

Conclusion : Les adénopathies périphériques tuberculeuses sont difficiles à traiter avec une prolongation très fréquente du traitement au delà de 6 mois et une difficulté au recours à la chirurgie pour un curage ganglionnaire complet.

Diagnostic de la mucoviscidose de l'adulte : les leçons tirées d'une histoire d'un cas clinique

A. Radoui, G. Bellon

La mucoviscidose est une maladie génétique autosomique récessive potentiellement létale. Nous rapportons le cas d'un patient de 32 ans qui présentant depuis le bas âge une surinfection à répétition, une symptomatologie digestive (diarrhée chronique grasseuse) avec une stagnation pondérale.

Le diagnostic de mucoviscidose a été retenu à l'âge de 4 ans devant la positivité du test de la sueur et la présence de deux mutations du gène CFTR. Le patient était perdu de vue jusqu'à l'âge de 32 ans. Il a été orienté grâce au réseau de mucoviscidose. Il présentait une expectoration muco-purulente avec des poussées de surinfection bronchique. L'examen clinique retrouve un indice de masse corporelle à 25, des râles crépitants bilatéraux. La radio du thorax objective des opacités aréolaires diffuses. La tomodensitométrie thoracique montre un épaississement des parois bronchiques avec dilatation des bronches. La tomodensitométrie des sinus montre une pan-sinusite avec polyposse nasale. La colonisation bactérienne est confirmée par l'isolement permanent du *Pseudomonas aeruginosa* dans les expectorations. L'exploration de la fonction respiratoire retrouve un VEMS à 76 %, un CVF à 89 %. Au cours de la mucoviscidose, l'expression de la maladie reste très variable d'un individu à l'autre. Il est donc important pour les médecins d'adultes de connaître cette pathologie et demander le test de la sueur en priorité devant une polyposse nasale ou une dilatation des bronches surtout s'il y a une colonisation par *Pseudomonas aeruginosa* et même si cette dilatation des bronches est isolée.

Profil épidémiologique, clinique et évolutif de la mucoviscidose dans la région de Sétif

A. Dehimi, M. Belghazi, M. Messasset, A. Kentache, B. Bioud

Introduction : La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies génétiques graves des enfants de race blanche. En Algérie, sa situation est mal connue ; les moyens diagnostiques et l'offre de soins sont considérablement limités.

Objectif : l'objectif de notre étude est de dresser le profil épidémiologique, clinique et évolutif de la mucoviscidose dans la région de Sétif.

Matériels et méthodes : Notre étude rétrospective et descriptive porta sur 13 cas colligés au service de pédiatrie du CHU de Sétif durant la période allant de 2008 à 2012.

Résultats : Notre étude portait sur 13 enfants avec un sex ratio de 0,53. La consanguinité était retrouvée dans 30 %. L'âge moyen des patients était de 8,3 ans et l'âge moyen au moment du diagnostic de 5,2 ans. Les signes respiratoires étaient révélateurs dans 70 % des cas. 76 % de nos patients étaient au stade de complications au moment du diagnostic dont 23% de colonisation par le *pseudomonas*. 60% des cas avaient bénéficié d'une kinésithérapie respiratoire et seulement 46% d'extraits pancréatiques. 23% des cas avaient reçu une antibiothérapie intraveineuse visant le *pseudomonas*.

Discussion : Au terme de cette étude, nous constatons que la mucoviscidose souffre chez nous d'un retard diagnostique important. La majorité des malades sont diagnostiqués au stade de complications surtout respiratoires. Les moyens diagnostiques font généralement défaut : difficulté de la réalisation du test de la sueur et non disponibilité de l'étude génétique. La prise en charge est insuffisante vu les difficultés d'accès à la kinésithérapie et la non disponibilité de certains médicaments.

Conclusion : La mucoviscidose est une maladie qui n'est pas rare en Algérie nécessitant un diagnostic précoce à défaut d'un dépistage néonatal. La création de centres de références dans lesquels exercent des équipes pluridisciplinaires est le seul garant d'une prise en charge efficace.

Comparaison in vitro des performances de deux chambres d'inhalation

N. Boukhattala, T. Porée, P. Diot, L. Vecellio

Les aérosols-doseurs sont utilisés en association avec une chambre d'inhalation pour les patients jeunes ou âgés dans l'incapacité d'utiliser un embout buccal.

Les objectifs de cette étude sont de comparer les performances de deux chambres d'inhalation ayant la même forme et d'évaluer l'influence du matériau.

Dans cette étude, les chambres d'inhalation furent Itinhaler (Protec'Som, France) constitué de silicone et Tipshaler (Protec'Som, France) composé de plastique. Le salbutamol et la fluticasone furent délivrés avec un aérosol-doseur pressurisé (GlaxoSmith-Kline, France) et une chambre d'inhalation. La distribution de la taille des particules fut mesurée à l'aide d'un impacteur en cascade NGI (Copley Scientific, Nottingham, Royaume-Uni) selon la méthode de la pharmacopée européenne. Les concentrations de salbutamol et de fluticasone furent analysées par spectrophotométrie à 240 nm et 236 nm respectivement.

Dans la trachée, la masse de salbutamol était semblable pour Itinhaler et Tipshaler ($5 \pm 2 \mu\text{g}$ vs $5,5 \pm 2 \mu\text{g}$). En outre, le dépôt de fines particules de salbutamol était plus élevé avec Itinhaler par rapport à Tipshaler ($73 \pm 11 \mu\text{g}$ vs $51 \pm 2 \mu\text{g}$, $p < 0,05$). En ce qui concerne la fluticasone, dans la trachée, la masse de fluticasone était plus faible avec Tipshaler par rapport à Itinhaler ($4 \pm 0,3 \mu\text{g}$ vs $0,9 \pm 0,3 \mu\text{g}$, $p < 0,05$). Cependant, la dose de particules fines était similaire entre les deux chambres d'inhalation ($27 \pm 2 \mu\text{g}$ vs $25 \pm 1 \mu\text{g}$).

Pour des chambres d'inhalation de forme et de taille similaire, les résultats montrent qu'en fonction du matériau utilisé, la déposition pulmonaire des particules médicamenteuses varie. De plus, la déposition des fines particules varie en fonction de l'aérosol-doseur utilisé.

En conclusion, le type de matériau et l'aérosol-doseur influent sur les performances des chambres d'inhalation.

Moyens d'exploration et PEC des hémoptysies de l'adulte Etude de 105cas observés au service de pneumologie de Tizi-Ouzou

MS. Messadi, K. Bennamane

Résumé : L'hémoptysie est une urgence thérapeutique qui pose un problème diagnostique dont les causes sont multiples et varient selon l'âge des patients.

Objectif : adopter une hiérarchie des examens complémentaires réalisables selon l'étiologie recherchée.

Etablir une PEC basée sur l'étiologie en cause.

Méthodes : Etude rétrospective des patients adultes hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU de Tizi-Ouzou pour hémoptysie de janvier 2010 à novembre 2012.

Résultats : 105 patients hospitalisés pour hémoptysie (5,11%) de l'ensemble des admissions, sexe ratio : 2H/ 1F. L'âge varie entre 15 et 92 ans. Les hémoptysies étaient essentiellement de faible abondance (75 cas : 71,42%), de moyenne abondance (29 cas : 27,61%) de grande abondance : 01 cas. La durée moyenne d'hospitalisation : 10 jours.

Radiographie du thorax de face : faite chez tous les malades dont 90/105 (85,71%) avaient une image radiologique anormale. TDM, angioscanner thoracique, et fibroscopie bronchique ont été demandés selon l'orientation diagnostic. Les principaux diagnostics retenus étaient la TPM+ pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans et ses séquelles pulmonaires, la DDB, la néoplasie

bronchique chez l'homme de plus de 65 ans et les cardiopathies notamment. 28 patients avec un diagnostic inconnu (26,66%), 15 cas avaient une radiographie pulmonaire normale et 13 patients avaient une anomalie radiologique.

Discussion : Dans notre étude l'hémoptysie de petite abondance est la forme clinique la plus fréquente. Le téléthorax montre souvent une image anormale. L'origine inconnue reste élevée (40,36%) et est liée en partie à l'insuffisance en moyens d'exploration.

Après hospitalisation, repos et traitement hémostatique prescrit en 1^{re} intention avec surveillance hémodynamique et correction en cas de spoliation sanguine.

La demande des D-dimères sanguins est faite à partir des données radio cliniques et anamnestiques évocatrices surtout en cas d'embolie pulmonaire.

Le bilan doit être élargi comportant l'examen cardio-vasculaire voir un angio-scanner ou angio-IRM.

Conclusion : L'hémoptysie reste un symptôme alarmant de pronostic vital. Pour la recherche étiologique sur radiographie du thorax normale, malgré une hiérarchie bien définie des investigations complémentaires à réaliser celle-ci peut varier selon les équipes.

Pneumopathie infiltrante diffuse dans une consultation spécialisée : étude descriptive de 34 cas.

L. Laouar, B. Larbani, K. kadi, MT. Makhloufi, S. Nafti

Les pneumopathies infiltrantes diffuses PID est un groupe hétérogène d'affections du tissu pulmonaire pouvant être idiopathique ou secondaire à plusieurs pathologies. La PID Demeure l'une des pathologies qui pose problème au praticien, de part son diagnostic étiologique difficile dont rend compte la multiplicité des étiologies, et le long délai de prise en charge.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période 2 ans au sein de l'unité de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoire Léon Bernard d'Alger. 34 cas de pneumopathie infiltrante diffuse ont été colligés, dont le but est de décrire le profil étiologique de ses PID

Résultats : Il s'agissait de 10 Hommes et 24 femmes soit un sex-ratio de 0,42. L'âge moyen est de 59 ans (extrême de 42 à 78 ans). Un tiers des hommes était tabagique, les antécédents de maladies de système étaient retrouvés dans 3 cas. La toux représente le signe d'appel le plus fréquent (86%), puis la dyspnée (50 %); le délai entre le premier symptôme et la consultation médicale spécialisée était long d'environ 15 mois. L'examen physique retrouve des râles crépitants dans la moitié des cas, un hippocratisme digital dans 35% des cas, une atteinte cutanée chez 5 patients. L'imagerie thoracique retrouve un syndrome interstitiel isolé dans 18% des cas, associé à des adénomégalies médiastinales et hilaires dans 68% des cas, PID au stade de fibrose dans 34% des cas. A l'exploration fonctionnelle respiratoire, un syndrome restrictif (20 cas), un syndrome mixte (7 cas), et normale (7 cas). L'étiologie a été reconnue dans 11 cas : PID liée à une connectivité (7 cas), sarcoïdose (10 cas), origine médicamenteuse au Tegretol (1 cas), alvéolite allergique extrinsèque (1 cas), pneumoconiose (1 cas). Chez 14 malades soit 36% des cas, aucune étiologie n'a été retrouvée après exploration et la pneumopathie interstitielle a été classée alors idiopathique.

La corticothérapie per os et au long cours était prescrite chez 14 patients, traitement immunosuppresseur chez un malade, abstention et surveillance chez 19 patients. L'évolution a été marquée par la stabilisation de la maladie dans 5 cas, chez 6 malades l'installation de fibrose pulmonaire avec HTAP, diabète cortico induit chez deux patients, cataracte bilatérale chez

un cas, et le décès d'une malade dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue.

Conclusion : La pneumopathie interstitielle qu'elle soit idiopathique ou secondaire à une autre pathologie est grave. Le risque majeur est l'installation d'une insuffisance respiratoire. La décision thérapeutique demeure une étape délicate de la prise en charge qui doit tenir compte des bénéfices attendues et des risques encourus par les thérapeutiques.

Entreprise sans tabac

N. Akif, N. Liani, MS. Amari, H. Hamcheche, MA. Lamara

Introduction : Le tabagisme passif ou actif constitue l'un des risques les plus graves pesant sur la santé et la sécurité au travail et le médecin du travail doit être associé à la démarche dans la lutte anti tabac, ce qui a motivé notre étude.

Objectifs :

- Recenser les travailleurs fumeurs au niveau des entreprises.
- Informer les fumeurs sur les dangers du tabac et les sensibiliser au sevrage.
- Protéger la santé des non-fumeurs en milieu de travail.

Matériel et méthode :

- Enquête épidémiologique prospective initiée en Janvier 2009.
- Équipe du service de médecine du travail du CPMC d'Alger.
- Les entreprises étatiques et privées conventionnées avec notre service.
- Questionnaire du dossier médical type de la médecine du travail.

Résultats : 1626 travailleurs fumeurs. Le sexe masculin domine avec 95, 68 %. Les fumeurs sont représentés essentiellement par l'adulte jeune avec 60,92%. 63,82% des fumeurs sont affectés à la production et 36,18 % à l'administration.

Discussion : Le tabac est fumé dans la majorité des cas soit 74,05 % et la quantité du tabac consommé est de 4 à 10 cigarettes /J (51,35 %) et plus de 10 cigarettes /J (29,73 %). Le tabagisme sur les lieux de travail touche tous les travailleurs quelque soit leur poste de travail et leur secteur d'activité y compris les structures sanitaires avec absence d'emplacements réservés aux fumeurs.

Conclusion : L'urgence pour l'application de la législation actuelle et le renforcement de la motivation au sevrage tabagique afin de protéger la santé des fumeurs et des non-fumeurs en milieu de travail.

COMMUNICATIONS ORALES THÉMATIQUES

Particularités épidémiologiques et radio cliniques de la tuberculose de sujet Agé : une étude rétrospective sur 22 mois dans notre service

S. Lellou, N. Gueza, M. Bouhadda, D. Bourkadi, K. Djebri

Introduction : Malgré l'atteinte préférentielle du sujet jeune par le BK, la TBC reste un problème de santé publique pouvant intéresser toutes les tranches d'âge surtout dans les pays en voie de développement.

L'objectif étant d'évaluer les caractéristiques de la TBC dans cette tranche d'âge.

Méthode : Etude rétrospective sur dossiers de 18 tuberculeux âgés de plus de 60 ans, hospitalisés entre janvier 2011 et Novembre 2012 au service pneumologie.

Résultats : Nous avons recensé 18 cas sur 46 patients. Le sexe ratio était de 16H/2F, la notion de contagé était positive dans 9 cas seulement. Le délai de consultation était de 1.7 mois en moyenne. Le tabagisme actif était retrouvé dans 10 patients (21 P/A), Sevré chez 3 d'entre eux. Les signes étaient une altération de l'état général (92%), confusion (31%), douleur thoracique (25%), hémoptysie (19%), dyspnée (23%).

Des comorbidités étaient retrouvées dans (59% des cas), HTA (4 cas), Diabète (3 cas), BPCO (2 cas), cardiopathie (2cas), Asthme (2cas), hémopathie (1cas).

2 patients présentaient un cancer bronchique au moment du diagnostic. Les lésions radiologiques étaient bilatérales dans 43% des cas, basales (11%), Excavées dans 2 cas seulement, associées à une pleurésie dans 66 %, l'IDRT positive dans 6 cas, ainsi que les BK dans les crachats dans 10 cas seulement, la preuve par biopsie pleurale était apportée dans 4 cas.

Conclusion : l'âge avancé, les comorbidités, le tabagisme chronique expose à des formes peu spécifiques de la TBC chez les sujets âgés, expliquant le retard diagnostic et les difficultés de prise en charge de ces patients.

Difficultés diagnostiques du cancer bronchique chez le sujet âgé.

S. Lellou, D. Bourkadi, N. Gueza., K. Djebri, M. Bouhadda

Le vieillissement des organes vitaux ainsi que la fréquence des Co morbidité chez le sujet âgé expose le praticien à certaines difficultés diagnostiques dont les causes ont été rapportées par ce travail incluant 39 cas de cancers colligés en 3 ans (2010-2012).

L'âge moyen était de 67 ans. Le diagnostic histologique a été obtenu dans 33 cas contre 6 cas ou on ne s'est contenté que d'une cytologie carcinomateuse. La difficulté était du faite d'une comorbidité dans 2 cas, le décès du patient dans 2 cas, et de la négativité du prélèvement dans 2 autres cas.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 17.85 jour durant laquelle les patients ont bénéficiés d'un traitement symptomatique dans 79.48% des cas, d'une antibiothérapie pour une infection broncho-pulmonaire dans 25.64% des cas et d'un traitement d'une comorbidité instable dans 25% des cas. A noter que l'état général des patients était altéré dans 46% des cas.

Conclusion : le cancer bronchique chez le sujet âgé se distingue par la fréquence de l'altération de l'état général qui affecte considérablement la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Le sujet âgé bénéficie moins du traitement curatif d'où l'intérêt de développer la qualité des soins palliatifs.

Rôle de la lutte anti tabac et de l'orientation précoce.

Pneumothorax spontané chez le sujet âgé

M. Bouhadda, D. Bourkadi, N. Gueza, H. Bousehaba, S. Lellou

L'objectif de ce travail est de rechercher les étiologies et l'analyse de l'évolution du pneumothorax spontané chez le sujet âgé. Il s'agit d'une étude rétrospective sur 3 ans (2010-2012) portant sur 10 dossiers de patient âgé de 60 ans et plus pris en charge dans le service de pneumologie EHU d'Oran.

10 cas ont été retenus, 8 hommes et 2 femmes l'âge moyen était de 66.2 ans .Le tabagisme était présent dans 60% des cas avec une moyenne de 43 P/A .Le tabagisme passif intéressait surtout les sujets de sexe féminin. Le pneumothorax spontané secondaire représentait la totalité des cas et est du principale-

ment à des bulles d'emphysème dans 70% des cas, des infections parenchymateuses sous jacentes dans 30% des cas, et à la DDB séquanien dans un seul cas. Le pneumothorax spontané primitif était absent dans notre série.

Concernant la répartition du pneumothorax selon son aspect radiologique : décollement total dans 70% des cas, décollement partiel dans 30% des cas. L'épanchement était mixte dans 30% des cas (pyopneumothorax). Quant au traitement : l'exsufflation à l'aiguille a été pratiqué dans 3 cas, drainage thoracique dans 7 cas et abstention avec un retour spontané du poumon à la paroi dans un seul cas. Aucune complication liée au drainage thoracique n'a été relevée. Toutefois, on a noté une durée d'hospitalisation moyenne de 15.7 jours ce qui pourrait être expliqué par le traitement symptomatique administré, la prise en charge des pathologies en cause et des Co morbidités plus fréquente dans cette tranche d'âge des patients.

Conclusion : Bien que l'évolution était globalement favorable, les comorbidités et le traitement étiologique du pneumothorax spontané constitue une problématique dans la prise en charge chez le sujet âgé.

Profil de la tuberculose pulmonaire chez le sujet âgé : A propos d'une série de 2 années

R. Heddane, MR. Selmani, A. Romane, I. Touari, A. Djabbar

Dans les pays développés, l'incidence de la tuberculose pulmonaire augmente avec l'âge, elle apparait encore plus chez les sujets vivants en institution.

Les auteurs s'intéressent, à travers une étude rétrospective comparative, à évaluer la place de cette affection chez les sujets âgés dans un pays en voie de développement. Celle-ci s'est faite à travers une série de 153 patients atteints de tuberculose pulmonaire recrutés par le service sur une période de 02 années (2011,2012).

L'âge des patients est compris entre 16-92 ans, 22 d'entre eux, soit 14,37 % avaient un âge supérieur ou égal à 60 ans.

Ainsi l'étude a porté sur deux groupes : le 1er dénommé G1 et incluant 131 patients d'âge inférieur à 60 ans. Le second dénommé G2 comprenant les 22 autres, d'âge supérieur à 60 ans. L'intérêt s'est porté sur 5 paramètres : le mode d'infection, le statut immunitaire, l'aspect radiologique lésionnel, les tares associées et enfin l'évolution thérapeutique, ce qui a permis de dégager un profil chez le sujet âgé atteint de tuberculose pulmonaire.

BPCO du sujet âgé

F. Chaouki, O Maache, H Ailane, A. Djebbar

La bronchopneumopathie chronique obstructive du sujet âgé, pathologie respiratoire assez répandue, peut s'associer à de nombreuses pathologies, parfois invalidantes et les fréquences colligées sont disparates.

Nos objectifs sont : la détermination de la fréquence et de la sévérité de la BPCO selon GOLD et le BODE index, la recherche : des comorbidités associées, des contre-indications et/ou prédispositions à d'éventuels accidents thérapeutiques chez le sujet âgé.

Notre étude prospective concerne 46 patients (42 hommes, 4 femmes), d'âge moyen = 75 ans (extrêmes : 66 - 88ans) qui ont tous bénéficié d'une mesure du BMI, de la pression intraoculaire (PIO Nle < 20 mm Hg) et d'investigations cardiovasculaire, fonctionnelle respiratoire, hormonale, métabolique et radiologique. La majorité de nos patients (74%) ont une BPCO avancée :

stade III (41.3%) et stade IV (32.7%). Une maigreur (BMI<18.5) et un excès pondéral (BMI>25) sont notés dans 26% et 28% des cas respectivement.

La répartition des comorbidités répertoriées s'établit comme suit : cardiopathies, endocrinopathies syndrome métabolique, anémie, diabète.

La présence de comorbidités est notée chez 34/46 patients (73.9%), dont la majorité (43.5%) avait plusieurs comorbidités. La constatation d'une augmentation de la PIO (17.4%) et d'une hypertrophie prostatique (37%) a contribué à un choix thérapeutique judicieux. Dans les 2 sexes, une relation étroite est retrouvée entre l'intensité de la BPCO et la survenue des différentes comorbidités, dont la fréquence et la sévérité paraissent liées à l'âge. La BPCO du sujet âgé constitue un facteur de risque pour de nombreuses comorbidités, de gravité variable et dont les effets délétères sur un terrain déjà fragilisé sont bien établis. Leur dépistage précoce et leur prise en charge adéquate, multidisciplinaire auront un impact bénéfique indubitable sur la qualité de vie.

Quels critères spirométriques faut-il choisir pour le diagnostic de la BPCO du sujet âgé ?

M. Bougrida, M. K.Bourahli, M. Ghamaout, M. Martani, H. Mehdioui

La broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO constitue un problème de santé publique de plus en plus important, elle représente 4 à 10% de la population adulte. La problématique de la BPCO du sujet âgé de plus de 65 ans est dans sa définition et les critères fonctionnels du diagnostic.

L'absence des valeurs de référence spirométriques propre au sujet âgé, la difficulté d'évaluer la part du vieillissement dans le déclin de la fonction ventilatoire et le fait d'utiliser le rapport VEMS/CVF (GOLD), VEMS/CVL (ERS) ou la limite inférieure de la norme (ATS/ERS). Tous ces facteurs peuvent sous estimer ou sur estimer le diagnostic de la BPCO chez le sujet âgé. Pour répondre à ces interrogations, nous avons comparé les résultats de 100 patients âgés de plus de 65 ans par rapport à ces trois définitions.

Les résultats ont montré que l'utilisation de limite inférieure de la norme donne moins de patients étiquetés BPCO (34%), versus pourcentage fixe (20%) du rapport VEMS/CV (52%).

Discussion : La difficulté pour la mise en évidence du déficit ventilatoire obstructif chez le sujet âgé est le manque de valeurs de référence au-delà la limite d'âge de la population d'étude à partir de la quelle sont tirés les valeurs de référence. Concernant les valeurs de référence Algériennes la limite d'âge est de 73 ans.

L'autre difficulté est l'évaluation de la part du vieillissement physiologique dans le déclin de la fonction ventilatoire et le cumul des maladies et infections respiratoire depuis l'enfance, ainsi que les comorbidités surtout cardiovasculaires peuvent biaiser le diagnostic.

En conclusion : Les spécificités du sujet âgé atteint de BPCO méritent d'être prises en considération dans la prise en charge de la BPCO.

Mots clés : BPCO, vieillissement, valeurs de référence

Profil Etiologique et évolutif des Exacerbations de BPCO du sujet âgé

DJ. Terfani, S. Lellou, K. Djebri, H. Boushaba

L'exacerbation est la complication évolutive la plus fréquente de la BPCO c'est une Aggravation des symptômes perçus comme

anormaux par le patient par rapport à son état de base.

L'objectif de cette étude était de déterminer le profil étiologique et évolutif des exacerbations de BPCO des sujets âgés hospitalisés entre 2009 et 2011.

Nous avons colligé 32 patients, 1 femme et 31 hommes, l'âge moyen était de 57ans, 13 patients étaient âgés de 70 ans et plus tous tabagiques avec une intoxication tabagique cumulée moyenne de 40.5 paquets/année. 8 de nos patients étaient connus porteurs de BPCO et 5 patients présentaient une exacerbation inaugurale. La symptomatologie était dominée par la l'aggravation de la dyspnée notée chez l'ensemble des patients, les signes cliniques et biologiques d'infection chez 7 patients. La radiographie du thorax faite chez 10 patients était normale dans 2 cas, un syndrome bronchique dans 4 cas, un pneumothorax dans 2 cas, Condensation alvéolaire dans 2 cas. Le scanner thoracique fait dans 9 cas a objectivé un processus néoplasique dans 3 cas, une embolie massive dans 1 cas et des images bulleuse géantes dans 5 cas. L'évaluation cardiaque a retrouvé une HTAP dans 6 cas, une cardiopathie gauche dans 5 cas, la gazométrie faite chez 4patients objective Hypoxie hypercapnie avec des signes d'acidose dans un cas, une hypoxie hypocapnie avec des signes de compensation dans 1 cas et une hypoxie isolée dans 2 cas. Concernant les étiologies : la cause infectieuse vient en tête chez 7 patients, vient ensuite le cancer bronchique 3 cas, le pneumothorax 2cas, l'embolie pulmonaire 1 cas. Pour ce qui est de la prise en charge thérapeutique, en plus de l'optimisation du traitement de fond les antibiotiques ont été prescrits dans 7 cas, les anticoagulants dans 7 cas, les corticoïdes parentérales dans 5 cas. Concernant l'évolution on déplore 2 décès 1cas d'embolie pulmonaire massive et un cas de pneumopathie fulminante, retour à l'état stable dans 8 cas et transfert en réanimation dans 3 cas.

Conclusion : L'exacerbation représente un tournant évolutif majeur de la BPCO, sa prévention fait partie intégrante de sa prise en charge mais cela ne doit pas détourner notre attention pour la lutte anti tabac.

Profil des dyspnées aiguës chez le sujet de 3^e âge : A propos d'une série de 1017 cas

S. Hamoud, A. Ouahchi, A. Djebbar

Les études sur les dyspnées aiguës chez le sujet âgé sont très peu documentées dans la littérature mondiale, alors qu'elles sont le plus souvent à l'origine de décès chez ces patients de troisième âge.

Le vieillissement des organes vitaux, ainsi qu'une fréquence élevée de comorbidité dans cette tranche d'âge, font que la symptomatologie aiguë, mise en avant, serait l'expression d'un tableau clinique complexe et atypique, souvent intriqué par l'association d'une symptomatologie pulmonaire et cardiaque. De ce fait le diagnostic étiologique est rendu fréquemment difficile.

Les auteurs se sont intéressés aux différentes étiologies de la dyspnée aiguë rencontrées chez les sujets de 3^e âge.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 2 années, portant sur 1017 dossiers de malades, âgés de 65 ans et plus, colligés dans 2 services différents, pneumologie (n : 314) dénommé G1 et Cardiologie (n : 703) dénommé G2, du CHU de Batna.

Le but de notre travail est :

- De cerner le profil de ces malades à travers l'étiologie de cette détresse respiratoire aiguë.
- De proposer une conduite à tenir devant améliorer la prise en

charge de l'I.R.A. chez le sujet âgé.

Si les décompensations de BPCO occupent le 1^{er} rang chez les malades en G1 avec une fréquence de 57,64%, par contre l'étiologie des dyspnées aiguës en G2 est dominée par la décompensation cardiaque gauche, représentant à elle seule 67,81%. La comorbidité apparaît plus élevée que variée dans G1 que dans G2. L'imprégnation tabagique est présente chez 85 % en G1 versus 53 % en G2.

Spécificités du cancer bronchique primitif du sujet âgé

N. Lekehal, K. Bentata, B. Ziane, Y. Berrabah

Le cancer bronchique primitif est le cancer le plus fréquent en incidence dans le monde. Au diagnostic plus de 50% des patients ont plus de 65ans et 30% plus de 70ans, à partir de cet âge la prise en charge thérapeutique devient plus difficile en raison des comorbidités, l'altération de l'état général et du pronostic réservé du cancer bronchique non opérable.

Le but de notre étude prospective type descriptive durant le premier semestre 2012 est d'établir un profil clinique et histologique du cancer bronchique primitif du sujet âgé (âge >ou =70ans). 50 patients ont été inclus, le diagnostic histologique est posé sur des biopsies faites par fibroscopie bronchique.

Tous les patients sont de sexe masculin, l'âge moyen est de 74,8ans (70-81).la consommation du tabac est en moyenne de 37,14paquets/année (16-120).seulement 5 patients (10%) sont non tabagiques .l'exposition professionnelle à un carcinogène est retrouvée chez 21(42%) patients ; tous retraités. Le motif de consultation est principalement l'Altération de l'état général (60% ont un performance statut PS entre 3 et4) plutôt que les symptômes respiratoires. On retrouve une comorbidité chez 29((58%) patients.la masse tumorale est proximale dans 78%des cas.la répartition histologique est la suivante : carcinome épidermoïde 58%.adénocarcinome 34%.carcinome a petite cellules 08%. le tabagisme et l'exposition professionnelle restent les principaux facteurs de risque, l'âge n'en est pas un mais il compromet lourdement les choix thérapeutiques.

Place de la Chimiothérapie anticancéreuse chez le sujet âgé

R. Djebaili, B. Haddad, A. Romane, I. Touari, A. Djebbar

Le cancer bronchique du sujet âgé pose un problème de prise en charge thérapeutique. Ceci s'explique par l'arrivée tardive à la consultation de cette catégorie de patient d'une part et à la présence de tares sous jacentes inhérentes à l'âge d'autre part. Cause pénalisant l'accès à la cure chirurgicale et ouvrant par conséquent celui des traitements palliatifs.

33 patients présentant tous un cancer bronchique primitif représentés par 30 hommes et 3 femmes ont été mis sous chimiothérapie anticancéreuse dans notre service et les protocoles proposés chez nos patients sont le Cisplatine- Gemzar chez 19 patients (57,57%), Cisplat-Taxotère chez 9 malades (27,27%), le CAP dans 5 cas (15%).

Les auteurs font une étude comparative a travers plusieurs paramètres avec un second groupe de patients d'âge inférieur à 65ans inopérables pour diverses raisons et essayent d'évaluer le bénéfice réel dans le traitement antimitotique chez les personnes âgées.

Quels sont les risques de la chirurgie du cancer bronchopulmonaire chez le sujet âgé : A propos d'une étude de 54 cas

Y.M. Medjdoub, A. Nekhla, C. Bechikhi, H. Chaouche

But : L'objectif de cette étude est de préciser les risques de la chirurgie chez les sujets âgés par rapport au pronostic de ce même risque chez les sujets plus jeunes.

Méthodes : Sur une période de quatre années (2004-2008), 8% des patients opérés pour cancer bronchopulmonaire non à petites cellules avaient plus de 65 ans.

Les patients ont été opérés à ciel ouvert par thoracotomie et précédés par une exploration pré opératoire particulièrement exhaustive dans cette catégorie d'âge et comprenant systéma-

tiquement un examen cardiovasculaire, une exploration fonctionnelle respiratoire avec scintigraphie ainsi qu'une évaluation de la fonction post opératoire prédictive pouvant parfois contre indiquer le geste chirurgical. La lobectomie a été le geste le plus souvent réalisé suivie de la bi-lobectomie et de la pneumonectomie. 2 patients ont bénéficié d'une thoracotomie exploratrice associée à une biopsie.

Conclusion : Bien que les résultats de la morbi-mortalité soient élevés chez les sujets âgés ces derniers doivent quand même bénéficier de la chirurgie qui permet d'obtenir de les optimiser. Cette attitude passe obligatoirement par une amélioration de la détection du stade précoce de la maladie. Le taux de létalité global est proportionnellement proche dans les 2 groupes. Il est de 5,73% en G1 et de 5,83% en G2.

- **Important** : Les textes sont fidèlement reproduits dans ce recueil

POSTERS

La Sarcoïdose médiastino-pulmonaire : expérience d'un service sur 5 ans.

Abderrahim.S

kariabderah@yahoo.fr

auteur 2: Benhadj tahar.N

lieu exercice Auteur 2: Hôpital civil de Blida

auteur 3: Hadjer.N lieu exercice Auteur 3: Hôpital civil de Blida

auteur 4: Kheloui.K lieu exercice Auteur 4: Hôpital civil de Blida

auteur 5: O.Saighi lieu exercice Auteur 5: Hôpital civil de Blida

abstract: Introduction : La sarcoïdose est une maladie granulomateuse diffuse d'étiologie inconnue, ayant une prédilection pour l'appareil respiratoire.

Objectif : Etude du Profil radio-clinique des sarcoïdoses hospitalisées, des modes de diagnostic ainsi que de l'évolution de la maladie.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers de patients admis à l'hôpital comportant 32 cas colligés du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2011.

Résultats : Une nette prédominance féminine a été notée (90,6%).

La femme de 30-39 ans était la plus touchée (31,2%).

La découverte était faite à l'occasion de manifestations extra-respiratoires dans 25% des cas et dans la majorité des cas à l'occasion de signes fonctionnels respiratoires (40,6%).

Radiologiquement, le stade I était retrouvé dans 34,4 %, le stade II dans 59,4 % et le stade III dans 6,2%.

La confirmation histologique a été obtenue dans 62,5% des cas représentée essentiellement par la biopsie par médiastinoscopie dans 7 cas puis des autres sites biopsiques : bronchiques étagées et/ou trans bronchiques dans 5 cas, ganglionnaire périphérique dans 4 cas, cutanée dans 1 cas, laryngée dans 1 cas, association biopsie trans pariétale pulmonaire et ganglionnaire périphérique dans 1 cas, association biopsie bronchique et cutanée dans 1 cas. Dans 12 cas, le diagnostic a été porté sur un faisceau d'arguments dont 7 sont des syndromes de Löfgren. Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie systémique a été administrée chez 56,2% des patients. L'évolution de la maladie est favorable dans 50 % des cas sans pour autant parler de guérison vu le manque de recul ; la guérison avec un recul de 24 à 36 mois a été obtenue dans 37,5% ; dans 1 cas nous avons eu une aggravation et avons recensé 3 perdus de vue.

Conclusion : La sarcoïdose est une maladie ubiquitaire non exceptionnelle.

Hépatotoxicité des antituberculeux : à propos de 18 cas.

Abderrahim.S

lieu exercice orateur: Hôpital civil de Blida

email: kariabderah@yahoo.fr

auteur2: N.Benhadj Tahar

lieu exercice Auteur2: Hôpital civil de Blida

auteur3: Lehachi.A

lieu exercice Auteur3: Hôpital civil de Blida

auteur4: Nacef.L

lieu exercice Auteur4: Hôpital civil de Blida

auteur5: Saighi.O

lieu exercice Auteur5: Hôpital civil de blida

abstract: Introduction:

L'hépatotoxicité est un risque majeur et sérieux du traitement antibacillaire et peut limiter son utilisation.

Matériel et méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée dans le service où ont été inclus les patients hospitalisés ayant développé une hépatite aigüe au cours du traitement antituberculeux.

Résultats: 18 cas d'hépatites toxiques aux anti bacillaires sont colligés sur une période de 5 ans allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2011. Il s'agit de 7 hommes et 11 femmes avec une moyenne d'âge de 41,7 ans. L'atteinte tuberculeuse était pulmonaire dans 10 cas, pleurale (3 cas), ganglionnaire périphérique (2 cas), vésicale (1 cas), pulmonaire et endocardique (1 cas) et multifocale (1 cas). L'hépatite a été constatée dans la majorité des cas (55,5%) dans un délai d'1 à 2 mois après le début du traitement spécifique. Le taux des transaminases variait entre 4 et 23 fois la normale. Dans tous les cas, les sérologies hépatitiques B et C sont négatives. Tous ces patients ont bénéficié d'un arrêt immédiat des anti bacillaires. La normalisation des transaminases a été obtenue pour la majorité (88,8%) dans un délai de 7 à 15 jours. Les médicaments sont ensuite réintroduits avec doses minimales d'INH et R selon les recommandations du programme national. L'évolution a été bonne dans 77,7% des cas. Le traitement n'a pu être repris chez 1 patiente du fait de l'aggravation de la cytolysse à chaque réintroduction et est décédée suite à l'étendue des lésions pulmonaires; un schéma thérapeutique sans INH a été prescrit dans 2 cas; Un décès est survenu suite à une hépatite fulminante. Conclusion: l'hépatotoxicité aux anti bacillaires nécessite une vigilance particulière et un suivi rigoureux.

Métastases pleurales d'un synoviosarcome, à propos d'un cas

W.Abderrahmani

lieu exercice orateur: service de pneumologie- CHU Tizi-ouzou

email: messadi.mohamesalah@yahoo.fr

auteur2: W.Megueni lieu exercice Auteur2: service de pneumologie- CHU Tizi-ouzou

auteur3: B.Ait kaci lieu exercice Auteur3: service de pneumologie- CHU Tizi-ouzou

auteur4: MS. Messadi lieu exercice Auteur4: service de pneumologie- CHU Tizi-ouzou

abstract: - Les plus grands pourvoyeurs de carcinomatose pleurale sont les carcinomes de nature glandulaire ou adénocarcinomes, mais on peut rencontrer d'autres types de carcinomes, des mélanomes, lymphome, mais aussi des sarcomes.

-Les synoviosarcomes, tumeurs conjonctifs malignes beaucoup plus rares que les carcinomes (Environ 10 à 15% des tumeurs de l'adulte) sont réputés comme étant de diagnostic histologique difficile, en raison de : la difficulté de déterminer le tissu d'origine par l'histologie, dans certains cas et de la difficulté d'établir un pronostic dans d'autres cas

-Les synoviosarcomes siègent plus fréquemment au niveau des extrémités, en particulier les membres inférieurs : cuisses, genoux, pieds. La topographie est souvent juxta-articulaire comme dans notre observation.

Le cas que nous rapportons est celui d'une femme de 54 ans, hypertendue et diabétique qui consulte pour une dyspnée d'effort devenant rapidement dyspnée de repos, associée à une toux sèche. Il existe aussi des signes généraux ainsi qu'une notion de comptage tuberculeux. L'examen clinique retrouve un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit de grande abondance et une petite lésion cutanée de la malléole interne homolatérale. L'exploration, notamment l'étude anatomopathologique du prélèvement pleural : prolifération cellulaire maligne mésoenchymateuse complétée par l'étude immunohistochimique cutanée : CD99 + vimentine + et CK E1/E3 et PS 100 + , ont conduit à un synovial sarcome de la cheville avec localisations pleurales secondaires. Conclusion : Nous avons relevé les difficultés d'identification histopathologique dans ce cas observé : intérêt de l'immunohistochimie

Les limites du rapport VEMS/CVF dans l'appréciation des troubles ventilatoires obstructifs chez les asthmatiques

S. Sellami, M. Abouda, F. Yangui, M. Triki, A. Hedhli, H. Khouani, MR. Charfi Service de Pneumologie. Hôpital des FSI. La Marsa. Tunisie

Introduction : L'asthme est une maladie inflammatoire chronique de la muqueuse bronchique, qui se traduit par une obstruction bronchique réversible. Cette obstruction se manifeste à la spirométrie par un trouble ventilatoire obstructif (TVO) définie par un rapport VEMS/CV<75% avec une CV correspondant à la capacité vitale lente.

But : Evaluer l'intérêt de la pratique d'un test de réversibilité chez les patients ayant un rapport VEMS/CVF>75%.

Matériel et méthodes : Étude rétrospective sur l'année 2012 qui a inclus tous les patients d'âge supérieur à 18 ans consultant pour une symptomatologie fortement évocatrice d'asthme. Ces patients ont bénéficié d'une spirométrie avec test de réversibilité aux β_2 mimétiques. Les patients ayant répondu aux critères de réversibilité de la CVF et/ ou du VEMS ont été sélectionnés.

Résultats : Sur un total de 245 patients ayant une suspicion d'asthme, 115 répondent aux critères de réversibilité à la spirométrie. Seuls 21 ont une réversibilité de la CVF et/ou du VEMS avec un rapport VEMS/CVF normal. La moyenne d'âge de nos patients est de 48,4 ans avec un sex ratio de 0,3. Le VEMS moyen est de $78,6 \pm 12\%$ ($2,3 \pm 0,7$ L) avec une réversibilité moyenne de $17,6 \pm 7,2\%$ ($0,3 \pm 0,1$ L). La CVF moyenne est de $84 \pm 14,3\%$ ($2,9 \pm 14,3$) avec une réversibilité moyenne de $12,8 \pm 9,2\%$ ($0,3 \pm 0,2$ L).

Conclusion : La CVF ne reflète pas fidèlement la CV. L'absence de diminution du rapport VEMS/CVF ne peut pas être un facteur limitant à la pratique d'un test de réversibilité en particulier chez les patients présentant une symptomatologie évocatrice d'asthme.

Hémoptysies graves : manifestation rare de la sarcoïdose

A. Hedhli, F. Yangui, M. Triki, M. Abouda, S. Sellami, H. Khouani, MR. Charfi Service de Pneumologie. Hôpital des FSI. La Marsa. Tunisie

Introduction : La sarcoïdose thoracique est rarement l'origine d'hémoptysies. Dans la majorité des cas, les hémoptysies sont observées dans les formes avec atteinte pulmonaire évoluée. Très rarement, les hémoptysies peuvent être révélatrices de la sarcoïdose. Nous rapportons un cas clinique de ce type.

Observation : Il s'agit d'un homme de 35 ans, ancien tabagique, hospitalisé pour hémoptysie de grande abondance. Il présente comme antécédents une cirrhose hépatique éthylique et une cardiomyopathie dilatée ayant eu un remplacement valvulaire mitral par valve mécanique. L'examen clinique est normal. La radiographie du thorax a montré une cardio-

mégalye avec gros hiles bilatéraux. Le scanner thoracique a mis en évidence des adénomégalyes médiastinales bilatérales non compressives avec épaississement septal nodulaire à prédominance bi lobaires inférieurs faisant évoquer une sarcoïdose. Une embolisation artérielle n'a pas été indiquée. La fibroscopie bronchique a objectivé une inflammation diffuse et importante de la muqueuse bronchique qui saignait au moindre contact avec présence de taches blanchâtres. Le lavage broncho alvéolaire n'a pas objectivé d'alvéolite avec une formule cellulaire normale et les biopsies des éperons bronchiques ont été normales. Une médiastinoscopie avec biopsies des adénomégalyes médiastinales a confirmé le diagnostic de sarcoïdose médiastino-pulmonaire en objectivant à l'examen anatomopathologique une lymphadénite granulomateuse sans nécrose. L'exploration fonctionnelle respiratoire n'a pas montré de trouble ventilatoire. L'évolution a été marquée par la récurrence des hémoptysies de grande abondance. Sur le plan cardiaque, une échographie cardiaque a objectivé un ventricule gauche très dilaté non hypertrophié avec une hypokinésie globale sévère à fonction systolique très altérée et une HTAP moyenne. L'ECG a montré un bloc de branche gauche complet sans troubles de rythmes à l'holter rythmique. L'IRM cardiaque a révélé une prise de contraste faisant évoquer une atteinte cardiaque de la sarcoïdose motivant l'introduction d'une corticothérapie par voie générale ce qui a permis l'arrêt du saignement.

Conclusion : La survenue d'hémoptysie au cours de la sarcoïdose est un événement rare et souvent grave. La place de la corticothérapie systémique en cas d'hémoptysie reste controversée mais elle mériterait d'être évaluée dans les formes précoces.

La démarche diagnostique et la prise en charge des accidents graves au cours de la tuberculose liés au traitement par l'association de drogues fixes

N. Belloumi, H. Daghfous, R. El Bay, S. Ben Saad, F. Tritar

Service de Pneumologie, Pavillon C- Hôpital Abderrahman Mami- Ariana-Tunis

Introduction : L'utilisation de l'association de drogues fixes (ADF) dans le traitement de la tuberculose (TB) assure une meilleure compliance par rapport au traitement antituberculeux standard mais au dépend d'une toxicité non négligeable qui pose un problème de prise en charge.

Buts : Décrire les accidents graves liés au traitement par l'ADF et établir la démarche diagnostique et la conduite thérapeutique devant un accident grave.

Patients et Méthodes : Parmi 106 patients tuberculeux traités par ADF (isoniazide 75 mg + rifampicine 150 mg + éthambutol 275 mg et pyrazinamide 400 mg) entre juillet 2009 et Décembre 2012, 43 accidents graves ont été colligés chez 27 patients (25,4%).

Résultats : Un seul accident grave était noté chez 17 patients (63%) et plus d'un accident dans 10 cas (37%). Le délai moyen d'apparition par rapport au début du traitement était de 31 ± 36 jours (2- 150 jours). Les accidents graves étaient multiples : Thrombopénie (n = 9), hépatite (n = 10 cas), urticaire (n = 9 cas), leucopénie (n = 5), trouble neuropsychiatriques (n = 2). Après l'épreuve de réintroduction des drogues antituberculeuses séparées indiquée dans 24 cas, le médicament incriminé était la pyrazinamide dans 16 cas (57%), la rifampicine dans 11 cas (43%), l'isoniazide et l'éthambutol dans respectivement 6 cas (22%) et 7 cas (26%). L'arrêt transitoire du traitement par ADF était indiqué dans 3 cas (thrombopénie transitoire). L'indication d'une accoutumance orale rapide était posée dans 4 cas (19%) : isoniazide (n = 2 cas), pyrazinamide (n = 2) et éthambutol (n = 2) et s'est déroulée avec succès chez 2 patients. L'association d'une drogue de 2ème ligne (lévofloxacine et éthionamide) était indiquée dans 2 cas. L'évolution après modification du schéma thérapeutique était favorable dans 21 cas (78%). Six patients sont encore sous traitement.

Conclusion : Le caractère imprévisible des accidents graves liés à l'ADF impose une surveillance hospitalière de tout patient traité pour TB. Quelle que soit l'alternative thérapeutique, le recours aux médicaments anti-tuberculeux séparés s'impose.

Les métastases inhabituelles aux cours du cancer bronchopulmonaires

R. El Bay, H. Daghfous, N. Belloumi, S. Ben Saad, F. Tritar
Service de Pneumologie- Pavillon C- Hôpital A. Mami- Ariana

Introduction : Les sites métastatiques habituels au cours du cancer broncho-pulmonaires sont le foie, les surrénales et l'os. Toutefois, d'autres localisations métastatiques ont été exceptionnellement rapportées

dans la littérature telle que les localisations cutanées, musculaires, digestives et amygdaliennes. Celles-ci peuvent être révélatrices de la maladie ou peuvent survenir au cours de la progression de la maladie.

But : Décrire les particularités cliniques, les moyens de confirmations et l'évolution des métastases inhabituelles au cours du cancer broncho-pulmonaire.

Matériels et Méthodes : Parmi 264 patients présentant un cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules confirmé et colligés durant la période allant de Janvier 2000 à Décembre 2012, nous avons notés 15 localisations secondaires du cancer broncho-pulmonaire.

Résultats : Il s'agissait de 13 hommes et 2 femmes âgés en moyenne de 64 ans (44- 79 ans). Les métastases cutanées étaient les plus fréquentes, rapportées dans 7 cas. Les métastases musculaires étaient notées dans 5 cas. Ailleurs, les métastases amygdaliennes et pancréatiques étaient plus rares notées respectivement dans 1 et 2 cas. La métastase était révélatrice du cancer broncho-pulmonaire dans 82% des cas et elle s'associaient à d'autres métastases viscérales dans 12 cas. Le type histologique était un adénocarcinome dans 8 cas, un carcinome à petite cellule dans 4 cas, un carcinome épidermoïde et carcinome adénoquameux et carcinome neuroendocrine à grande cellule dans 1 cas chacun. L'évolution sous chimiothérapie était défavorable dans tous les cas avec une survie moyenne de 2,5 mois (21 jours- 5 mois).

Conclusion : Les métastases inhabituelles au cours des cancers broncho-pulmonaires sont toujours de mauvais pronostic avec une survie ne dépassant pas quelques mois.

Place de la chirurgie dans les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) avec atteinte des ganglions médiastinaux homolatéraux (N2)

K Achour, S Ameer, A Nekhla, H Chaouche. Chirurgie thoracique .Hôpital Mustapha

Abstract /Le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avec atteinte ganglionnaire médiastinale homolatérale (N2) est un cancer de mauvais pronostic ayant moins de 30% de survie à 5ans pour les patients opérés. La stratégie de prise en charge dépendra essentiellement de la taille tumorale, de ses rapports avec les structures avoisinantes, et de son SUVmax à la TEP ; du caractère « Bulky » des ganglions, et du nombre de sites ganglionnaires médiastinaux atteints.

Les moyens thérapeutiques peuvent associer : chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie. Dans certains cas la chirurgie est proposée de première intention lorsque les facteurs pronostiques sont bons ou dans le cas des N2 non diagnostiqués avec un risque chirurgical faible (lobectomie). Mais souvent le N2 clinique est manifeste et au mieux confirmé par médiastinoscopie, il est proposé alors en premier un traitement d'induction et ce n'est que si il est répondeur, à savoir un down staging ganglionnaire prouvé et un SUVmax tumoral bas, qu'un traitement radical est pratiqué dans un second temps. La prise en charge des cancers N2 reste encore sujette à discussion. La chirurgie se fait pratiquement toujours dans le cadre d'un traitement multimodal et elle reste en général l'élément qui confère à ce traitement une certaine efficacité.

Présentation atypique d'un épanchement péricardique de grande abondance : à propos d'un cas.

ADILA.F (1)

lieu exercice orateur: (1) Service de pneumologie ,EPH Tamanrasset . email: faresadila@hotmail.fr

auteur2: KHELLASSI.Y (2)

lieu exercice Auteur2: (2) Service d'imagerie ,EPH Tamanrasset

abstract: Introduction:Le diagnostic d'un épanchement péricardique est le plus souvent évident, reposant sur la clinique et les données échocardiographiques ; néanmoins, dans de rares cas, le différencier d'une formation kystique d'origine médiastinale est quasi impossible et c'est le cas de notre malade.

Observation:Il s'agit d'un homme âgé de 34 ans, aux antécédents d'ascite d'origine indéterminée traitée par diurétique un an auparavant, consultant pour une symptomatologie respiratoire chronique depuis trois mois ,faite d'une toux sèche ,oppression thoracique et une dyspnée d'aggravation progressive pour devenir au moindre effort actuellement . L'examen clinique retrouve un patient conscient, coopératif ; en état général conservé, apyrétique, tachycarde, polypnéique et hypotendu avec des signes d'insuffisance cardiaque droite.

Discussion:Les données cliniques, l'ECG, l'échographie cardiaque ainsi que les explorations radiologiques n'orientant pas vers un épanchement péri-

cardique mais plutôt vers une formation kystique occupant les trois étages du médiastin et compliquant d'un syndrome cave supérieur. Ce n'est qu'en per opératoire (sternotomie) que le diagnostic fut posé.

Conclusion: Devant une volumineuse formation kystique médiastinale, le diagnostic d'épanchement péricardique devrait être évoqué malgré sa rareté.

PNEUMOPATHIES INFILTRANTES DIFFUSES

A propos de 17 cas

N. Adimi, S. Nafti

Clinique des maladies respiratoires « D.LARBAOUI » CHU Mustapha Alger
Toute affection respiratoire dont l'atteinte lésionnelle principale concerne l'interstitium du poumon peut se définir comme une pneumopathie infiltrante diffuse ou PID. Elles regroupent ainsi un ensemble très hétérogène de maladies, près de 200 entités différentes, indépendamment de leur mécanisme, leur mode évolutif et leur sévérité.

Cette atteinte histopathologique broncho-pulmonaire interstitielle et infiltrative se traduit par des symptômes cliniques non spécifiques dominés par la dyspnée et la toux et par des opacités radiologiques infiltrantes diffuses. La prise en charge aussi bien diagnostique que thérapeutique est souvent difficile.

Etude rétrospective, colligée au sein du service portant sur 17 cas, sur une période de 4 ans (2009-2012), dont l'objectif était d'analyser les données épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives. La population étudiée était à prédominance féminine (11 femmes) d'âge moyen de 57 ans.

L'étude des antécédents retrouve un tabagisme actif (4 cas), un diabète (4 cas), HTA (6 cas) et une sclérodémie chez 4 femmes

Le signe d'appel prédominant est la dyspnée d'effort (70%) ; La clinique révèle des râles crépitants (82%), un hippocratisme digital chez 5 cas. L'imagerie thoracique retrouve un syndrome interstitiel isolé (4cas), alvéolo-interstitiel (2 cas), une fibrose (8 cas), associé à des adénopathies médiastinales (5 cas). La fibroscopie ne retrouvant qu'un aspect inflammatoire, les biopsies bronchiques ne sont pas contributives.

Le diagnostic est porté chez 7 malades : sclérodémie systémique chez 3 femmes, lupus dans 3 cas, polymyosite dans 3 cas, PID idiopathique chez 58% de nos malades.

La biopsie chirurgicale chez une malade n'était pas concluante.

Le bilan de retentissement retrouve une EFR normale dans 17% des cas et un trouble ventilatoire restrictif chez 83% des cas, la gazométrie chez 5 patients retrouve une hypoxémie (80% des cas).

Le traitement a fait appel à une corticothérapie par voie générale chez 9 patients, Méthotrexate chez 3 femmes, et une OLD a été indiquée chez 2 patients.

Evolution : 4 malades sont suivis à notre niveau, dont l'état est stable, 3 cas sont perdus de vue, 2 décès par décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique, les autres malades sont originaires de l'intérieur du pays et ont été adressés à leurs médecins traitants.

La pneumonie varicelleuse : 10 cas

orateur: Afiri M. (1)

grade: Maître de conférence

lieu exercice orateur: (1) Service des maladies infectieuses, CHU, Tizi-Ouzou

email: drafiri@yahoo.fr

auteur2: Achour N. (1)

lieu exercice Auteur2: (1) Service des maladies infectieuses, CHU, Tizi-Ouzou

auteur3: Bouchaib H.(1) lieu exercice Auteur3: (1) Service des maladies infectieuses, CHU, Tizi-Ouzou

auteur4: Touat M.(1) lieu exercice Auteur4: (1) Service des maladies infectieuses, CHU, Tizi-Ouzou

abstract: Introduction – La varicelle est une maladie de l'enfance due au virus Varicelle-Zona (VZV) de la famille des herpesviridae, très contagieuse, presque toujours bénigne, conférant l'immunité. Chez l'adulte, la pneumonie varicelleuse est plus fréquente et la létalité plus élevée. Objectif – Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et évolutifs des cas de varicelle avec atteinte pulmonaire. Matériel et méthodes – Cette étude rétrospective, descriptive était effectuée sur des cas de pneumonie varicelleuse hospitalisés au sein du service des maladies infectieuses du 01/01/1998 au 31/12/2012. L'existence de cette complication était retenue devant une pneumonie interstitielle radiographique ou symptomatologie clinique évoquant une atteinte pulmonaire (toux, douleurs thoraciques, dyspnée). Résultats – L'étude concernait 10 patients dont 04 femmes enceintes. L'âge moyen était de 33.55 ans (5-53), le sexe ratio de 1.50. A l'admission, l'exanthème, le prurit et la fièvre étaient constants (n=10), une toux était

notée dans 60 % des cas (n= 6), une dyspnée dans 20 % (n=2), des râles crépitants dans 30 % (n=3) et des douleurs thoraciques dans 20% (n=2). Une pneumonie radiographique était observée chez les 10 patients. Sous aciclovir intraveineux l'évolution était favorable dans tous les cas.

Discussion – Infection commune de l'enfance, la varicelle est rare chez l'adulte. En revanche, la pneumonie varicelleuse est plus fréquente et plus grave chez ce dernier, survenant 1 à 7 jours après le début de l'exanthème. Sa présentation varie de la simple image radiologique de pneumonie interstitielle sans traduction clinique au syndrome de détresse respiratoire aiguë.

Conclusion – La pneumonie varicelleuse est fréquente chez l'adulte. Son pronostic est excellent en l'absence de retard à la prescription d'aciclovir intraveineux.

Syndrome De Marfan A propos d'une famille Algerienne

AHMED AZI MEBARKA

lieu exercice orateur: Pneumologue EPH de M'SILA

email: mimibenazzi@hotmail.fr

auteur2: NASSIME ZAOUÏ

lieu exercice Auteur2: Cardiologue EPH de M'SILA.

abstract: Le syndrome de Marfan, ou maladie de Marfan, est une maladie génétique rare autosomique dominante, en rapport avec une mutation sur le chromosome 15.

Nous vous rapportons le cas d'un jeune patient de 28 ans, admis dans notre service pour une décompensation cardiaque et chez qui l'exploration a permis de dépister un syndrome de Marfan chez le patient et chez quatre membres de sa famille.

Cas clinique: Notre patient est un paysan, aux ATCD de troubles visuels non suivis admis pour prise en charge d'une décompensation cardiaque globale à prédominance gauche. Il présente une déformation osseuse remontant à l'enfance. Présence de ces mêmes troubles chez 4 membres de la famille. Le tableau clinique est fait de dyspnée d'aggravation rapide à type d'orthopnée motivant le patient à consulter d'où son orientation vers notre service. L'examen clinique retrouve un patient en état général moyen, à une taille 1m92 pour un poids de 62 Kg. A la radio du thorax, une cardiomégalie importante. L'échocoeur a révélé un anévrysme majeur de l'aorte ascendante à 93mm confirmé qu'il est en dissection par l'angioscanner thoracique. Le patient a été opéré en urgence en chirurgie thoracique ainsi que deux membres de sa famille..

Profil radio -clinique et fonctionnel de la sarcoïdose et devenir d'une cohorte de 70 patients

O. Ait Maamar S. Nafti

lieu exercice orateur: Clinique des maladies respiratoires CHU Mustapha.

email: aitmaamarounissa@yahoo.fr

auteur2: S. Nafti lieu exercice Auteur2: Clinique des maladies respiratoires CHU Mustapha.

La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue ; la sphère médiastino- pulmonaire est un site de prédilection ; son diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, biologiques, fonctionnels, et anatomo-pathologiques ; ainsi que l'exclusion d'une pathologie connue dont le tableau est similaire comme la tuberculose ou autre granulomatose. Nous rapportons une étude rétrospective concernant l'analyse d'une cohorte de 70 patients colligés au niveau de la consultation du service sur une durée de 10 ans. Il s'agit de 54 femmes et 16 hommes, avec une moyenne d'âge de 42 ans ; la toux sèche est retrouvée dans 60% des cas et la dyspnée dans 49% des cas ; la découverte fortuite lors d'une radiographie systématique n'a concerné que 5 malades ; l'examen clinique était normal dans 46% des cas. Sur le plan radiologique, il existe une nette prédominance du type II dans 50% des cas ; le type I 38%, le type III 7% et le type IV dans 5% des cas. L'EFR est normale dans 45% ; retrouve un syndrome restrictif dans 40% des cas ; un syndrome mixte dans 10% et un syndrome obstructif dans 5% des cas. Le granulome tuberculoïde est retrouvé dans 56% des cas. L'atteinte extra respiratoire est représentée par une atteinte cutanée dans 15% des cas ; 10 cas d'atteinte ophtalmologique, 4 cas d'atteinte ORL, 2cas d'atteinte hépatique et des glandes salivaires et un cas d'atteinte neurologique. Le taux d'ECA était élevé dans 55% des cas et un bilan inflammatoire perturbé dans 4% des cas. La corticothérapie est indiquée dans 40% des cas dont la durée varie de 6 mois à 6 ans ; 10 cas étaient sous antipaludéens de synthèse, et 5 cas mis sous AINS pour syndrome de Lofgren. L'évolution de la maladie était favorable dans 45% des cas, stationnaire dans 32% des cas ; défavorable dans 8% des cas. Il ressort de ce travail que le profil clinique, radiolo-

gique, et fonctionnel de la sarcoïdose est polymorphe, son pronostic dépend du stade radiologique des perturbations de la fonction respiratoire et de la gravité de l'atteinte extra-respiratoire.

COMPLICATIONS DE PNEUMOTHORAX A PROPOS DE 150 CAS AIT MOUHOUB.W

lieu exercice orateur: Clinique des maladies respiratoire (Pr D.Larbaoui), CHU Mustapha
email: roseait2001@yahoo.fr
auteur2: NAFTI.S

lieu exercice Auteur2: Clinique des maladies respiratoire (Pr D.Larbaoui), CHU Mustapha

abstract: Le pneumothorax (PNO) est une urgence médicale quand elle survient chez des sujets avec pathologies pulmonaire associées. Le diagnostic précoce et la prise en charge adaptée permet de réduire les complications. Cette étude rétrospective porte sur 150 cas de PNO pris en charge dans le service durant une période de 4ans (2009-2012). L'interrogatoire retrouvait une notion de tabagisme dans 93cas (62%), un antécédent respiratoire dans 22cas (15%) dont 10 cas de tuberculose pulmonaire (TP), 4cas d'asthme et 8cas de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). La radiographie thoracique objectivait un PNO généralisé dans 142 cas (95%), partiel dans 4cas et bridé dans 4 cas aussi avec 64% de localisation droite et 3% bilatérale. Le PNO était primitif dans 120cas (80%), secondaire dans 30cas (20%). Le traitement était une pleurotomie à minima dans 132cas (88%), l'extubation à l'aiguille dans 11cas (7%) et le pleurocathéter de kuss dans 6cas (4%). L'évolution était marqué par le retour du poumon à la paroi dans 130 cas (87%) avec 20cas (13%) de complications à type d'emphysème sous cutané dans 10 cas (6.66%), d'infection nosocomiale dans 6 cas (4%) (4 à *Pseudomonas aeruginosa* et 2 à *klebsiella pneumoniae*), de passage à la chronicité dans 2 cas (1.33%) et on déplore 2décès. Ces complications se retrouvaient surtout dans les PNO secondaire dans 12cas (60%), les PNO récidivants dans 5cas (25%) et les PNO primitifs dans 3cas (15%).

ENTREPRISE SANS TABAC

orateur: AKIF NORA

lieu exercice orateur: EHS CPMC

email: akifnora@yahoo.fr

auteur2: LIANI NORA lieu exercice Auteur2: EHS CPMC

auteur3: AMARI MERIEM SQUAD lieu exercice Auteur3: EHS CPMC

auteur4: HAMCHECHE HANA lieu exercice Auteur4: EHS CPMC

auteur5: LAMARA MAHAMED AMER lieu exercice Auteur5: EHS CPMC

abstract: Introduction

Le tabagisme passif ou actif constitue l'un des risques les plus graves pesant sur la santé et la sécurité au travail et le médecin du travail doit être associé à la démarche dans la lutte anti tabac, ce qui a motivé notre étude.

Objectifs Recenser les travailleurs fumeurs au niveau des entreprises. Informer les fumeurs sur les dangers du tabac et les sensibiliser au sevrage. Protéger la santé des non-fumeurs en milieu de travail. Matériel et méthode :Enquête épidémiologique prospective initiée en Janvier 2009.Équipe du service de médecine du travail du CPMC d'Alger. Les entreprises étatiques et privées conventionnées avec notre service. Questionnaire du dossier médical type de la médecine du travail. Résultats

- 1626 travailleurs fumeurs ; - Le sexe masculin domine avec 95, 68 %
- Les fumeurs sont représentés essentiellement par l'adulte jeune avec 60,92%.

- 63 ,82% des fumeurs sont affectés à la production et 36,18 % à l'administration.

Discussion

Le tabac est fumé dans la majorité des cas soit 74,05 % et la quantité du tabac consommé est de 4 à 10 cigarettes /J (51,35 %) et plus de 10 cigarettes /J (29,73 %)

Le tabagisme sur les lieux de travail touche tous les travailleurs quelque soit leur poste de travail et leur secteur d'activité y compris les structures sanitaires avec absence d'emplacements réservés aux fumeurs. Conclusion

L'urgence pour l'application de la législation actuelle et le renforcement de la motivation au sevrage tabagique afin de protéger la santé des fumeurs et des non-fumeurs en milieu de travail.

Epidémiologie de la Tuberculose Extra Pulmonaire en Algérie

orateur: Sofiane ALIHALASSA

lieu exercice orateur: Programme National de lutte contre la tuberculose
email: alihalassa25@gmail.com

abstract: Plus de la moitié des cas de tuberculose en Algérie sont des cas extrapulmonaire. Une augmentation inexpliquée du nombre des cas de TEP est constatée annuellement contre une baisse régulière des cas de tuberculose pulmonaire. Nous décrivons l'épidémiologie de la tuberculose extra pulmonaire avec les données du programme national de lutte contre la tuberculose.

Méthodes. Les cas de tuberculose déclarés de 2011 et 2012 sur le système d'information électronique de la tuberculose ont été classés comme Tuberculose Extra Pulmonaire et Tuberculose Pulmonaire. Les Tuberculose Extra Pulmonaire englobaient l'atteinte ganglionnaire, pleural, osseuse, génito-urinaire, méningée, péritonéale, et les autres localisations. Les caractéristiques démographiques des cas de Tuberculose Pulmonaire et Extra Pulmonaire ont été comparées.

Résultats. Parmi tous les cas 55.7 % étaient des Tuberculose Extra Pulmonaire y compris ganglionnaire (50.3%), pleurale (26.5%), ostéo-articulaire (4.2%), génito-urinaire (3.2%), méningée (0.9%), péritonéale (1.9%), et les autres localisations (13.1%). En comparaison avec la Tuberculose Pulmonaire, la Tuberculose Extra Pulmonaire prédomine surtout chez les patients de sexe féminin sauf pour la localisation pleurale. Les enfants sont plus susceptibles à développer une tuberculose ganglionnaire ou méningée alors que la probabilité d'une tuberculose génito-urinaire augmente avec l'âge.

La surveillance épidémiologique permet de constater une augmentation annuelle régulière du nombre de cas de Tuberculose Extra Pulmonaire, comparativement à une baisse annuelle du nombre de cas de Tuberculose Pulmonaire, une inversion des proportions de la tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire a partir de 2001. Le taux de TEP passe de 17% des cas de tuberculose en 1977 à 55.7% en 2011.

Conclusions. L'épidémiologie de la Tuberculose Extra Pulmonaire diffère de celle de la Tuberculose Pulmonaire, et sa proportion ne cesse d'accroître depuis les années 90. Des études complémentaires sont nécessaires pour identifier les causes de l'augmentation proportionnelle des ces cas.

Tuberculose pulmonaire à microscopie positif à propos de 156 cas

orateur: Dr Aliouane ahmed

lieu exercice orateur: UCTMR EPSP, Tizi-Ouzou Algérie

email: draliouane@gmail.com

auteur2: Dr Rebbat abdennour

lieu exercice Auteur2: UCTMR EPSP, Tizi-Ouzou Algérie

auteur3: Dr Ait BACHIR

La tuberculose pulmonaire à frottis positif (TPM+) demeure un défi majeur en matière de santé publique.

Matériel et méthode : étude rétrospective de dossier colligé au niveau du service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires de Tizi-Ouzou, sur la période de janvier 2009 à décembre 2011, évaluant les particularités épidémiologique, diagnostiques et thérapeutiques des TPM+. 156 cas de TPM+ constituent 83% des TP(186) et 47% des tuberculoses toutes formes(329), prédominance masculine 75%, surtout la tranche d'âge 25-34 ans (33%), le contact tuberculeux est de 06%.

Les comorbidité : troubles psychiques 06%, pathologies pulmonaires non tuberculeux 05%, diabète 04%, anémie 04%.

La radiologie: la forme cavitaire prédomine 61%, l'étendue moyenne 60%, prédominance droite 33%, gauche 22%, bilatérale 45% ; a l'inverse les frottis faiblement riches (+) dominant 67%.

Le dépistage des sujets contacts concerne 843 cas, dont 412 sujets (48%) examinés permettant d'identifier 06 cas TP et 08 cas PIT. 92% sont des nouveau cas, 08% de retraitement (rechute 04%, reprises évolutives 04%, échec<1%). La majorité des cas sont traités par le régime 2RHZE/4RH, 09 cas par 2RHZE/1RHZE/5RHE.

Bonne observance au traitement 86%, effets secondaires majeur 02% (02 hépatites, 02 trouble visuel), les mineurs 21% (vomissement 05%, acné 05%, prurit/rash cutané localise 05%, arthralgie 05%, autres 04%). Le taux de guérison est de 66%, traitement complet 15%, abandon du traitement 17%, un cas d'échec et 02 décès.

Conclusion : La tuberculose reste fréquente en l'Algérie, la prévention passe par l'amélioration des conditions socioéconomiques, le dépistage et traitement des malades BK positifs, source de contamination.

Mesotheliome pleural malin (MPM) difficulté diagnostique ou rareté réelle à propos de 19 cas

A.ALIQUI

lieu exercice orateur: Clinique des maladies respiratoires «Pr: D.Lar-

baoui », CHU Mustapha.
email: halim_mus@yahoo.fr

Le mésothéliome pleural malin (MPM) est une tumeur agressive dont la fréquence dans les milieux hospitaliers ne cesse de croître.

Le diagnostic reste difficile et a une incidence sur la réparation des malades, le pronostic reste mauvais malgré les réels progrès thérapeutiques.

On rapporte une série de 19 cas de MPM, diagnostiqués et pris en charge dans notre service durant 09 ans (2004-2012).

L'étude a porté sur 19 patients tous de sexe masculin avec une moyenne d'âge de 62 ans, l'exposition professionnelle à l'amiante était retrouvée chez 13 patients, 15 patients étaient tabagiques. La symptomatologie respiratoire (douleur thoracique, dyspnée et toux sèche) évoluait depuis 04 semaines en moyenne. La présentation radiologique était celle d'un épanchement pleural liquidien ou d'une pleuro-pneumopathie avec épaississement pleural bilatéral chez 11 patients. La cytologie du liquide pleural a retrouvé des cellules mésothéliales dans 8 cas. Le diagnostic a été réalisé grâce à une biopsie pleurale dans 13 cas, une ponction biopsie transpariétale dans 5 cas et après pleuroscopie dans un cas. Le diagnostic histologique était celui d'un adénocarcinome dans 7 cas nécessitant une deuxième lecture avec un marquage immunohistochimique pour les 19 cas. Au total, la répartition des types histologiques est la suivante: 15 épithélioïdes, 03 mixtes et un sarcomatoïde. Le traitement comportait une chimiothérapie (pemetrexed, sel de platine) dans 12 cas et symptomatique chez 07 patients. L'évolution était fatale dans la totalité des cas avec une moyenne de survie de 05 mois. La difficulté du diagnostic de MPM est bien connue pouvant prêter à confusion avec d'autres tumeurs de la plèvre. Malgré sa rareté, il est de plus en plus diagnostiqué, nécessitant une étroite collaboration multidisciplinaire, tout en appelant à limiter voir à interdire l'utilisation d'amiante.

Sarcoïdose sur maladie d'ozène : a propos d'un cas

A. Allet,

lieu exercice orateur: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: N. Djami lieu exercice Auteur2: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur3: N. Dermech lieu exercice Auteur3: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur4: A. Fissah, lieu exercice Auteur4: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur5: R. Amrane lieu exercice Auteur5: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Définition : la sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue qui atteint avec prédilection le poumon et les voies lymphatiques, prédomine chez les femmes entre 25 et 45ans plus sévère chez le sujet Noir.

La maladie d'ozène : Affection otorhinolaryngologique rare, touchant essentiellement la jeune femme après la puberté, à type de rhinite caractérisée par une atrophie, une sclérose de la muqueuse nasale et une perméabilité anormale des cavités nasales de cause inconnue. Observation : Mme L.S âgée de 46ans, aux antécédents de tuberculose ganglionnaire traitée, suivie pour maladie d'ozène depuis une année, admise pour exploration d'adénopathies médiastinales bilatérales avec nodules parenchymateux bilatéraux, le début était marqué par une toux expectoration muqueuse et aggravation de sa dyspnée devenue classe II de NYHA, l'examen clinique retrouvait quelques râles sibilants. la radiographie thoracique objectivait un élargissement du médiastin moyen avec des nodules bilatéraux aux 2/3 inférieurs des hémithorax. la TDM thoracique décrivait l'aspect d'adénopathies bilatérales et symétriques dans toutes les loges médiastinales associée à des nodules parenchymateux bilatéraux périphériques. Fibroscopie naso-bronchique retrouvait des orifices nasales obstrués par des croûtes saignant au contact, hypertrophie de l'épiglotte recouverte d'un enduit blanchâtre, exploration bronchique était normale, EFR : normale, l'examen ophtalmologique et l'échographie abdominale revenait sans particularité ainsi que le bilan biologique, protéinurie des 24h, calciurie et calcémie, IDR à la tuberculine négative, une échographie cervicale objectivait des adénopathies laterocervicales bilatérales dont l'étude histologique de la biopsie a révélé une adénite granulomateuse. Ainsi, le diagnostic de sarcoïdose stade II a été retenu.

Discussion : notre observation porte sur une femme suivie pour maladie d'ozène qui présente une sarcoïdose classée II par localisation médiastino-pulmonaire, le diagnostic a été retenu sur l'aspect radio-clinique, la biopsie ganglionnaire et par élimination. Le diagnostic de sarcoïdose repose sur 3 éléments indispensables : la conjonction de signes cliniques et paracliniques compatibles; la mise en évidence d'un granulome épithélioïde et géo-antigénique sans nécrose caséuse; l'exclusion des

autres diagnostics potentiels: granulomatoses infectieuses ; toxiques; inflammatoires, lymphomes.

La maladie d'ozène caractérisée par une atrophie, une sclérose de la muqueuse nasale et une perméabilité anormale des cavités nasales. Elle se manifeste par la formation de croûtes et une odeur fétide. Le traitement utilise des préparations locales (antibiotiques, vaseline, vitamines A et D) pour éliminer les croûtes. La chirurgie, pour diminuer la perméabilité des cavités nasales, est parfois nécessaire. Conclusion : la sarcoïdose est une affection systémique d'étiologie inconnue ubiquitaire non exceptionnelle, touchant avec prédilection le Poumon et médiastin, caractérisée par la formation de granulome immunitaire dans les organes atteints, l'association avec la rhinite d'ozène est assez rare dont diagnostic reste posé sur l'aspect endoscopique et la biopsie. son traitement est multidisciplinaire faisant appel au traitement de la maladie elle même avec une prise en charge socio-psychologique.

A propos d'un cas d'Angio Behçet révélé par un épanchement pleural liquidien.

A. Amrani K. Bennamane K. Saboundji MS. Messadi

grade: Docteur

lieu exercice orateur: service de pneumologie - CHU de Tizi-ouzou

email: messadi.mohamesalah@yahoo.fr

auteur2: K. Bennamane lieu exercice Auteur2: service de pneumologie - CHU de Tizi-ouzou

auteur3: K. Saboundji lieu exercice Auteur3: service de pneumologie - CHU de Tizi-ouzou

auteur4: MS. Messadi lieu exercice Auteur4: service de pneumologie - CHU de Tizi-ouzou

abstract: Introduction : L'angio-Behçet ou vasculo-Behçet regroupe l'ensemble des atteintes vasculaires survenant dans le cadre de la maladie de Behçet, sa prévalence est estimée à 22-25% L'atteinte des artères pulmonaires concerne 1,1% des cas de maladie de Behçet. Observation : Nous rapportons un cas d'angiobehçet colligé au service de pneumophthysiologie du CHU de TIZI OUZOU. Il s'agit de Mr A.C, âgé de 44ans, suivi depuis 3ans pour maladie de Behçet sous colchicine, admis dans le service pour exploration d'un épanchement pleural liquidien gauche de moyenne abondance après La radiographie thoracique. La ponction pleurale exploratrice a ramené un liquide séro hémétique, exsudat lymphocytaire avec absence de cellules malignes. L'étude anatomopathologique de la biopsie pleurale était non contributive. Devant ce contexte clinique un angioscanner thoracique a été fait objectivant un thrombus au niveau d'une branche de l'artère pulmonaire gauche avec épanchement pleural gauche, sans infarctus pulmonaire. Le diagnostic d'angiobehçet a été ainsi posé sur l'histoire de la maladie, la clinique, et l'imagerie. L'évolution a été favorable sous traitement anticoagulant, anti inflammatoire et immunosuppresseur.

Discussion : L'EP est le plus souvent, la conséquence d'une thrombose in situ, elle complique rarement une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs, comme c'est le cas chez notre patient. Angioscanner et angio-IRM: Techniques non invasives constituant une alternative fiable et anodine pour l'étude des lésions artérielles, l'injection de produit de contraste avec des acquisitions en mode « maximum intensity projection » permet une visualisation tri dimensionnelle des vaisseaux pulmonaires = équivalent angiographique. Vu l'absence d'apport supplémentaire par rapport à la TDM spiralée, l'indication de l'IRM reste limitée aux contres indications du scanner.

Conclusion : Les manifestations vasculaires de la MB, sont des atteintes rares Elles peuvent inaugurer la maladie ou le plus souvent en émailler l'évolution. L'imagerie, par ses différentes techniques invasives et non invasives, constitue la pierre angulaire du diagnostic positif et du bilan pré-thérapeutique de cette affection.

Carcinome thymique : à propos d'un cas

AMROUN Malika Sarra

lieu exercice orateur: service de pneumologie CHU AEK HASSANI

Sidi Bel Abbès

email: sarakika@live.fr

auteur2: N. FETTAL

lieu exercice Auteur2: service de pneumologie CHU AEK HASSANI Sidi Bel Abbès

auteur3: A. LAIDI

lieu exercice Auteur3: service de pneumologie CHU AEK HASSANI Sidi Bel Abbès

auteur4: A. TALEB

lieu exercice Auteur4: service de pneumologie CHU AEK HASSANI Sidi Bel Abbès

abstract: Introduction : Les tumeurs épithéliales du thymus sont des tumeurs rares ; 20% des tumeurs médiastinales. En l'absence de maladies auto-immunes, 65% des cas sont découverts de façon fortuite et 35% des cas par des signes de compression ou d'envahissement médiastinal. Il existe une légère prédominance féminine.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 37ans, fumeur à 40P/A sans antécédents pathologiques, hospitalisé pour une douleur thoracique avec dyspnée de repos.

L'examen somatique retrouve un état général altéré du patient associé à un syndrome cave supérieur. La radiographie thoracique de face objective un élargissement bilatéral du médiastin antérosupérieur moyen et inférieur associé à une pleurésie gauche. La fibroscopie bronchique retrouve des signes de compression extrinsèque. La TDM thoracique retrouve un processus tumoral de la loge thymique dense hétérogène de contours irréguliers mesurant 130/95mm engainant les vaisseaux supra-aortiques avec pleurésie gauche et épanchement péricardique minime.

La biopsie transpariétale échoguidée avec étude anatomopathologique est en faveur d'un carcinome thymique classé stade VIa selon MASAOKA. Le patient a bénéficié de 02 séances de radiothérapie décompressive à la dose totale de 12 gray. La résecabilité de la tumeur est à réévaluer après chimiothérapie d'induction. Le patient a bénéficié de 02 cures de chimiothérapie CAP à 01 mois d'intervalle. L'évolution est actuellement stationnaire.

Discussion : Les carcinomes thymiques sont des tumeurs invasives de pronostic très défavorable. Ils sont souvent symptomatiques : douleur thoracique, syndrome cave supérieur. Au moment du diagnostic 70% des carcinomes thymiques ont envahi les organes adjacents et 30% sont métastatiques. L'âge de survenue est généralement la 6^{ème} décennie mais peuvent se voir plus précocement. L'indication d'une chimiothérapie néo adjuvante devrait être systématiquement discutée.

Conclusion : Le pronostic des TET est lié aux possibilités d'exérèse, au stade et au type histologique. La chirurgie est le traitement de référence des TET et le caractère complet de la résection est le principal facteur pronostique.

Cancer bronchique primitif révélé par une embolie pulmonaire chez un adolescent de 16 ans : A propos d'un cas

Atlaoui. N

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Souilah. S

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur3: Lahlouh. A lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur4: Fissah. A lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur5: Amrane. R lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Introduction :

Contrairement aux localisations secondaires malignes, les tumeurs primitives broncho-pulmonaires ne représentent que moins de 1 à 2 % de tous les cancers diagnostiqués chez le patient de 15 à 19 ans. Le cancer de l'adolescent est une entité particulière nécessitant une prise en charge spécifique sur le plan thérapeutique et psychologique.

Observation : Nous rapportons, le cas d'un jeune patient âgé de 16 ans, sans antécédent pathologique ni habitudes toxiques, ayant présenté une thrombose veineuse du membre inférieur gauche compliqué d'une embolie pulmonaire. Après 2 mois de traitement un angiogramme thoracique de contrôle était réalisé chez lui objectivant un processus médiastino-pulmonaire gauche et le bilan d'exploration avait permis de poser le diagnostic d'un adénocarcinome bronchique.

Conclusion : Le cancer broncho-pulmonaire chez l'adolescent est rare, son pronostic dépend essentiellement du type histologique de la tumeur, sa prise en charge est particulière sur le plan thérapeutique et psychologique.

Défi des maladies chroniques

ATOUI.F

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba
email: feryalatoui@hotmail.fr

auteur2: YAKOUBI.R (1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba

auteur3: BENALI.R (1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba

abstract: Les progrès spectaculaires de la médecine ont un effet ambivalent : d'un côté, ils permettent d'éviter l'issue fatale de bon nombre de pathologies aiguës ; de l'autre, ils ne permettent pas toujours leur guérison, mais seulement le soin d'une maladie devenue chronique.

Sociologiquement, les maladies chroniques sont caractérisées par leur durée, par la gestion qu'elles exigent et par l'incertitude qu'elles provoquent. La mobilité des populations à la recherche de secours médical, le manque de prestataires de soins dans les zones rurales, l'émigration des praticiens des pays pauvres vers les pays riches, la difficulté de passer d'un système de soins vers un système de santé sont autant de défis à relever dans les pays en transition épidémiologique. Certaines compétences et capacités sont indispensables à acquérir par tout soignant, pour répondre au pro-

blème de santé émergent: le cas des maladies chroniques.

Le soignant se doit désormais d'être un « médecin 5 étoiles » :

- Un dispensateur de soins
- Un décideur
- Un communicateur
- Un responsable communautaire
- Un gestionnaire.

Observance thérapeutique : défi des maladies chroniques

orateur: ATOUI.F (1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

email: feryalatoui@hotmail.fr

auteur2: YAKOUBI.R (1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur3: BENALI.R (1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

abstract: Les progrès spectaculaires de la médecine, le vieillissement des populations ont fait que nous sommes passés d'un panel de pathologies aiguës à celui des maladies chroniques. La maladie chronique s'installe dans la durée, d'où toute la difficulté de l'observance du patient vis-à-vis du médecin et de ses prescriptions. L'observance thérapeutique se définit comme étant « un comportement selon lequel la personne prend son traitement avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin » Une bonne observance par le patient ne peut être obtenue qu'en se mettant à l'écoute de ce dernier pour le placer au centre du processus décisionnel. Patient et médecin doivent être unis par un contrat dont l'objectif est un nouvel équilibre de santé pour le patient. L'observance de son traitement par le patient dépend de l'attention que nous portons aux problèmes et aux réserves que ce traitement suscite chez le patient. Au-delà de la relation médecin malade, nous nous devons de prôner le partenariat voire l'alliance thérapeutique entre le patient et son prestataire de soins.

Education thérapeutique : cas de la BPCO

orateur: ATOUI.F (1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

email: feryalatoui@hotmail.fr

auteur2: YAKOUBI.R (1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur3: CHERKASKI.H.H (1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur4: BENALI .R (1)

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

abstract: L'éducation thérapeutique se définit selon l'OMS comme étant l'attitude de « former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique comprend : la sensibilisation à l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. « La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants » OMS. Selon A.Deccache : « l'éducation du patient est un processus par étapes intégré dans la démarche de soins comprenant un ensemble d'activités organisées..... » La BPCO, grande méconnue, fait que les patients s'intègrent tardivement, dans la chaîne de soins, à un stade d'irréversibilité. Par ailleurs, les progrès de la médecine offrent des traitements palliatifs efficaces mais ayant peu d'impact sur la qualité de vie des patients. Pour mieux soigner les patients et lever les différents préjugés, il est impératif de considérer le patient comme un partenaire.

Peut-on parler de contrôle dans la BPCO

ATOUI.F (1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

email: feryalatoui@hotmail.fr

auteur2: YAKOUBI.R (1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur3: KHALLOUFI.F (1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur4: BENALI.R (1)

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

abstract: La BPCO est une maladie chronique globale, générale, à expression pulmonaire dont l'évolution est rythmée par des poussées d'exacerbations. Malgré les progrès scientifiques accomplis ces dernières années, le paradoxe est que la BPCO continue à être méconnue et sous-évaluée par le médecin, par le patient lui-même et par l'opinion publique.

Les prévisions pour le futur sont une augmentation graduelle de la maladie et de la mortalité, due à la persistance de l'habitude de fumer, à l'accroissement de la moyenne d'âge de la population et du risque de pollution ambiante. Informations et préventions des facteurs de risque, diagnostics précoces et traitements adaptés aux plus récents acquis scientifiques, éducation du patient et de la famille, réhabilitation et continuité de l'assistance sociale et sanitaire sont aujourd'hui les pivots pour contrecarrer les conséquences de la maladie en terme de survivance, de qualité de vie et de coûts socioéconomiques. La mortalité et le fardeau socio-économique de la BPCO, associés aux souffrances individuelles, mettent ainsi en relief la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge efficiente.

En matière de BPCO, différentes variables fonctionnelles peuvent prédire l'amélioration symptomatique, d'autres critères seront eux, prédictifs de déficience.

Au final, existeraient-ils des paramètres sur lesquels il nous serait possible d'établir un « contrôle » de la BPCO ?

C'est ce que nous allons essayer d'analyser au cours de cet exposé.

Les mots des maux

ATOUI.F (1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.
email: feryalatoui@hotmail.fr

auteur2: YAKOUBI.R (1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur3: BOUDRAA.S (1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur4: BELAID.L (1)

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur5: BENALI.R (1)

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

abstract: La représentation sociale du cancer est restée la même au fil du temps ; prenant son nom du latin « karkinos » signifiant « crabe », « chancre », soulevant son caractère « tenace », la gravité de cette pathologie découle du fait que , tel un crabe, lorsqu'il s'empare d'un organe, il ne le lâche plus. L'allongement de l'espérance de vie doublée d'une exposition environnementale de plus en plus néfaste place la maladie cancéreuse dans le groupe des maladies prévalentes voire émergentes tel que dans le contexte sanitaire algérien. Le paradoxe en est que malgré toutes les avancées technologiques et pharmacologiques, le cancer n'en demeure pas moins diagnostiqué tardivement avec étroitesse des opportunités thérapeutiques. L'instrumentalisation de la médecine a ainsi fait perdre de vue l'approche globale de cette maladie. Le médecin se trouve désormais confronté à un patient dont les connaissances, les croyances et attitudes sont le plus souvent imprégnées du caractère fatal de cette pathologie ; les mots, les attitudes du médecin s'en trouvent ainsi épiées. Pour atténuer les peurs sociales inhérentes à ce fléau, toute une terminologie, des vocables sont utilisés par les différents acteurs pour définir les différentes étapes de cette maladie. Quels mots, quels mimiques devraient être adoptés par les praticiens pour répondre au mieux aux attentes des patients et soulager leurs maux ? Dans cette optique, nous nous sommes proposés de réaliser une étude bibliographique décrivant en profondeur le ressenti et l'imaginaire populaire Algérien vis-à-vis de cette maladie ; l'objectif étant d'attirer l'attention de tout un chacun sur le verbatim utilisé dans le cadre de la maladie cancéreuse. Nous vous rapportons ici nos déductions ; peut être pourrions nous ainsi apporter notre modeste contribution à l'élaboration d'un plan d'annonce Algérien du cancer.

La broncho pneumopathie chronique obstructive : expérience du service de pneumo-physiologie d'Annaba

ATOUI.F (1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.
email: feryalatoui@hotmail.fr

auteur2: YAKOUBI.R (1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur3: CHERKASKI.(1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur4: BENALI.R (1)

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

abstract: Introduction:

Si dans les pays industrialisés, la BPCO est reconnue comme « problème de santé publique » ; dans les pays en transition épidémiologique, c'est une pathologie émergente, méconnue, sans prise en charge standardisée. Des recommandations ont été élaborées pour une standardisation de cette prise en charge.

Dans ce contexte, il nous a semblé pertinent d'étudier le profil des pa-

tients porteurs de BPCO hospitalisés au sein du service de pneumologie de Annaba afin d'élaborer un outil d'évaluation des pratiques médicales concernant cette pathologie.

Objectifs :

1. Déterminer les profils sociodémographiques, clinique et para clinique des patients porteurs de BPCO au sein de la population étudiée.

2. Déterminer les modalités de prise en charge thérapeutique de ces patients.

Méthode : c'est une série de cas de patients hospitalisés au service de pneumologie de Annaba pour BPCO, sur une période s'étalant du 01/01/2011 au 31/12/2012.

Résultats : Tel que nous nous y attendions :

- Les patients hospitalisés pour BPCO étaient tous de sexe masculin et avaient, pour la plupart, un âge supérieur à 60 ans.

-Le tabac constituait le facteur de risque prédominant.- Tous étaient admis dans le cadre d'une situation aigue; en l'occurrence, au décours d'une exacerbation de BPCO . A l'issue de ce travail, nous nous sommes penchés sur l'élaboration de procédures de bonne pratique et à l'adaptation des recommandations de prise en charge au contexte actuel.

Carcinome composite

Batouche.I

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el Oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Khanouf.K lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el Oued

auteur3: Fissah.A lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el Oued

auteur4: Amrane.R lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el Oued

auteur5: Hadam.S lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el Oued

abstract: INTRODUCTION : Le carcinome composite est une variante anatomopathologique du carcinome neuroendocrine a grande cellules, se sont des tumeurs pulmonaires rares, leur diagnostic nécessite une confirmation du caractère neuroendocrine par immunohistochimie. Leur localisation est plus souvent périphérique, l'évolution métastatique est majoritaire.

OBSERVATION : Notre observation porte sur un homme âgé de 42 ans aux antécédents de fracture du nez ayant occasionné une déviation de la cloison nasale et qui présente une BPCO sévère non traitée, ex fumeur a raison d'un paquet /j pendant 25 ans sevré il y a 7 mois, hospitalisé pour exploration d'une opacité du 1/3 moyen du poumon droit. Le début était marqué 04 mois auparavant par une douleur scapulaire droite dans un contexte d'asthénie et d'amaigrissement de 05 kg. L'examen clinique : une adénopathie sus claviculaire gauche de 1,5cm.Une radio ainsi qu'une TDM objectivaient une masse occupant le LSD de 85x90x64cm nécrosée, épanchement en regard cloisonné, lyse du segment moyen du 5eme arc costal droit, nodules parenchymateux bilatéraux, adénopathies médiastinales multiples à savoir la fenêtre aortico-pulmonaire. Fibroscopie bronchique : sténose infiltro-bourgeonante de la LSD et la LID qui restent catheterisables avec épaississement des éperons inter lobaire et inter segmentaire, biopsie bronchique : carcinome composite associant adénocarcinome et carcinome neuroendocrine a grandes cellules.

Discussion : Le type histologique que nous présentons est une entité histologique rare faisant partie des carcinomes à grande cellule comme variété tissulaire. Le pronostic est sombre et le traitement non codifié notre patient présentaient cependant un bon état générale avec une stabilité de la tumeur à la première évaluation .

CONCLUSION : les carcinomes composites variante des CNEGC sont des tumeurs de mauvais pronostic, elles se présentent comme des CNPC mais ont un profil évolutif et un pronostic qui les rapprochent des CPC.

Sclérodémie révélée par une milliaire tuberculeuse

BAY AHMED MUSTAPHA

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique Matiben, CHU Beni-Messous.

Y.Bouguerra,A.Lebbaz,H.Ghendir Aoun,A.kadi M.Gharnaout, S.Ali halassa, N. Zidouni

La sclérodémie systémique est une maladie primitivement microcirculatoire qui s'accompagne d'une accumulation de collagène et qui touche avec prédilection la peau, le tube digestif et les poumons.

Nous rapportons (01) un cas de sclérodémie révélée par une milliaire aigue hémotogène chez une patiente âgée de 32 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers. La patiente a présenté des polyarthralgies d'allure inflammatoire, une dyspnée d'effort d'aggravation progressive, une toux sèche, des douleurs thoraciques et d'un syndrome de Raynaud, évoluant dans un contexte fébrile. Téléthorax : opacités micronodulaires denses homogènes uniformément réparties aux deux champs pulmonaires. Tomodensitométrie thoracique en faveur d'un aspect de milliaire hémotogène. Un bilan biologique revenu en faveur d'un syndrome infectieux. Bacilloscopies des crachats après tubage gastrique

: 18 BAAR / 300 champs. Le diagnostic d'une sclérodermie systémique est confirmé par un bilan immunologique positif et une biopsie cutanée. Pléthysmographie montre un syndrome restrictif sévère avec augmentation des résistances des voies aériennes. La patiente a été traitée par une cure de chimiothérapie antituberculeuse de 1ère ligne selon le régime 2RHZE/4RH. Actuellement sous traitement cortisonique à raison de 0.5 mg /kg/ jour, avec bonne évolution clinique et radiologique.

La sarcoïdose disséminée à propos d'un cas BEDDIAR,F

lieu exercice orateur: service de pneumologie EHU Oran
email: s_lellou2007@hotmail.fr

auteur2: LELLOU.S lieu exercice Auteur2: service de pneumologie EHU Oran
auteur3: TERFANI.DJ lieu exercice Auteur3: service de pneumologie EHU Oran
auteur4: BOUHADDA.M lieu exercice Auteur4: service de pneumologie EHU Oran
auteur5: KHALOUF.F lieu exercice Auteur5: service de pneumologie EHU Oran

abstract: La sarcoïdose encore appelée maladie de BESNIER BOECK SCHUMAN, est une affection granulomateuse systémique caractérisée sur le plan histologique par la formation de granulome tuberculoïde non caséux au niveau des organes atteints.

Elle touche l'adulte jeune entre 20 et 40 ans avec une nette prédominance féminine, son expression clinique est variée en fonction de l'organe atteint. Le cas rapporté est celui d'une femme âgée de 53 ans sans antécédents particuliers qui a consulté en 2008 pour multiples adénopathies cervicales avec des nodosités cutanées.

Sur le plan clinique, la patiente présentait une toux sèche chronique avec dyspnée d'effort, obstruction nasale avec rhinorrhée, multiples adénopathies cervicales et des nodules multiples du visage et du tronc.

Sur le plan radiologique : visualisation par le scanner thoracique des micronodules sous pleuraux associés à des adénopathies médiastinales et par le scanner des sinus un épaississement de l'infundibulum maxillaire.

Sur le plan biologique : nous constatons une hyper gammaglobulinémie polyclonale, une anergie à l'IDRT, une calcémie et calciurie normale ainsi qu'une élévation de l'enzyme de conversion à l'angiotensine à 158 U

Sur le plan spirométrique : un syndrome restrictif est retrouvé.

Sur le plan histologique : la biopsie de l'adénopathie cervicale retrouve une adénite sarcoïdienne, celle du nodule cutané confirme l'origine sarcoïdienne ainsi que la biopsie de la muqueuse du sinus sphénoïde et frontaux qui est retournée en faveur d'un granulome sarcoïdienne. Au terme de toutes ces investigations le diagnostic retenu est celui d'une sarcoïdose disséminée à localisation cutanée dans sa forme nodulaire, à localisation sinusienne, à localisation pulmonaire type 2 et à localisation ganglionnaire.

Le traitement à base de corticothérapie locale sinusienne, un traitement aux APS (plaquinil) pour la localisation cutanée ainsi qu'une abstention pour la forme pulmonaire (type 2) a été instauré.

Léiomyosarcome intrathoracique : à propos d'un cas

Belhadj.H

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Djami.N

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued
auteur3: Fissah.A lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued
auteur4: Amrane.R lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued
auteur5: Ameur.S lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued

abstract: Introduction:

Le léiomyosarcome pulmonaire primitif est une tumeur mésenchymateuse maligne rare, peu symptomatique, diagnostiquée sur pièce opératoire, le traitement est chirurgical.

Observation: Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 69 ans, sans habitudes toxiques, sans antécédents pathologiques, qui présente une masse latérotrachéale droite révélée par des douleurs thoraciques. Le diagnostic de léiomyosarcome a été posé sur biopsie chirurgicale, la tumeur étant inextirpable. Le traitement a consisté en une chimiothérapie associée à une radiothérapie.

Discussion : Les sarcomes pulmonaires primitifs sont des tumeurs mésenchymateuses malignes rares constituant moins de 01% des tumeurs pulmonaires . Le léiomyosarcome est le type histologique le plus fréquemment observé. Il naît souvent à partir du parenchyme pulmonaire, plus rarement à partir des bronches ou des vaisseaux. Il survient généralement après la 5^e décennie, à prédominance masculine. Cliniquement, le léiomyosarcome pulmonaire primitif est souvent découvert de façon fortuite . L'imagerie médicale n'apporte pas d'éléments discriminatifs quant à la nature de cette tumeur. Elle peut mettre en évidence un nodule

ou une masse pouvant atteindre des tailles importantes . La preuve histologique est généralement apportée par la pièce opératoire. La fibroscopie peut permettre le diagnostic en particulier en cas d'atteinte des bronches. Les métastases systémiques sont exceptionnelles au diagnostic. Le traitement repose d'abord sur la chirurgie, associé ou non à une chimio-radiothérapie. Le pronostic dépend de l'obtention d'une résection complète et du grade de la tumeur .

Conclusion: Entité rare ,le léiomyosarcome est souvent découvert fortuitement et dont le traitement est principalement chirurgical .

Bibliographie :

1. N. Girard, E. Brambilla, J.-F. Cordier. Tumeurs pulmonaires rares, 6-002- H-25. EMC 2010.
2. Léiomyosarcome pulmonaire primitif révélé par un pneumothorax spontané. Revue de pneumologie clinique, 65 309-312, 2009
3. Jean-Pierre Droz, Isabelle Ray-coquard, Jean-Louis Peix. Tumeurs malignes rares, Centre régional de lutte contre le cancer, Léon-Bernard Lyon.

Le profil épidémiologique et clinique de la tuberculose extra pulmonaire à Mouzaia-Blida.

Belkacem Salima

lieu exercice orateur: SCTMR de l'EPSP de Mouzaia (Blida)

email: b.salima79@hotmail.fr

auteur2: Sassi Chehrized

lieu exercice Auteur2: SCTMR de l'EPSP de Mouzaia (Blida)

abstract: La tuberculose extra pulmonaire (TEP) demeure un problème de santé publique en Algérie par son incidence qui ne cesse d'augmenter, les difficultés diagnostiques et la diversité des approches thérapeutiques. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 73 dossiers de TEP colligés au service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires de l'EPSP de Mouzaia année 2012.

L'âge moyen dans notre série était de 31,8 ans avec des âges extrêmes (9-85ans). L'atteinte féminine était prédominante avec un sex-ratio de 0,32. Les comorbidités étaient présentes dans 12,3% des cas.

la localisation ganglionnaire était la plus fréquente (63,01%) suivie de la localisation pleurale (16,4%), péritonéale (6,8%), génitale (4,1%), ostéo articulaire (4,1%), rénale (2,7%) et multi focale (2,7%).

La tuberculose était prouvée dans 79,4% des cas ; toutes confirmées histologiquement avec une seule à la bactériologie. Les malades sont traités selon les recommandations du PNLAT avec une durée variant de 6 à 12 mois. Un traitement adjuvant a été associé dans 23 cas (ponction, corticothérapie, kinésithérapie et traitement chirurgical). Des effets secondaires majeurs à type d'hépatite ont été observés chez 03 patients. L'évolution était favorable dans la majorité des cas, les autres sont en cours de traitement.

La situation épidémiologique des TEP est toujours préoccupante, nous incite à fournir de plus amples efforts. Il est nécessaire de rechercher et d'identifier les facteurs qui concourent au maintien de cette situation.

Malformation artério-veineuse pulmonaire : à propos d'un cas

Belkacem Salima

lieu exercice orateur: SCTMR de l'EPSP de Mouzaia (Blida)

email: b.salima79@hotmail.fr

auteur2: Bililita Amina lieu exercice Auteur2: EPH de Blida

auteur3: Benhadj Tahar Nada lieu exercice Auteur3: EPH de Blida

auteur4: Abderrahim Sabrina lieu exercice Auteur4: EPH de Blida

auteur5: Saighi Omar lieu exercice Auteur5: EPH de Blida

abstract: Les malformations artério-veineuses pulmonaires (MAVP) font apparaître dans la majorité des cas une communication entre une artère et une veine pulmonaire, entraînant un shunt droit gauche extra cardiaque. Elles sont rares; le plus souvent d'origine congénitale et s'observant dans le cadre d'une affection génétique. Elles sont exceptionnellement isolées (1).

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 48ans, G7P7 hospitalisée dans le service de pneumologie de Blida en 2010 pour l'exploration d'une dyspnée chronique avec dysphonie. A l'examen clinique : une cyanose avec hippocratisme digital. L'examen ORL a retrouvé un polype de la corde vocale gauche. La gazométrie artérielle a révélé une hypoxémie profonde. Le bilan biologique était normal. Au télé thorax : une condensation para cardiaque gauche. L'échocardiographie a noté une CIA anévrysmale. L'angiogramme thoracique a montré une volumineuse malformation vasculaire artério-veineuse lobaire inférieure gauche. Le cathétérisme droit a objectivé une fistule à shunt important sans shunt intra cardiaque. L'échographie abdominale et la TDM cérébrale sont normales.

Le diagnostic de MAVP congénitale isolée est retenu devant son caractère unique et l'absence de tout signe en faveur de la maladie de Rendue Osler. L'indication chirurgicale a été posée devant la proximité des

gros vaisseaux et la grande taille de la fistule ne permettant pas d'envier un traitement par embolisation artérielle. L'EFR était normale. La scintigraphie pulmonaire a noté un trouble perfusionnel discordant de la pyramide basale. Les MAVP se manifestent généralement à l'âge adulte favorisé par les changements hormonaux. Elles sont hémodynamiquement actives à haut débit et potentiellement dangereuses, nécessitant une prise en charge thérapeutique afin de réduire le shunt chez les patients symptomatiques d'une part et d'éviter les complications hémorragiques et neurologique(3).

Bibliographie :

- 1) Revue des Maladies Respiratoires 2006, 23; 53-66
- (2) Revue des Maladies Respiratoires, vol21 ; février 2004 ; pp131-135
- (3) EMC de pneumologie 2007 ; 6-000-A-05

Une entité histologique rare : le Carcino-sarcome pulmonaire : à propos d'un cas

orateur: Bellabaci.O

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Djami.N lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur3: Souilah.S lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur4: Fissah.A lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur5: Amrane.R lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Introduction :

Les carcinosarcomes primitifs pulmonaires sont un groupe de tumeurs rares représentant environ 1 % des carcinomes bronchiques non à petites cellules (CBNPC).

Cas clinique : Nous vous rapportons le cas d'un patient âgé de 68ans, fumeur 1p/j pendant 30ans, aux antécédents de Tuberculose pulmonaire, qui consulte pour une douleur thoracique avec une dyspnée d'effort, chez lequel l'examen clinique était sans particularité. La radiographie thoracique objectivait une opacité lobaire supérieure gauche, complétée par une TDM thoracique qui retrouvait un processus parenchymateux lobaire supérieur gauche, associée à des adénopathies hilaires et latérotrachéales gauches.

La fibroscopie bronchique retrouvait un aspect de broncho-pneumopathie chronique. La Biopsie transthoracique était en faveur d'un carcinome non à petite cellule. Le bilan d'extension était négatif. Le patient étant classé T2 N2 M0. Une pneumectomie gauche était réalisée avec bonnes suites opératoires, et l'étude histopathologique de la pièce opératoire concluait à un carcinosarcome. De ce fait une chimiothérapie adjuvante à base de cisplatine, adriamycine et cyclophosphamide a été instituée. Le patient décède suite à une neutropénie fébrile.

Conclusion : Les carcinosarcomes ont un moins bon pronostic que les autres sous-types de CBNPC du fait d'une plus grande agressivité et d'une chimiorésistance.

Vu sa rareté, ce cas a un intérêt iconographique indéniable.

Neutropénie chimio-induite et carcinome bronchique à petites cellules

orateur: Ben Hamad.W

lieu exercice orateur: service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

email: benhamad.wided@gmail.com

auteur2: Greb.D

lieu exercice Auteur2: service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur3: Smadhi.H

lieu exercice Auteur3: service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur4: Fkih.L

lieu exercice Auteur4: service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur5: Megdiche.ML

lieu exercice Auteur5: service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

abstract: Introduction : La survenue d'une neutropénie et ses complications infectieuses au cours de traitement des carcinomes bronchiques à petites cellules (CPC) représente la toxicité dose-limitante la plus fréquente et la plus grave de la chimiothérapie (CT) indiquant un traitement prophylactique systématique par les facteurs de croissance de la granulopoïèse (G-CSF). Le but de ce travail est de préciser la fréquence de la neutropénie chez nos patients, la prise en charge thérapeutique et la place de G-CSF.

Matériels et patients : Etude rétrospective menée dans le service de pneumologie Ibn Nafiss Ariana portant sur 24 dossiers des patients hospitalisés pour CPC entre 2009-2011.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 60 ans (34-78). 96% sont des hommes tabagiques. 6 patients ayant des antécédents des pathologies cardiovasculaires. 83% des nos patients ont un CPC disséminé dont 35% d'entre eux ont plus qu'un site métastatique. Il s'agissait d'un CPC combiné dans 2 cas. Tous nos patients ayant reçu une CT de

première ligne à base de sels de platine et étoposide à dose complète. Une CT de deuxième ligne a été demandée chez 6 cas. Une neutropénie a été objectivée chez 34% des nos patients dont 75% d'entre eux ayant un seul épisode de neutropénie classé grade 2-3 de sévérité. Notre conduite a été de passer la cure dans 2 cas et de la reporter d'une semaine dans les autres cas. Un patient a eu 2 épisodes de neutropénie grade 2. Cinq épisodes ont été rapportés chez un patient qui a été reçu 2 lignes de CT. La neutropénie ne dépasse pas le grade 3 de sévérité et nécessite à chaque fois de reporter la cure d'une semaine sans l'annuler. Ce patient a reçu une antibiothérapie en ambulatoire au cours de premier épisode et des G-CSF en prévention secondaire.

Conclusion : Malgré les G-CSF n'ont pas encore l'AMM en Tunisie par faute des moyens, la neutropénie chimio-induite au cours de CPC n'est pas fréquente dans notre série. Ya-t-il d'autres facteurs notamment nutritionnels qui interagissent avec l'immunité et permettent de prévenir la neutropénie ?

Actinomycose pulmonaire: est-il possible d'y penser plus tôt ?

orateur: Ben Hamad.W

lieu exercice orateur: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

email: benhamad.wided@gmail.com

auteur2: Greb.D

lieu exercice Auteur2: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur3: Smadhi.H

lieu exercice Auteur3: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur4: Fkih.L

lieu exercice Auteur4: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur5: Megdiche.ML

lieu exercice Auteur5: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

abstract: Introduction :

L'actinomycose pulmonaire est une affection bactérienne rare caractérisée par une suppuration focale et un processus fibrogranulomateux expansif d'aspect parfois pseudotumoral.

Observation : Nous rapportons le cas d'un homme de 57 ans, tabagique à 60 PA, sans antécédents pathologiques. Il présentait des douleurs thoraciques droites d'installation progressive et des expectorations purulentes parfois hémoptoïques associés à une fièvre. La radiographie thoracique a montré une opacité pleuroparenchymateuse droite et la biologie un syndrome inflammatoire. Le patient a été traité par une antibiothérapie sans amélioration clinique ni radiologique. Une fibroscopie bronchique et un scanner thoracique ont suspecté une origine néoplasique. Le patient a été opéré en urgence devant l'apparition d'une hémoptysie de grande abondance et la pièce opératoire a conduit à une actinomycose pleuropulmonaire. Le délai diagnostique était de 4 mois. Un traitement par pénicilline G à forte dose pendant un mois a été entrepris relayé par amoxicilline par voie orale pour une durée totale d'un an. L'évolution a été favorable sans récurrence 15 mois après l'arrêt de traitement.

Conclusion : L'actinomycose est une affection rare et peut simuler une tuberculose ou un processus néoplasique. Elle est souvent méconnue et doit être évoquée devant une pleuropneumopathie traînante. Son traitement est médical quand elle est diagnostiquée tôt ce qui permet d'éviter le recours à la chirurgie.

Tuberculose pulmonaire et maladie de Crohn : relation de causalité ou coïncidence ?

orateur: Ben Hamad.W

lieu exercice orateur: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

email: benhamad.wided@gmail.com

auteur2: Smadhi.H

lieu exercice Auteur2: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur3: Fkih.L

lieu exercice Auteur3: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur4: Fenniche.S

lieu exercice Auteur4: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

auteur5: Megdiche.ML

lieu exercice Auteur5: Service Ibn Nafiss, Hopital Abderrahmen Mami, Ariana, Tunisie

abstract: Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Les traitements immunosuppresseurs ont amélioré sa prise en charge. Cependant, il existe des risques infectieux, en particulier la tuberculose pulmonaire (TB), notamment dans un pays d'endémicité comme le notre.

Nous rapportons 2 patients suivis pour MC et chez qui on a diagnostiqué une tuberculose pulmonaire.

Observation 1 : Il s'agit d'un homme âgé de 64 ans, tabagique, suivi pour MC depuis 17 ans. Il a été opéré à 2 reprises pour sténoses intes-

tinale. Actuellement en rémission sous Azathioprine. Il a été hospitalisé pour exploration d'une opacité pleuroparenchymateuse gauche évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. La recherche de BK dans les crachats et la biopsie pleurale ont confirmé le diagnostic d'une tuberculose pleuropulmonaire. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux avec une évolution favorable.

Observation 2 : Il s'agit d'un homme âgé de 33 ans, tabagique, suivi depuis 4 ans pour MC en rémission depuis 1 an. Il a été hospitalisé pour l'exploration d'une dyspnée et d'une fièvre. La radiographie thoracique a objectivé une opacité pleurale. La biopsie pleurale a conclu à une tuberculose pleurale. Le patient a été mis sous traitement anti-tuberculeux avec une évolution favorable.

Conclusion : La fréquence de la tuberculose est beaucoup plus élevée au cours des maladies systémiques que dans la population générale. Il s'agit le plus souvent de la réactivation d'une tuberculose latente. A côté de l'immunosuppression induite par la maladie sous-jacente, il faut souligner le rôle favorisant des traitements immunosuppresseurs. De ce fait, une stratégie de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose devrait être étendue à l'ensemble des patients souffrant de maladie systémique avant leur mise sous traitement immunosuppresseur.

Aspects radiocliniques et prise en charge thérapeutique de la tuberculose bronchique pendant 5 ans (2007-20012) à propos de 11 cas.

orateur: Benadouda.S

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

email: sihembenadouda@yahoo.fr

auteur2: benbetka.Y lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
 auteur3: Fissah.A lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
 auteur4: Amrane.R lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
 auteur5: baba Ahmed. R lieu exercice Auteur5: Service de Pathologie, CHU de Bab el oued

abstract: Introduction :

La localisation bronchique de la tuberculose est rare et de manifestations cliniques et radiologiques trompeuses, pouvant simuler un cancer bronchique. Le traitement repose essentiellement sur la chimiothérapie antituberculeuse.

Matériel et méthode : Etude rétrospective de 11cas de tuberculose bronchique diagnostiqués entre 2007-2012, au service de Pneumologie du CHU de BEO. Repartis en 09femmes et 02hommes, âgés de 17 à 70 ans. Résultats : Les symptômes les plus fréquents étaient une toux sèche chronique, une douleur thoracique et dyspnée stade I de la Nyha.

La radiographie thoracique objectivait des adénopathies hilaires et médiastinales (64%), des opacités parenchymateuses (18%), une atelectasie (4%) et une association : adénopathie médiastinale et atelectasie dans 4% des cas. L'endoscopie bronchique montrait une sténose dans 8 cas et un bourgeon dans 3cas. Le diagnostic a été posé par biopsie bronchique chez 8 patients, par biopsie transthoracique chez 2 patients et thoracotomie chez 1 seul patient. Tous les malades ont reçu une chimiothérapie antituberculeuse par le régime national standard pendant 6mois. Une patiente est au premier mois de traitement ; dix patients ont terminé le traitement mais il persiste des lésions endoscopiques pour 6 cas, sous surveillances. Discussion : L'analyse des résultats de notre travail a montré que les signes cliniques et radiologiques ne sont pas spécifiques ; les signes endoscopiques sont dominés par l'aspect pseudo tumoral.

La prise en charge a posé des difficultés car l'efficacité de la chimiothérapie antituberculeuse est difficile à affirmer ; l'évaluation par l'imagerie et l'endoscopie ne peut parfois faire la différence entre des lésions évolutives ou séquellaires.

Conclusion : L'expression radiologique de la tuberculose endobronchique oriente plutôt vers une pathologie tumorale. L'endoscopie bronchique est déterminante et permet d'éviter le recours à la chirurgie.

Le traitement antituberculeux quadruple est presque toujours efficace en dépit de rares séquelles parfois graves.

Bactériologie versus aspect radiologique des tuberculoses pulmonaires à microscopie positive

orateur: BENALI.A (1)

lieu exercice orateur: Service de bactériologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

email: feryalatoui@hotmail.fr

auteur2: BELAID.L (2) lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, CHU Annaba.
 auteur3: YAKOUBI.R (2) lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, CHU Annaba.
 auteur4: DEKHIL.M (1) lieu exercice Auteur4: Service de bactériologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.
 auteur5: BENALI.R (2) lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie, CHU Annaba.

abstract: Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire repose sur la mise en évidence bactériologique du bacille de Koch dans l'expectoration. Seule la tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) a une

valeur épidémiologique puisqu'elle représente la source de contamination par excellence ; source liée à l'extériorisation des BK à partir d'un foyer parenchymateux correspondant le plus souvent à des images cavitaires diagnostiquées radiologiquement. Devant la multiplicité des images radiologiques retrouvées au cours de la tuberculose pulmonaire, nous nous sommes proposé d'analyser la relation entre la richesse bactériologique des lames et l'aspect et l'étendue des lésions radiologiques. Nous vous rapportons ici les conclusions de notre travail.

Association tuberculose bronchique et sarcoïdose

orateur: Benamara.S

lieu exercice orateur: Service de pneumo-phtisiologie B CHU ORAN

email: salimabenamara@yahoo.fr

auteur2: Benahmed.B lieu exercice Auteur2: Service de pneumo-phtisiologie B CHU ORAN

auteur3: Ouadi.A lieu exercice Auteur3: Service de pneumo-phtisiologie B CHU ORAN

auteur4: Ziane.B lieu exercice Auteur4: Service de pneumo-phtisiologie B CHU ORAN

auteur5: Berrabah.Y lieu exercice Auteur5: Service de pneumo-phtisiologie B CHU ORAN

abstract: La tuberculose bronchique et la sarcoïdose sont deux entités pathologiques différentes, qui peuvent coexister ensemble.

Nous rapportons dans cette observation une association d'une tuberculose bronchique et d'une sarcoïdose.

Il s'agit d'une patiente âgée de 49 ans, aux antécédents: d'hypertension artérielle-diabète insulino-nécessitant-tuberculose hépatosplénique confirmée par preuve anatomopathologique suite à une splénectomie et biopsie hépatique traitée en 2011;qui consultait pour toux sèche chronique.

Cliniquement : à l'auscultation pleuro-pulmonaire: râles crépitants au niveau des deux bases pulmonaires → à l'inspection des téguments: lésions cutanées rouges violacées asymptomatiques siégeant au niveau de l'avant bras et du genou droit.

Biologie : hypercalcémie-hypergammaglobulinémie diffuse-augmentation du taux de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Recherche de BK à l'examen direct dans les crachats et dans le liquide d'aspiration bronchique est négative avec intradermo-réaction à la tuberculine négative.

Radiologiquement: infiltrat réticulo-nodulaire confluant diffus bilatéral avec adénopathies médiastinales bilatérales.

Fibroscopie bronchique: éperons élargis au niveau de l'arbre bronchique droit et gauche à la macroscopie-cytologie inflammatoire du liquide d'aspiration bronchique-alvéolite lymphocytaire à la cytologie du L.B.A-tuberculose bronchique à l'histologie du prélèvement bronchique.

Histologie de la biopsie cutanée faite au niveau de l'avant bras droit : aspect typique d'une sarcoïdose.

Vu les données cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques le diagnostic d'une coexistence entre tuberculose bronchique et sarcoïdose a été retenu. La sarcoïdose est une affection dont l'étiologie n'est pas encore déterminée, les mycobactéries sont considérées comme agent potentiel ; la sarcoïdose a souvent une évolution défavorable lorsqu'elle est associée à une tuberculose.

La tuberculose trachéo-bronchique : Une localisation rare

orateur: BENGHERRA. M.H

lieu exercice orateur: CHU Tlemcen

email: pnhechem@yahoo.fr

auteur2: BENMANSOUR. M lieu exercice Auteur2: CHU Tlemcen

auteur3: MERGHACHE. A lieu exercice Auteur3: CHU Tlemcen

auteur4: HADJADJ. M lieu exercice Auteur4: CHU Tlemcen

auteur5: BENNACEUR. Y lieu exercice Auteur5: CHU Tlemcen

abstract: Introduction: La tuberculose trachéo- bronchique reste une localisation rare dont le mécanisme physiopathologique n'est pas encore connu, plus le diagnostic par fibroscopie est précoce plus l'évolution sous traitement est favorable prévenant la sténose trachéo- bronchique.

OBSERVATION : Une patiente B.H âgée de 67 ans aux ATCD d'HTA et de cholécystectomie s'est présentée pour une toux sèche et altération moyenne de l'état général remontant à 6 mois ; le téléthorax montrait une condensation basithoracique gauche légèrement rétractile

Le scanner thoracique objectivait un trouble ventilatoire du lobe inférieur gauche et adénopathie médiastinale antérieure gauche

La fibroscopie bronchique révélait une ulcération de la face antérieure du tiers moyen de la trachée recouverte d'un enduit blanchâtre avec une obstruction totale de la lobaire inférieure gauche par un bourgeon blanchâtre en chou-fleur ressemblant au caséum.

La biopsie était en faveur d'une tuberculose caséo folliculaire. La patiente était mise sous 2 RHZE/ 4 RH + corticothérapie 0.5 mg /kg/j mais elle décéda à j6 suite à une hémoptysie cataclysmique

Discussion : La tuberculose trachéo-bronchique occupe 2 à 4% du nombre des cas tuberculeux.

La pathogénie n'est pas encore connue, souvent c'est l'implantation directe du bacille de Koch dans la trachée et les bronches. La dissémination hématogène ou lymphatique est moins fréquente. Le long délai diagnostique (1 à 3 mois) s'explique par le caractère non spécifique des symptômes qui peuvent ainsi être banalisés, voire négligés. La bronchoscopie joue un rôle important dans le diagnostic et dans le suivi du traitement. La corticothérapie est un traitement adjuvant aux médicaments antituberculeux pour diminuer le rétrécissement trachéo-bronchique et améliorer l'état du malade néanmoins son utilisation doit être prudente en cas d'ulcération associée afin d'éviter des hémoptysies incontrôlables comme dans notre cas.

Conclusion : Cette présentation offre l'opportunité de rappeler cette forme de tuberculose, d'énoncer ces particularités et d'insister sur le rôle important de la bronchoscopie dans le diagnostic et dans le suivi du traitement.

Liposarcome pléomorphe du médiastin : à propos d'un cas

orateur: BENGHERRA .M.H (1)

lieu exercice orateur: service de pneumologie CHU Tlemcen

email: pnehichem@yahoo.fr

auteur2: Merghache.A (1) lieu exercice Auteur2: service de pneumologie CHU Tlemcen

auteur3: bennaceur.Y (1) lieu exercice Auteur3: service de pneumologie CHU Tlemcen

auteur4: HADJADJ.M (1) lieu exercice Auteur4: service de pneumologie CHU Tlemcen

auteur5: BENMANSOUR.M (1) lieu exercice Auteur5: service de pneumologie CHU Tlemcen

abstract: Introduction:

Le liposarcome médiastinal constitue une tumeur rare qui survient dans moins de 1% des cas, toutes tumeurs confondues. Il comporte plusieurs types histologiques et est souvent source de difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Observation : Nous rapportons un cas de liposarcome pléomorphe du médiastin chez un homme de 51 ans révélé par l'apparition des adénopathies cervicales et sus claviculaires droites le scanner cervico thoracique a révélé un processus tumoral du compartiment moyen et postérieur du médiastin refoulant les structures de voisinages ; La fibroscopie bronchique constate une simple compression extrinsèque. Le diagnostic histologique a été établi par biopsie transthoracique sous contrôle scannographique de liposarcome médiastinal à cellules pléomorphes de grade 3 selon les critères du Groupe sarcome . Devant le caractère inextirpable et le grade de différenciation de la tumeur une chimiothérapie à base d'ifosfamide et doxorubicin a été entamée.

Discussion : Le liposarcome médiastinal pléomorphe constitue une tumeur exceptionnelle, touchant habituellement l'adulte d'âge moyen .cette tumeur habituellement volumineuse et agressive , infiltrant les structures avoisinantes et entraînant une compression ou un envahissement des organes du mediastin.la chirurgie en constitue le traitement de choix, alors que la place des traitements associés reste controversée. Le pronostic dépend essentiellement du grade de malignité et de la qualité de l'exérèse.

Conclusion : La prise en charge des liposarcomes médiastinaux est multidisciplinaire. Le pronostic est sombre et dépend essentiellement du grade histologique et de l'exérèse chirurgicale.

Un cas de pneumonie varicelleuse compliquée d'un syndrome de détresse respiratoire aigue chez un adulte immunocompétent

orateur: Benhocine.Y

lieu exercice orateur: CHU Tizi-ouzou,Algerie

email: yacine001@yahoo.fr

abstract: Introduction:

La varicelle est une maladie virale aigue de l'enfance,généralement bénigne.Pour des raisons encore inconnue,la varicelle est généralement plus grave chez l'adulte meme immunocompétent: le décès survient le plus souvent dans un tableau d'oedème lésionnel et de défaillance multiviscérale.

Observation: Nous rapportons le cas d'une infection primaire au varicella zoster virus survenue chez un adulte immunocompétent, compliquée d'un syndrome de détresse respiratoire aigue(SDRA) et d'un état de choc. Le diagnostic a été suspecté devant: l'anamnèse(contage familial),le tableau clinique(lésions vésiculeuses ombiliquées du tronc et de la face,fièvre persistante,toux,dyspnée) et l'aspect radiologique(opacités réticulomicronodulaires diffuses aux deux champs pulmonaires). La patiente a été intubée et ventilée pour SDRA,elle a reçu un remplissage,un support vasopresseur. Une double antibiothérapie et un traitement antiviral par aciclovir ont été débutés par voie intraveineuse. Le diagnostic a été confirmé par,la positivité de la sérologie varicelleuse et la négativité des prélèvements bactériologiques précoces.

L'évolution était favorable au bout d'une semaine,apyrexie,arrêt du vasopresseur,stabilité hemodynamique,amélioration des paramètres ga-

zométriques et nettoyage radiologique.

Discussion: Le SDRA est une complication rare de la pneumonie varicelleuse qui met en jeu le pronostic vital. Chez cette patiente il a bien répondu au traitement antiviral et au support ventilatoire. D'autres attitudes thérapeutiques ont été proposées dans la littérature: Lee et al ont eu recours à la stéroïdepulse therapy et à l'hémodiafiltration pour une infection varicelleuse compliquée d'un SDRA ,de rhabdomyolyse.Alors que Tokat et al ont rapporté l'usage des immunoglobulines pour le traitement d'un SDRA compliquant une infection varicelleuse.

Conclusion: Les adultes ayant une pneumonie varicelleuse sévère doivent être hospitalisés en unité de soins intensifs.Le recours pécoce a la ventilation non invasive pourrait éviter la ventilation invasive. L'utilisation précoce,au stade de l'éruption cutanée du traitement antiviral est une mesure primordiale.

Syndrome de CHURG STRAUSS et hépatite C à propos d'une observation

orateur: BENLAHCEN.M

lieu exercice orateur: Service de pneumologie EHU Oran

email: s_ellou2007@hotmail.fr

auteur2: LELLOU.S

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie EHU Oran

auteur3: TERFANI.DJ lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie EHU Oran

auteur4: DJEBRI.K lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie EHU Oran

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie EHU Oran

abstract: Le syndrome de Churg et Strauss est une vascularite nécrosante granulomateuse touchant les veines de petits calibres.

Il est caractérisé par un asthme et une hyper éosinophilie associés à des manifestations extra pulmonaires.

L'infection par le virus d'hépatite C favorise la production d'auto anticorps et la survenue des maladies auto immunes et/ou vascularites. Nous rapportons un cas de syndrome de Churg Strauss survenant au cours d'une infection par le VHC, chez une femme âgée de 60 ans hospitalisée dans notre service pour une crise d'asthme sévère.

L'interrogatoire retrouve la notion d'asthme allergique, HTA, diabète et hépatite C traitée par l'interféron et déclarée guérie

L'examen clinique retrouve des paresthésies asymétriques des deux membres inférieurs et des papules infiltrées au niveau du genou gauche et du dos. La biologie montre un syndrome inflammatoire avec des ANCA positifs type anti PR3.

Un scanner objective un comblement des sinus maxillaires et fronto-ethmoïdal .

La biopsie cutanée conclut à une vascularite

Ainsi le diagnostic du syndrome de Churg Strauss a été retenu devant les critères suivants :

- Asthme
- Sinusite maxillaire au moment du diagnostic
- Atteinte neurologique confirmée à l'ENMG
- Vascularite à la biopsie cutanée

Le traitement instauré : corticothérapie 1mg/kg/j

Hydatidise pulmonaire multiple en lâcher de ballon nettement amélioré par le traitement chirurgical

orateur: BENMAKHLOUF.L

lieu exercice orateur: EPH.ROUIBA

email: lamibene@yahoo.fr

auteur2: JAFAR.M lieu exercice Auteur2: EPH.ROUIBA

auteur3: ALLOULA.R lieu exercice Auteur3: EPH.ROUIBA

abstract:

L'hydatidose pulmonaire multiple est rare, le risque accru de survenue de complication grave et la difficulté de la prise en charge thérapeutique de ces formes rendent sévère leurs pronostic. Le cas que nous rapportons est celui d'un patient âgé de 19ans d'origine rurale soumis à un contage hydatique important, sans antécédents médicaux chirurgicaux particuliers, admis pour l'exploration d'un lâché de ballon révélé par un syndrome d'irritation bronchique installé en 1 mois et une dyspnée d'effort. L'examen clinique à l'admission était normal, La radiographie du thorax avait montré des opacités pulmonaires multiples et bilatérales réalisant l'aspect en lâcher de ballon, les sérologies hydatiques étaient fortement positives, la TDM thoracoabdominale avait montré de multiples nodules des deux parenchymes pulmonaires prédominant à gauche d'âge différent dont certains excavés avec 4 nodules hépatique, L'échographie abdominale a révèle un foie multinodulaire, la fibroscopie bronchique a révélé un aspect endoscopique normal. Une cure chirurgicale des kystes hydatiques pulmonaires a été entreprise sous anes-

thésie générale, thoracotomie postero-laterale, l'exploration avait retrouvé un poumon gauche siège de Plusieurs kystes hydatiques d'âges et de volume différent, exérèse de 6kystes dont le plus volumineux de 4 cm de diamètre au niveau du lobe supérieur gauche .

Le traitement chirurgical est réussi chez notre patient, nous disposons d'un recul de 6mois par rapport à l'intervention.

La localisation hydatique pulmonaire multiple est rare, leur diagnostique est facile est basé sur le couple imagerie- biologie en particulier (TDM-sérologie hydatique) il contraste avec la difficulté de leur prise en charge thérapeutique, le pronostic sévère et les chances de guérison minime.

Une présentation atypique d'un syndrome de Schurg strauss FFS2 : à propos d'une observation pris en charge au service de pneumo-physiologie

orateur: M .Benmansour

lieu exercice orateur: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen

email: ben_man_sour@yahoo.fr

auteur2: F.Boudour lieu exercice Auteur2: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur3: A .Hamzaoui lieu exercice Auteur3: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur4: A.Merghache lieu exercice Auteur4: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen

abstract: Le syndrome de Churg et Strauss est une vascularite systémique, définie par son association à un asthme grave et à une hyper éosinophilie sanguine et tissulaire. La vascularite qui atteint les petits vaisseaux est fréquemment associée à une purpura, une multinévrite et, plus rarement, à une glomérulonéphrite rapidement progressive ou à une hémorragie intra-alvéolaire diffuse.

Sa prévalence est de 7 à 13 par millions d'habitants, en fait une des vascularites systémiques les plus rares. La présence dans 35 à 40 % des cas de p-ANCA déterminerait un sous-groupe de patients ayant une fréquence accrue d'atteinte rénale, d'hémorragie intra-alvéolaire et d'atteinte du système nerveux central.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 48 ans au antécédent d'un asthme bronchique intermittent tardive consulte pour asthénie profonde et une dyspnée d'effort. l'examen clinique retrouve un état général très altéré, une fièvre à 38° ; FNS une hyper éosinophilie à 14%. la radiographie thoracique normale ;le scanner thoracique des infiltrats parenchymateux bilatéraux ; la chimie des urines une protéinurie ++ ;hématurie +++ ;bilan rénal normal un examen cardiovasculaire initial normal FE 60%,les ANCA anti MPO positifs.la biopsie rénale une glomérulonéphrite extra capillaire rapidement progressive Après une semaine d'évolution , l'état général s'est altéré compliqué d'une cardiomyopathie dilatée FE 30% ;une péricardite ;une dégradation rapide de la fonction rénale ; et d'une localisation digestive compliquée d'une péritonite ;après bolus de corticothérapie une chute de l'éosinophilie sanguine à 0% ;sans amélioration clinique .patient décédé 4 jours après .

Nous vous présentons à travers notre observation les particularités dans le mode de révélation clinique, évolutif et pronostic celons les critères validés de FFS (five factors score) .

Maladie thrombo-embolique compliquant une tuberculose pulmonaire, une réalité à surveiller.

orateur: M.Benmansour

grade: Maitre de conférence

lieu exercice orateur: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen

email: ben_man_sour@yahoo.fr

auteur2: A.Mansouri lieu exercice Auteur2: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur3: H.Benghera lieu exercice Auteur3: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur4: F.Boudour lieu exercice Auteur4: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen

abstract: L'association entre tuberculose et maladie thrombo-embolique n'est pas rare, une complication allant de 1,4% à 3,8% des cas dont la survenue de ces accident semble corrélée à la sévérité de la maladie tuberculeuse.

Nous rapportons 3 observations de tuberculose pulmonaire a microscopie positive sans antécédents pathologiques ni comorbidité ni facteurs favorisants à savoir chirurgicaux, médicaux ou iatrogène, deux hommes âgés respectivement de 46 ans et 31ans, et une femme âgée de 20 ans. Le diagnostic de la maladie thrombo- embolique a type : deux thromboses veineuses profondes, et une embolie pulmonaire.

Les délais entre le début du traitement anti tuberculeuse et le diagnostic de la maladie thrombo-embolique était variable entre 3 et 15 jours L évolution été favorable âpres la mise en route du traitement anticoagulant d'abord les HBPM relayé après par les AVK , il est a noté qu' il y a eu une difficulté de d'obtenir un international normalized ratio(INR) efficace.

Conclusion : la tuberculose pulmonaire semble constituer un facteur de risque thrombo- embolique dont le taux réel est probablement plus élevé et sous diagnostiqué.

La confirmation de la tuberculose et la mise en route du traitement anti tuberculeux impose une sensibilisation quant à la complication thrombo-embolique et une surveillance particulière du taux de prothrombine.

Contrôle de l'asthme en milieu scolaire dans la ville Tlemcen : a propos de 127 cas d'asthmes bronchique suivi en UDS.

orateur: Benmansour.M

grade: Maitre de conférence

lieu exercice orateur: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen

email: ben_man_sour@yahoo.fr

auteur2: Benhabbi .Z lieu exercice Auteur2: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur3: Boudour .F lieu exercice Auteur3: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur4: Z.Benhabbi Hachem.A lieu exercice Auteur4: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur5: Zehar.M lieu exercice Auteur5: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen

abstract: L'asthme est une affection respiratoire chronique fréquente responsable de symptômes altérant souvent la qualité de vie des patients. La maladie asthmatique reste responsable d'une morbi-mortalité importante malgré l'existence de thérapeutiques efficaces et innovantes, la diffusion des recommandations concernant la prise en charge de l'asthme et le contrôle de la maladie reste insuffisant.

Le contrôle de l'asthme est l'objectif du traitement et pour cela nous avons apprécié et évaluer sur une période récente d'une année (janvier 2012 _décembre 2012) ; l'intensité et la fréquence des symptômes, la consommation de bêta mimétique d'action immédiate, l'obstruction bronchique chez des jeunes enfants asthmatiques en milieu scolaire dans la wilaya de Tlemcen . Afin d'évaluer la démarche médicale en pratique quotidienne, un audit par courrier a étudié l'évaluation du contrôle de l'asthme, la recherche des causes de mauvais contrôle et l'impact des outils de mesure du contrôle à l'aide des questionnaires adressé a un échantillon d'enfants asthmatiques d'âge moyen de 13,3ans avec un sex ratio de 3 garçons /1fille .

Nous concluons que La notion de contrôle vient compléter celle de la sévérité : un asthme modéré pouvant être non contrôlé et un asthme sévère pouvant être contrôlé.

L'objectif est double, à court et à moyen terme : permettre à l'enfant asthmatique une vie normale, lui éviter les exacerbations jusqu'à l'emmener à l'âge adulte dans la meilleure condition respiratoire possible. L'amélioration du contrôle de l'asthme va de pair avec l'amélioration de la qualité de vie.

Difficulté diagnostic devant une tumeur carcinoïde du poulmon

orateur: Benmansour.M

grade: Maitre de conférence

lieu exercice orateur: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen

email: ben_man_sour@yahoo.fr

auteur2: Aïnsebaa A lieu exercice Auteur2: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur3: Merghache.A

lieu exercice Auteur3: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen
auteur4: Boudour .F lieu exercice Auteur4: Service de pneumo-physiologie CHU Tlemcen

abstract: Les tumeurs carcinoïdes du poulmon sont des tumeurs neuro-endocrine classé typiques ou atypiques à malignité réduite. Rares chez l'adulte ; elles représentent représentant environ 1à2% des tumeurs primitives broncho-pulmonaires.

Nous rapportons ici le cas d'une patiente âgée de 41 ans dont la symptomatologie est dominée par des hémoptysies de grande abondance récidivantes engageant le pronostic vital. L'interrogatoire retrouvait comme antécédent la notion d'un kyste hydatique du poulmon opéré en 2003 et d'épisode d'hémoptysie. La radiographie thoracique de face objectivait une atelectasie du lobe inferieur droit. Un scanner thoracique fait 10 ans auparavant avait révélé une formation ovalaire hétérogène développé dans l'étage inferieur du médiastin moyen et postérieur. L'endoscopie bronchique objectivait une obstruction totale du tronc intermédiaire par une formation bourgeonnante hyper vascularisée qui saigné au moindre contact. Le diagnostic fut posé par biopsie chirurgicale.il s'agissait d'une tumeur carcinoïde typique.

Nous soulignons à travers cette observation le retard diagnostique, les caractéristiques de la TDM-thoracique prouvant le potentiel malin surtout loco-régional, les modalités thérapeutiques, la surveillance et le pronostic.

Évaluation de la prise en charge des BPCO : audit de pratique clinique

M.A.Bennani, F.Z. Drissi, S.Kebbat, k.Machou, k.Khemas, A.Messaoud, M.Guermaz

Service de pneumologie A, CHU.Oran

La prise en charge des BPCO reste préoccupante et insuffisante malgré la diffusion des recommandations. Sa morbidité est en augmentation constante.

Objectifs : évaluer la prise en charge des patients BPCO en pratique clinique

Méthode : audit réalisé à l'aide d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des médecins pneumologues (MP) et aux médecins généralistes (MG) du nord l'ouest Algérie prenant en charge les BPCO.

Résultats : deux cent soixante huit praticiens ont participé à cette enquête, 194 généralistes et 74 pneumologues avec un taux de réponse respectif de 46 et 74%. Le statut fumeur ou non fumeur est recherché systématiquement à chaque consultation par 70% des MG et 95% des MP. 25% des MG et 13% des MP dépistent la BPCO à partir de l'âge de 50 ans. La toux et l'expectoration chez les fumeurs sont recherchées systématiquement par 69% des MG et 74% des MP. La dyspnée est recherchée systématiquement par 57% des MG et 78% des MP. Seulement 20% des MG et 51% des MP utilisent Les échelles d'évaluation de la dyspnée. Le DEP est utilisé comme outil de dépistage de la BPCO par 25% des MG et 43% des MP. L'accès à la spirométrie est facile pour 20 % des MG et 85% des MP. 40% des MG et 80% des MP demandent régulièrement une spirométrie pour le suivi des patients. En pratique le diagnostic de la BPCO repose sur les symptômes seuls chez plus des 1/3 des MG. Uniquement 38 % des MG et 68% des MP utilisent les guides pour la prise en charge des BPCO. Les nouveaux cas de BPCO sont dépistés dans 50% des cas au cours d'une exacerbation. Les comorbidités liées à la BPCO sont recherchées systématiquement par 44% MG et 69% MP. Tous les praticiens déclaraient ne jamais évaluer l'impact de la BPCO sur La sexualité des patients. L'anxiété est recherchée par 76% des MG et 73% des MP. La dépression est recherchée par 56 % des MG et 55,4% des MP. L'activité physique est conseillée systématiquement par 36% des MG et 42% des MP. La vaccination antigrippale est recommandée systématiquement par 57% des MG et 65% des MP. 22% des MG et 8% des MP prescrivent une corticothérapie per os au long cours en association aux LABA chez les patients avec exacerbations fréquentes.

Mots clés : BPCO, Audit, Évaluation clinique.

A propos d'un cas de Leptospirose avec atteinte respiratoire

orateur: BENTOUATI.B (1)

lieu exercice orateur: (1) Service de pneumophthysiologie Etablissement public hospitalier de Rouiba

email: bentouatibachira@gmail.com

auteur2: BOUAZIZ.W (2) lieu exercice Auteur2: (2) Service de pneumophthysiologie Etablissement public hospitalier de Rouiba

auteur3: DOORMANE.S (3) lieu exercice Auteur3: (3) Service de pneumophthysiologie Etablissement public hospitalier de Rouiba

auteur4: JAAFAR.M (4) lieu exercice Auteur4: (4) Service de pneumophthysiologie Etablissement public hospitalier de Rouiba

auteur5: NEHAL.A (5) lieu exercice Auteur5: (5) Service de pneumophthysiologie Etablissement public hospitalier de Rouiba

abstract:

-La leptospirose est une anthro-zoonose ubiquitaire causée par des bactéries bacille gram négatif du genre leptospira dont Le vecteur est un micromammifère. Dans sa forme complète elle est caractérisée par cinq syndromes : infectieux, respiratoire, hémorragique, hépatique et rénale. L'atteinte respiratoire notamment l'hémorragie alvéolaire peut engager le pronostic vital de par l'insuffisance respiratoire qu'elle entraîne.

-Patient âgé de 42 ans, agent de voirie, consulte pour une hémoptysie de petite abondance avec ictère fébrile. L'examen clinique du patient dont l'état général est conservé révèle la présence de pétéchies vésiculaire et des crépitations aux deux champs pulmonaires.

L'imagerie médicale montre un verre dépoli bilatéral évoquant une hémorragie alvéolaire qu'on n'a pas pu documenter faute de lavage bronchiolo-alvéolaire.

Le bilan biologique retrouve une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une anémie microcytaire hypochrome, une thrombopénie sévère, une insuffisance rénale fonctionnelle, un syndrome de cytolysé hépatique et de cholestase.

L'Echographie abdominale a permis d'éliminer la présence de lithiases des voies biliaires, mettant en évidence une hépatomégalie homogène. Au vu de cette ensemble radio-clinique et biologique le diagnostic de

leptospirose a été retenu ; un traitement a été initié à base de pénicilline G, avec une évolution favorable. La sérologie de martin et petit est venu confirmer secondairement le diagnostic.

-L'atteinte pulmonaire de la leptospirose est retrouvée dans 30% des cas. Elle présente un tournant décisif dans l'évolution de la maladie. Dans le contexte d'une consultation en infectiologie le problème diagnostique ne se pose pas par contre dans le contexte qui est le notre l'errance diagnostique est la règle. De ce fait il est légitime d'évoquer systématiquement le diagnostic de leptospirose devant une atteinte respiratoire associée à un ictère franc fébrile, jaune orange, dans un contexte de profession exposée, a fortiori que le traitement simple est une urgence thérapeutique permettant d'éviter les complications graves qui peuvent altérer le pronostic.

Tuberculose multifocale À propos de 19 cas.

orateur: BERDOUS TINEHINENE

lieu exercice orateur: CHU MUSTAPHA

email: ASIREM5THIN@YAHOO.FR

auteur2: Pr SALIM NAFTI lieu exercice Auteur2: CHU MUSTAPHA

abstract: La Tuberculose sévit toujours en mode endémique dans les pays en voie de développement notamment en Algérie. Les formes multifocales sont définies par la localisation de la tuberculose dans 2 sites extra pulmonaires associés ou non à une atteinte pulmonaire, elles sont rares, représentant 9% des tuberculoses extra pulmonaire. Ce sont des formes graves et sont surtout l'apanage des sujets immunodéprimés, mais elles peuvent également toucher des sujets immunocompétents.

A ce propos, nous rapportons 19 cas de tuberculose multifocale colligés dans notre service sur une période de 8 ans (2004-2012), tous immunocompétents et sans antécédent de tuberculose.

Il s'agit de 10 Hommes et 9 Femmes, d'âge moyen de 35 ans aux extrêmes (19- 65ans).

Le diagnostic a été retenu devant la confirmation bactériologique et/ou histologique dans tous les cas.

La notion de contagé était présente chez 2 patients, l'IDR à la tuberculine était positive dans 11 cas et la cicatrice de BCG absente chez 9 malades. Une anémie est retrouvée chez 10 patients, une leucopénie dans 3 cas, un bilan inflammatoire perturbé dans 9 cas.

Il s'agissait d'une atteinte bifocale dans 6 cas, une triple localisation dans 9 cas et enfin une localisation quadruple dans 4 cas.

L'atteinte pulmonaire était notée dans 14 cas, suivi de l'atteinte ganglionnaire 13 cas et enfin l'atteinte pleurale dans 12 cas.

Le traitement antituberculeux a été instauré chez tous nos patients selon les recommandations du PNLAT associé au traitement chirurgical pour un cas avec atteinte vertébrale.

L'évolution a été favorable chez 9 patients, 3 cas sont en cours d'évaluation et 7 patients ont été confiés à d'autres SCTMR.

La tuberculose multifocale est habituellement grave, elle nécessite souvent un traitement prolongé et lourd, les sujets âgés et les immunodéprimés représentent un terrain à haut risque, néanmoins elle peut survenir en l'absence de facteurs de risque, c'est le cas de notre série.

KYSTE HYDATIQUE PULMONAIRE : à propos de 24 cas

orateur: BERKANE. F - NAFTI. S

lieu exercice orateur: clinique des maladies respiratoire CHU MUSTAPHA

email: b-fer@hotmail.fr

abstract: L'hydatidose pulmonaire est une anthro-zoonose due au développement au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire de la forme larvaire du ténia echinococcus granulosus. Elle constitue de part son taux d'incidence toujours élevé un véritable problème de santé publique. L'atteinte pleuro-pulmonaire est la seconde en fréquence (15 à 20%) après celle du foie.

Dans cette étude rétrospective sur dossiers de patients, nous avons colligé 24 cas de kystes hydatiques sur une période de 10 ans (2002-2012) et dont l'objectif était de rapporter les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et évolutives.

Il s'agit de 13 hommes et 11 femmes avec un âge moyen de 42 ans, l'Est du pays est la région géographique d'origine retrouvée chez la moitié des patients. La notion de contagé hydatique n'a été retrouvée que dans 03 cas. Le tableau de suppuration pulmonaire domine la clinique, avec une vomique chez 02 patients. Le délai entre l'apparition du premier symptôme et le diagnostic varie entre 20 jours et 03 ans !

Les images radiologiques se répartissent en 16 cas de kyste hydatique sain (dont 02 cas d'hydatidose pulmonaire multiple réalisant un aspect

en lâcher de ballons), 02 cas de kyste hydatique rompu, 06 cas de rétention de membranes. L'endoscopie bronchique était sans particularité dans 22 cas avec présence de membranes endobronchiques dans 02 cas. L'échographie abdominale objectivait une localisation hépatique associée chez 09 patients.

Le traitement a consisté en une périkystectomie pour 19 cas et une lobectomie dans 02 cas et un traitement médical seul chez 03 cas inopérables avec une évolution défavorable chez 04 patients.

Il faut souligner l'intérêt d'une prévention primaire de cette pathologie endémique avec comme perspective d'avenir une vaccination des animaux domestiques par un vaccin EG95 obtenu par génie génétique en cours d'évaluation et dont la protection est estimée à 95%. En attendant une éducation sanitaire des populations est nécessaire.

À propos d'un cas de tuberculose des parties molles compliquée de compression médullaire

orateur: Berri.B

lieu exercice orateur: Service de Pneumo-physiologie ; CHU de Tizi Ouzou - email: messadi.mohamedsalah@yahoo.fr

auteur2: Gacem.K lieu exercice Auteur2: Service de Pneumo-physiologie ; CHU de Tizi Ouzou
auteur3: Ihadjadene.L lieu exercice Auteur3: Service de Pneumo-physiologie ; CHU de Tizi Ouzou
auteur4: Oubaziz.N lieu exercice Auteur4: Service de Pneumo-physiologie ; CHU de Tizi Ouzou
auteur5: Messadi MS. lieu exercice Auteur5: Service de Pneumo-physiologie ; CHU de TO

abstract: Les tuberculoses extra-pulmonaires sont des complications tardives de la primo-infection tuberculeuse. Elles occupent 30 à 45 % de l'ensemble des cas de tuberculoses en Algérie ces dernières années. Elles sont dominées par les tuberculoses ganglionnaires et pleurales. La localisation pariétale est relativement rare. Nous rapportons le cas d'une tuberculose des parties molles compliquée d'une compression médullaire.

Patient TM âgé de 31ans, demeurant à TO, célibataire, suivi pour schizophrénie qui consulte pour de multiples collections pariétales liquidienues dont une antérieure pectorale fistulisée à la peau évoluant depuis 06 mois résistant au TRT ATB. avec notion d'amaigrissement non chiffré

Examen clinique : EG conservé, apyretique .

02 tuméfactions pariétales thoraciques indolores, pectorale gauche et basithoracique postérieure droite.

Examen neurologique : faiblesse musculaire des 02 MI, syndrome rachidien (signe de la sonnette +), troubles sphinctériens, réflexes cutané-abdominaux abolis.

Rx T : épaississement pleural droit, opacité para vertébrale gauche en fuseau.

L'imagerie comprenant Echographie TDM thoracique et IRM dorsolombaire: conclut à une volumineuse collection liquidienne des parties molles para vertébrales mesurant (85/38 mm) en regard de T7, T8, T9 avec extension intra canalaire refulant et comprimant le cordon médullaire sans signes de souffrance.

Et l'autre en avant du sternum . Absence d'ADP médiastinales.

biologie anémie à 10g/dl normocytaire normochrome.- -IDR à la tuberculine : 18 mm.

-Etude bactériologique de liquide de ponction écho-guidée : examen direct négatif, BK culture positive au 42ème d'incubation.

-sérologie HIV, HVB et C négative.

-le reste du bilan est normal

Mis sous TRT spécifique régime de 1ère ligne (04 Cp ERHZ/j) avec ablation de l'épidurite (drainage de l'abcès) en neurochirurgie et complément de rééducation fonctionnelle , l'évolution est favorable.

La sarcoïdose dans sa forme pneumonique, à propos d'un cas

orateur: BETAHAR.A

lieu exercice orateur: service de pneumologie EHU Oran

email: s_ellou2007@hotmail.fr

auteur2: LELLOU.S

lieu exercice Auteur2: service de pneumologie EHU Oran

auteur3: TERFANI, DJ lieu exercice Auteur3: service de pneumologie EHU Oran

auteur4: BOUHADDA.M lieu exercice Auteur4: service de pneumologie EHU Oran

auteur5: DJEBRI,K lieu exercice Auteur5: service de pneumologie EHU Oran

abstract: La sarcoïdose ou maladie de BEZSNIER BOECK SHAUMAN est une maladie inflammatoire d'étiologie inconnue caractérisée par le développement de granulomes qui peuvent toucher n'importe quel organe du corps humain.

Bien qu'ayant une prédisposition pour l'appareil respiratoire, la forme pneumonique demeure rare et ne représente que 4,5 à 5% des cas.

Le cas rapporté est celui d'une femme âgée de 48 ans, mariée, aux antécédents d'hypertension artérielle qui consulte pour une condensation alvéolaire chronique en mai 2012.

Sur le plan clinique : on note une toux sèche avec un foyer de râles crépitants au champ pulmonaire inférieur droit.

Sur le plan biologique : on note un syndrome inflammatoire avec une hypergammaglobulinémie polyclonale à l'électrophorèse des protéines sériques.

L'IDR à la tuberculine retrouve une anergie

L'a fibroscopie bronchique : aspect macroscopique sans particularités, le LBA retrouve une lymphocytose peu marquée 25 % sur deux flacons, l'histologie de la biopsie bronchique retrouve une bronchite granulomateuse, la biopsie des glandes salivaires parlée de granulome sarcoïdique Le diagnostic de sarcoïdose dans sa forme pneumonique a été porté L'abstention thérapeutique a été décidée chez cette patiente L'évolution est stable

A PROPOS D'UN CAS DE CREST SYNDROME ET PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE DIFFUSE

BLOUD Sassi

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Beni-Messous :

S.Bioud, A. Kheliouen, H.Sid, Ak Saadi, S. Touati ; A. Bellal ; R.Hitachi, D.Mekideche, L.Baough, N Zidouni.

LE CREST syndrome est une sclérodémie systémique limitée dont le pronostic est relativement bon par

rapport à la forme diffuse du fait de la moindre sévérité de l'atteinte viscérale, qui correspond aux signes cliniques suivants : calcinose, phénomène de Raynaud, trouble de la motilité œsophagienne, sclérodactylie et télangiectasies .Les patients ont au moins 3 des 5 signes cliniques décrits .Sur le plan immunologique, il s'accompagne d'anticorps antinucléaires d'aspect nucléolaire en immunofluorescence avec des anticorps anti-centromères.

Nous rapportons 1 cas de CREST syndrome révélé par une pneumopathie interstitielle diffuse avec épanchement pleural liquidien gauche chez une patiente âgée de 75 ans.

Le diagnostic de Crest syndrome a été établi devant la présence d'un phénomène de Raynaud avec sclérodactylie , télangiectasies , une atteinte œsophagienne (diminution des pressions à la manométrie œsophagienne), une positivité des anticorps anti centromères ANTI-CENP-B. La patiente a été mise sous traitement cortisonique depuis 04 mois à raison de 0,5 mg/kg/j. L'évolution clinique a été émaillée par la récurrence de l'épanchement pleural liquidien.

SEMINOME THYMIQUE CHEZ UN PATIENT DE 27ANS

BLOUD Sassi

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Beni-Messous :

S.Bioud, Ak Saadi ; H.Sid ; A. Kheliouen, F. Boukhezar, A. Bellal, L. Baough, N. Zidouni

Les tumeurs à cellules germinales primitives médiastinales sont rares, dans 80 pour cent des cas il s'agit de tumeurs bénignes, les tumeurs malignes se divisent en tumeurs séminomateuses (séminome) et tumeurs germinales non séminomateuses.

Nous rapportons un (01) cas de séminome thymique chez un patient âgé de 27ans sans antécédents médicaux et chirurgicaux particuliers révélé par un syndrome cave supérieur associé à une masse sus-claviculaire . Le bilan radiologique (TDM thoraco-abdomino-pelvienne) a montré une volumineuse coulée tissulaire dense cervico-médiastinale (étage supérieur et moyen), comblant le médiastin antérieur et moyen, avec extension cave, épanchement pleural bilatéral prédominant à gauche, nodule pancréatique et épaississement jéjunale.

Le diagnostic a été posé par la biopsie de la masse sus-claviculaire.

Le patient est décédé avant la prise en charge oncologique (pronostic redoutable).

Habitudes tabagiques et perception du tabagisme passif parmi le personnel et les usagers d'une station thermale.

orateur: BORDJI. Y (1)

lieu exercice orateur: Service de médecine du travail, EPSP Hammam Bou-Hadjar, Ain-Témouchent, Algérie.

email: youcef_bordji_1@yahoo.fr

auteur2: REZK-KELLAH. B (2) lieu exercice Auteur2: Laboratoire de Recherche en Santé Environnement. Université d'Oran.

Introduction: La fumée de tabac en milieu de travail pose de nombreux problèmes tels que la sécurité incendie, la manipulation de substances cancérigènes ou toxiques, la coexistence des fumeurs et des non-fumeurs et l'application des mesures réglementaires.

Objectif : Mener une campagne de lutte contre l'usage du tabac par le

personnel et les usagers d'une station thermale.

Méthode : Enquête transversale de recueil d'opinion au sujet du tabagisme dans une station thermale menée par questionnaire anonyme conçu par l'équipe du Laboratoire de Recherche Santé Environnement de l'université d'Oran. Les personnes interrogées ont été aussi bien l'ensemble du personnel (116) que les usagers (100) de cette station.

Résultats : Le sexe masculin représente 67%. L'âge moyen de la population est de 43 ± 12 ans (18-68 ans). Aucune des femmes interrogées n'a fumé dans sa vie. La prévalence du tabac chez les hommes est de 33% chez les travailleurs et 35% chez les usagers. Les habitudes tabagiques du personnel de la station thermale : * Les fumeurs ($n=30/91$) : la consommation moyenne du tabac est de 12 cig/jour. La première cigarette a été fumée à l'âge de 19 ans (13-30 ans). La consommation régulière quotidienne de cigarettes a débuté en moyenne à l'âge de 22 ans (15-35 ans). * Les ex-fumeurs ($n=6/91$) : L'arrêt du tabac depuis 7 ans (3-27ans). 5 (71%) ont arrêté de fumer à la première tentative. Tous les ex-fumeurs ont arrêté sans aucune aide. Plus des 2/3 des usagers (78 sujets) n'autorisent pas les fumeurs à consommer leurs cigarettes au niveau de la station. Ces usagers victimes du tabagisme passif pensent que le tabac nuit dangereusement à leur santé. Les fumeurs apprécieraient si la station thermale leur offrait de l'aide pour arrêter de fumer.

Discussion-Conclusion : Il est souhaitable de doser le taux de monoxyde de carbone (CO) chez certaines personnes travaillant dans des milieux fermés comme les bureaux afin d'évaluer l'impact sanitaire induit par l'inhalation de fumée de cigarette chez les fumeurs passifs et actifs. Le rapport de la situation actuelle ainsi établi sera en suite adressé à l'entreprise pour gérer ensemble le risque lié au tabac. Pour la réussite de cette campagne de lutte antitabac il est important que la direction et l'ensemble du personnel soient impliqués.

Cause bénigne d'un syndrome cave supérieur : à propos d'un cas orateur: Bouaddou.

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Yahiaoui.R lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur3: Fissah.A lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur4: Amrane.R lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued lieu
exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Le syndrome cave supérieur est la conséquence de l'interruption partielle ou totale du retour veineux cave supérieur par compression extrinsèque, envahissement néoplasique, thrombose de cause endoluminale ou par anomalie anatomique. Ces étiologies sont dominées par l'origine néoplasique, dans près de 90%. L'origine bénigne représente 3 à 20 % des cas.

Nous vous rapportons le cas d'un patient âgé de 49 ans, sans antécédents particuliers, ex tabagique, qui présente une dyspnée d'effort associée à des céphalées. L'examen retrouvait un syndrome cave supérieur isolé (œdème en pèlerine et circulation veineuse collatérale thoracique) sans autre signe clinique.

La radiographie thoracique était sans anomalie. La TDM thoracique objectivait l'absence d'opacification de la VCS dans sa partie proximale étendue aux deux troncs innominés et aux veines jugulaires avec développement d'un réseau de suppléance. Le même aspect était retrouvé au plébo-scanner.

Le bilan étiologique à la recherche d'une pathologie tumorale par une TDM abdomino-pelvienne, cérébrale, échographie cervicale, cardiaque était sans anomalies ainsi que le bilan immunologique à la recherche d'une connectivité.

Le bilan d'hémostase et de thrombose retrouvait une résistance à la protéine C activée.

Le diagnostic de thrombophilie lié à la résistance à la protéine C activée était retenu après élimination de toute autre cause. A un délai de 08 mois, l'évolution était marquée par la régression du syndrome cave sous traitement anticoagulants.

La thrombophilie due à la résistance à la protéine C activée constitue une cause rare du syndrome cave supérieur d'origine bénigne, et doit être recherché surtout si le bilan carcinomateux s'avère négatif.

la silicose dans sa forme pseudotumorale ; A propos d'un cas

orateur: BOUAZIZ.W (1)

lieu exercice orateur: (1) Service de pneumophtisiologie etablissement public hospitalier de rouiba
email: do.samir@hotmail.fr

auteur2: BENTOUATI.B (2) lieu exercice Auteur2: (2) Service de pneumophtisiologie etablissement public hospitalier de rouiba
auteur3: DOORMANE.S (3) lieu exercice Auteur3: (3) Service de pneumophtisiologie etablissement public hospitalier de rouiba
auteur4: JAAFAR.M (4) lieu exercice Auteur4: (4) Service de pneumophtisiologie etablissement public hospitalier de rouiba
auteur5: ALLOULA.R (5) lieu exercice Auteur5: (5) Service de pneumophtisiologie etablissement public hospitalier de rouiba

INTRODUCTION : La silicose est une pneumoconiose ubiquitaire liée à l'inhalation de poussières contenant des cristaux de dioxyde de silice et leur dépôt au niveau du tissu pulmonaire.

Les sujets à risque sont ceux dont la profession est fortement exposée à savoir ; les ouvriers de mines ; de carrières ; de fonderies ; les tailleurs de pierres etc.

Le développement et l'évolution de la silicose dépendent de la quantité totale de silice auquel le sujet est exposé ; de la durée d'exposition et de la présence d'autres substances pouvant interférer avec la toxicité de la silice.

OBSERVATION : Patient âgé de 32 ans ; tailleur de pierre ; ex-fumeur à raison de 30 P/A qui consulte pour bronchite aiguë ; l'interrogatoire retrouve la notion de dyspnée d'effort évoluant depuis 4 mois. L'examen clinique est sans particularité hormis un léger hippocratisme digital. Telethorax de face : opacités arrondies siégeant aux tiers supérieurs aux deux hémithorax dense hétérogènes avec adénopathies médiastino-hilaires calcifiées.

TDM thoracique : masse pseudo tumorales bilatérales avec calcifications ; associées à des adénopathies médiastinales et hilaires calcifiées. Fibroscopie bronchique : aspect de bronchopathie chronique. Echographie abdominale : adénopathies abdominales profondes calcifiées. EFR : syndrome ventilatoire mixte à prédominance obstructif modéré. ECG et échographie cardiaque : normal.

Devant le contexte clinique et radiologique ainsi que la profession exposée le diagnostic de silicose a été retenu qui est une maladie professionnelle à déclaration obligatoire appartenant au tableau n=25.

CONCLUSION : La silicose était jusqu'à un passé récent la plus fréquente des maladies professionnelles elle a actuellement laissée place à d'autres pathologies. Il n'existe pas de traitement spécifique de la silicose ; la prévention primaire reste le meilleur traitement. La surveillance des sujets à risque est fondamentale pour la reconnaissance précoce de la maladie et une réparation du dommage subi dans le cadre de maladie professionnelle.

Atteinte pulmonaire au cours d'une « Histiocytose sinusale non Langerhansienne » chez une femme de 48ans : à propos d'un cas grade: Docteur

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Djami.N lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued
auteur3: Fissah.A lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued
auteur4: Amrane. R lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued
auteur5: Baba Ahme. R lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued

abstract: Introduction : La « Histiocyte Society » divise les histiocytoses en trois classes : Histiocytoses langerhansiennes (HCL), Histiocytoses non langerhansiennes (HCNL), Histiocytose maligne « L'Histiocytose sinusale (HS) » ou « Histiocytose non Langerhansienne » est une maladie orpheline très rare (moins de 200 cas publiés), elle est caractérisée par une prolifération bénigne de cellules histiocytaires siégeant dans les sinus ganglionnaires et/ou les vaisseaux lymphatiques. Elle touche surtout l'enfant et l'adolescent de sexe masculin.

La présentation clinique classique est celle de l'apparition rapide d'adénopathies cervicales (90% des cas). Les autres localisations surviennent dans environ moins de 20% des cas (par ordre de fréquence : cutanées, ORL, osseuses, orbitaires). Des manifestations auto-immunes ou systémiques sont décrites (syndrome dysimmunitaire et anémie hémolytique).

L'atteinte pulmonaire est exceptionnelle (moins de 2% des cas), mais grave avec une mortalité de 45%. Elle se présente sous la forme d'infiltration parenchymateuse, trachéale, bronchique ou exceptionnellement pleurale, avec parfois des troubles de la ventilation secondaires à des adénopathies compressives.

Du point de vue clinique elle s'accompagne souvent d'une fièvre, rarement d'une altération de l'état général. Le diagnostic repose sur des critères anatomopathologiques caractéristique : élargissement important des sinus qui sont infiltrés par des histiocytes ne présentant pas d'atypies cellulaires. L'image quasi pathognomonique est dénommée « empépilose » (histiocytes contenant de nombreux lymphocytes intacts

intracytoplasmiques). L'architecture ganglionnaire est conservée. Le traitement de l'HS n'est pas codifié, il repose essentiellement sur les Corticoïdes, et les immunosuppresseurs selon la gravité. Observation : Mademoiselle O. A âgée de 40 ans, aux antécédents d'hystérectomie totale avec annexeéctomie à l'âge de 38 ans, pour Cystadénome de l'ovaire, ménopause précoce, et HTA depuis 2 ans. La symptomatologie remontait à trois mois marquée par une toux productive parfois hémoptoïque, avec un amaigrissement de 11 Kgs, l'examen clinique retrouvait des adénopathies cervicales et axillaires droites avec des lésions maculo-papuleuses cutanées. Deux tomodensitométries thoraciques à 6 mois d'intervalles objectivaient les mêmes images à type de nodules parenchymateux bilatéraux à contours flous, associés à adénomégalies prévasculaires et de la loge de Baryt. Le bilan immunologique montrait un état dysimmunitaire avec des anticorps antinucléaires positifs. La recherche de BK avec culture étaient négative. L'endoscopie bronchique : L'EFR : était normale. La biopsie du ganglion cervicale confirme le diagnostic d' Histiocytose sinusale macrophagique. Discussion : L'intérêt du cas que nous présentons repose sur la rareté de la maladie, et sa survenue chez une adulte de sexe féminin et le bon pronostic après un an de surveillance ; contrairement aux données de la littérature. Le diagnostic de la localisation pulmonaire de l' HS a été retenu, après avoir éliminé une cause tumoral ou tuberculeuse sur les éléments radio-clinique et l'aspect histopathologique; la décision thérapeutique était la surveillance en absence de signe de gravité respiratoire ou extra respiratoire. Conclusion : notre cas présente un intérêt iconographique indéniable

Coller i Pneumopathie interstitielle par anomalie du surfactant ; à propos d'un cas

orateur: Houda Boudiaf

grade: Maître de conférence

lieu exercice orateur: service pédiatrie EPH Birtraria

email: dr.houdaboudiaf@gmail.com

auteur2: Fernane Lila lieu exercice Auteur2: service pédiatrie EPH Birtraria
auteur3: Benmakhlouf Hanifa lieu exercice Auteur3: service pédiatrie EPH Birtraria
auteur4: Ayad Nadia lieu exercice Auteur4: service pédiatrie EPH Birtraria
auteur5: Moussa Achir lieu exercice Auteur5: service pédiatrie EPH Birtraria

abstract: Introduction

Parmi les pneumopathies interstitielles chroniques de l'enfant, des anomalies du surfactant ont été récemment identifiées et concernent essentiellement la protéine C du surfactant (SP-C). La mutation la plus fréquente du gène SFTPC, qui code pour la protéine C du surfactant, est la mutation I73T.

observation : Nous rapportons le cas d'un garçon présentant une pneumopathie interstitielle chronique avec mutation I73T ayant débuté dans les premiers mois de vie avec un recul de 5 ans .

Les symptômes ont débuté à l'âge de 1 mois de vie avec une détresse respiratoire et une hypoxie. Initialement le scanner thoracique retrouvait des images en verre dépoli dont l'intensité était proportionnelle à la détresse respiratoire et aux besoins en oxygène. Les différentes explorations ont éliminé un déficit immunitaire, une mucoviscidose.

L'étude génétique a mis en évidence une mutation sur la protéine du surfactant . L'enfant a bénéficié d'une corticothérapie per os associée à l'hydroxychloroquine et une antibiothérapie à base d'azithromycine. L'évolution est marquée par une stabilisation de la symptomatologie et un sevrage de l'oxygénothérapie.

Conclusion : Les mutations des gènes de SP-B, SP-C et ABCA3 conduisent à des anomalies de synthèse du surfactant, entraînant un dysfonctionnement de la cellule épithéliale de type II. Ces mutations peuvent être responsables de pathologies néonatales sévères, mais également d'une insuffisance respiratoire chronique chez l'enfant et parfois même chez l'adulte.

SUPPURATION PLEURO-PULMONAIRE A CHROMOBACTER XYL-OSYDANS CHEZ UN SUJET IMMUNOCOMPÉTENT (A PROPOS D'UN CAS)

L. Boudjit, A. Lebib, D.Ihadadene, R. Zamoum, M.Benrouba, M., Aouadi, R Alloula

Service de Pneumophtisiologie, EPH de Rouiba

INTRODUCTION : Achromobacter Xylosoxidans est un bacille gram négatif (BGN) aérobic stricte oxydative rapide non fermentant, appartient à la famille alcaligenacea, présent dans l'environnement (eau, sol, et hôpital) responsable d'infection opportuniste chez les immunodéprimés, notamment d'infections respiratoires chez les individus atteints de la

mucoviscidose pseudocactériémie) son traitement pose un grand problème et de fait de sa résistance naturelle aux antibiotiques.

CAS CLINIQUE : Nous rapportons l'observation d'un patient de 73 ans, suivi pour BPCO, traité en ambulatoire il y a quelques années pour infections respiratoires répétées, qui consulte dans un tableau d'infectieux avec altération de l'état général, un amaigrissement et une dyspnée de repos.

L'imagerie thoracique met en évidence une suppuration d'une bulle d'emphysème à droite ainsi qu'un pyopneumothorax cloisonné, controlatéral, la FNS montre une hyperleucocytose, la sérologie HIV est négative, et on ne retrouve pas de déficit de l'immunité humorale ou cellulaire.

La ponction pleurale ramène du pus dont l'examen bactériologique révèle la présence de l'Achromobacter-Xylosoxidans. L'antibiothérapie adaptée à la sénilité du germe à base de ciprofloxacine associée d'Imipenem à un drainage pleurale aspiratif a permis une évolution favorable.

Ce cas illustre la possibilité d'une infection à Achromobacter Xylosoxidans d'origine communautaire, chez l'immunocompétent sans notion de mucoviscidose, par ailleurs la présentation sous forme de suppuration de bulle d'emphysème et de pyopneumothorax reste exceptionnelle.

CONCLUSION : Achromobacter Xylosoxidans BGN rare opportuniste des immunodéprimés isolés de plus de plus chez les mucoviscidoses mais il faut y penser chez les immunocompétents.

Les tumeurs médiastinales à propos de 20 cas

orateur: Boudjit Fares

grade: Docteur

lieu exercice orateur: Clinique des maladies respiratoires "D.Larbaoui"

CHU Mustapha

email: miro.9@live.fr

Les tumeurs médiastinales constituent un groupe hétérogène des tumeurs bénignes ou malignes, qui posent un problème diagnostique en raison de l'exploration souvent agressive du médiastin.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 20 dossiers de malades portant de tumeurs médiastinales, hospitalisés entre 2010 et 2012.

Il s'agit de 09 hommes et 11 femmes. un moyen d'âge est de 37 ans avec des extrêmes allant de 16 à 84 ans.

Le motif de consultation est dominé par les signes fonctionnels respiratoires non spécifiques à type de toux, douleur thoracique et de dyspnée.

L'examen clinique retrouve une atteinte ganglionnaire périphérique chez 11 malades, un syndrome cave supérieur dans 2 cas, un syndrome d'épanchement pleural liquidien dans 04 cas. La localisation médiastinale dans les étages antérieurs et moyens est retrouvée chez 13 malades (65%), associée à un épanchement pleural liquidien dans 05 cas et épanchement péricardique dans 01 cas.

La fibroscopie bronchique était réalisée chez 17 malades, retrouvant un aspect inflammatoire de la muqueuse dans 15 cas, compression extrinsèque dans 05 cas, une infiltration de la muqueuse dans 03 cas, et un aspect normal chez 02 malades.

Le diagnostic a été posé par biopsie ganglionnaire chez 07 malades, et par la biopsie transthoracique scano-guidée chez 13 malades et biopsie chirurgicale a été faite chez un seul malade.

L'étude histologique a conclu à un lymphome malin Hodgkinien chez 14 malades, lymphome malin non Hodgkinien chez 01malade, 02 thymomes, processus tumoral d'étiologie indéterminé dans 03cas.

Chez ces 20 cas étudiés, 14 malades atteints de lymphomes ont été confiés à l'hématologie dont (08 malades sont encore en vie, 01 décédé après la 1ère cure de chimiothérapie, 05 perdant de vue), 02 malades atteints de thymomes, l'un avait bénéficié d'une cure chirurgicale, et le deuxième de soins palliatifs décédé 01 mois après et, 01 malade confié à la cardiologie, les soins palliatifs ont été prescrits chez 03 patients dont 02 décédés en cours d'exploration.

Quels critères spirométrique faut-il choisir pour le diagnostic de la BPCO du sujet âgé ?

M.Bougrida1, M.K.Bourahli1, M.Gharnaout.2, M.Martani1, H.Mehdioui1

1- Service de physiologie clinique et des explorations fonctionnelles cardio-respiratoire et de l'exercice CHU Benbadis de Constantine

2-Service de pneumophtisiologie CHU Beni Messous Alger

La Broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO constitue un problème de santé publique de plus en plus important, elle représente 4 à 10% de la population adulte. La problématique de la BPCO du sujet âgé de plus de 65 ans est dans sa définition et les critères fonctionnels du diagnostic. L'absence des valeurs de référence spirométriques propre au sujet âgé, la difficulté d'évaluer la part du vieillissement dans le déclin de la fonction ventilatoire et le fait d'utiliser le rapport VEMS/CVF

(GOLD), VEMS/CVL (ERS) ou la limite inférieure de la norme (ATS/ERS). Tous ces facteurs peuvent sous estimer ou sur estimer le diagnostic de la BPCO chez le sujet âgé.

Pour répondre à ces interrogations, nous avons comparé les résultats de 100 patients âgés de plus de 65 ans par rapport à ces trois définitions.

Les résultats ont montré que l'utilisation de limite inférieure de la norme donne moins de patients étiquetés BPCO (34%), versus pourcentage fixe (20%) du rapport VEMS/CV (52%).

Discussion : La difficulté pour la mise en évidence du déficit ventilatoire obstructif chez le sujet âgé est le manque de valeurs de référence au-delà la limite d'âge de la population d'étude à partir de la quelle sont tirés les valeurs de référence. Concernant les valeurs de référence Algériennes la limite d'âge est de 73 ans.

L'autre difficulté est l'évaluation de la part du vieillissement physiologique dans le déclin de la fonction ventilatoire et le cumul des maladies et infections respiratoire depuis l'enfance, ainsi que les comorbidités surtout cardiovasculaires peuvent biaiser le diagnostic.

En conclusion : Les spécificités du sujet âgé atteint de BPCO méritent d'être pris en considération dans la prise en charge de la BPCO.

Mots clés : BPCO, vieillissement, valeurs de référence
medboug@yahoo.fr, tel 0770189214

Déficits immunitaires primitifs et pathologie respiratoire.

BOUGUERRA YUCEF

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique Matiben, CHU Beni-Messous.

Auteurs : Y.Bouguerra, A.Lebbaz, H.Ghendir Aoun, A. Khelouen ; M.Bay Ahmed, R.Toubal, A.kadi M.Gharnaut, S.Ali halassa, N. Zidouni

Les déficits immunitaires primitifs (DIP), sont des maladies rares mais non exceptionnelles, la majorité des DIP sont diagnostiqués dans l'enfance, rarement à l'âge adulte.

Ils sont définis par une défaillance du système immunitaire qu'aucune cause infectieuse, néoplasique ou iatrogène ne peut expliquer, c'est les plus fréquents des déficits immunitaires de l'adulte.

Nous rapportons une série de (06) observations de déficit immunitaire, observées durant 04 ans (2010-2013), chez des patients sans antécédent médicaux, hormis des bronchectasies chez deux patients.

Il s'agit de 05 hommes et une (01) femme, d'un âge moyen de 37 ans [24- 61], l'atteinte de l'immunité était représentée par un déficit immunitaire humoral dans un (01) cas et combiné dans le reste des cas.

Nos patients n'étaient sous aucun traitement immunosuppresseur.

Le diagnostic était révélé par des infections respiratoires à répétition.

On note la présentation d'un syndrome de GOOD (01 cas) et l'association d'un syndrome myélodysplasique (01 cas).

Le diagnostic de déficit immunitaire a été confirmé par un bilan immunologique comportant un dosage des immunoglobulines et un phénotypage des lymphocytes sanguins.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement substitutif par des immunoglobulines en cures cycliques de 21 jours à raison de 500 mg/kg, avec une bonne évolution clinique marquée par une sédation des symptômes respiratoires et des signes généraux, et radiologique caractérisée par une amélioration voire disparition des images radiologiques.

Pneumothorax spontané chez le sujet âgé

orateur: BOUHADDA. M

grade: Maitre-assistant

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie EHU Oran

email: s_ellou2007@hotmail.fr

auteur2: BOURKADI. D lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie EHU Oran

auteur3: GUEZA.N lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie EHU Oran

auteur4: BOUSEHABA.H lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie EHU Oran

auteur5: LELLOU.S lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie EHU Oran

abstract: L'objectif de ce travail est de rechercher les étiologies et l'analyse de l'évolution du pneumothorax spontané chez le sujet âgé.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 3 ans (2010-2012) portant sur 10 dossiers de patient âgé de 60 ans et plus pris en charge dans le service de pneumologie EHU d'Oran.

10 cas ont été retenus, 8 hommes et 2 femmes l'âge moyen était de 66.2 ans. Le tabagisme était présent dans 60% des cas avec une moyenne de 43 P/A. Le tabagisme passif intéressait surtout les sujets de sexe féminin. Le pneumothorax spontané secondaire représentait la totalité des cas et est dû principalement à des bulles d'emphysème dans 70% des cas, des infections parenchymateuses sous-jacentes dans 30% des cas, et à la DDB séquanien dans un seul cas. Le pneumothorax

spontané primitif était absent dans notre série.

Concernant la répartition du pneumothorax selon son aspect radiologique : décollement total dans 70% des cas, décollement partiel dans 30% des cas. L'épanchement était mixte dans 30% des cas (pyopneumothorax). Quant au traitement : l'exsufflation à l'aiguille a été pratiquée dans 3 cas, drainage thoracique dans 7 cas et abstention avec un retour spontané du poumon à la paroi dans un seul cas. Aucune complication liée au drainage thoracique n'a été relevée. Toutefois, on a noté une durée d'hospitalisation moyenne de 15.7 jours ce qui pourrait être expliqué par le traitement symptomatique administré, la prise en charge des pathologies en cause et des Co morbidités plus fréquente dans cette tranche d'âge des patients.

Conclusion : Bien que l'évolution était globalement favorable, les co morbidité et le traitement étiologique du pneumothorax spontané constituent une problématique dans la prise en charge chez le sujet âgé.

Asthme bronchique du sujet âgé en milieu hospitalier

orateur: BOUHADDA.M

grade: Maitre-assistant

lieu exercice orateur: Service Pneumologie EHU Oran

email: s_ellou2007@hotmail.fr

auteur2: GUEZA.N lieu exercice Auteur2: Service Pneumologie EHU Oran

auteur3: D JEBRI.K lieu exercice Auteur3: Service Pneumologie EHU Oran

auteur4: BOUSEHABA.H lieu exercice Auteur4: Service Pneumologie EHU Oran

auteur5: LELLOU.S lieu exercice Auteur5: Service Pneumologie EHU Oran

abstract: L'un des objectifs du traitement de l'asthme bronchique est de réduire le nombre d'hospitalisation qui pourrait être élevé particulièrement chez le sujet âgé vu la fréquence des Co morbidités, le vieillissement des organes, et la mauvaise adhérence au traitement de fond.

Notre travail rapporte 16 cas d'asthme bronchique chez les sujets âgés de plus de 65 ans hospitalisés au service de pneumologie de l'EHU d'Oran en 2011 et 2012.

16 cas ont été colligés ; 12 femmes et 4 hommes avec un âge moyen de 71.68 ans. La notion d'atopie familiale a été retrouvée dans 18% des cas. La rhinite allergique n'a été retrouvée que dans 31% des cas. Le tabagisme était présent dans 25% des cas essentiellement passif. Dans 81.25% des cas, les patients ont présenté au moins une Co morbidité : Pathologie cardiovasculaire et HTA dans 75% des cas, diabète sucré dans 31% des cas, dyslipidémies dans 25% des cas, arthropathies dans 30% des cas, obésité dans un seul cas et le syndrome de CHURG STRAUSS dans un autre. L'âge moyen de survenue de l'asthme était de 41 ans. Le motif d'hospitalisation des patients était : Une crise d'asthme sévère dans 25% des cas ; un asthme réfractaire ou non contrôlé dans 32% des cas. Cependant, dans 43% des cas il s'agissait soit d'une décompensation d'une pathologie chronique sous-jacente soit d'une infection respiratoire sévère. A noter que la totalité des patients était sous un traitement de fond associant un bronchodilatateur et un corticoïde inhalé. Toutefois, la mauvaise observance du traitement de fond été signalée dans 32% des cas. La durée moyenne de séjour hospitalier était de 10 jours.

Conclusion : Insister sur le : Rôle des comorbidités dans la fréquence et la durée des hospitalisations des asthmatiques.

Place de l'éducation sanitaire dans la prise en charge de l'asthme même chez le sujet âgé.

Tuberculose multirésistante :A propos de 68 cas

orateur: BOUKHERIS.CI

lieu exercice orateur: Clinique des maladies respiratoires "Pr. D. Larbaoui "CHU Mustapha Alger

email: imen3018@hotmail.fr

auteur2: NAFTI.S

lieu exercice Auteur2: Clinique des maladies respiratoires "Pr. D. Larbaoui "CHU Mustapha Alger

abstract: La tuberculose multirésistante représente 1,5 % de l'ensemble des cas tuberculeux en Algérie, elle est due à des bacilles résistants au moins à l'isoniazide et rifampicine, les deux antituberculeux majeurs. Elle pose de nombreux problèmes en raison d'un traitement long et responsable d'effets secondaires graves.

Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective menée chez 68 patients TPMR suivis au service de pneumologie du CHU Mustapha sur une durée de 12 ans 2000 à 2012.

L'âge moyen des patients était de 31 ans, la tranche d'âge la plus touchée était celle des 20 à 30 ans, on note une légère prédominance masculine, 36 était des hommes et 32 des femmes. La résistance à été documentée dans tous les cas par un antibiogramme, il s'agissait d'une

triple résistance à la rifampicine, isoniazide et Streptomycine dans 75,23% des cas, d'une résistance à RHZE dans 8 cas et d'une résistance à RH dans 6 cas. Sur l'ensemble des cas 25% des cas sont familiaux. Le traitement appliqué était un régime de 3^{ème} ligne standardisé dans 70% des cas et individualisé dans 30% des cas. La durée moyenne du traitement était de 24 mois, les effets secondaires du traitement ont été retrouvés dans 57% des cas. L'évolution est marquée par la guérison dans 68,7% des cas, 23,3% de perdu de vue, enfin 5 cas sont décédés. La tuberculose multi résistante reste préoccupante, leur prise en charge est complexe, car traitement long avec effets secondaires fréquents d'où l'intérêt d'un suivi rigoureux afin d'obtenir la guérison et éviter les abandons de traitement.

Comparaison in vitro des performances de deux chambres d'inhalation

orateur: Boukhattala N

lieu exercice orateur: Centre d'Etude des Pathologies Respiratoires INSERM U1100/EA6305, Université François Rabelais de Tours, Faculté de Médecine, TOURS, France

email: nboukhattala@laboprotect.com

auteur2: Porée T lieu exercice Auteur2: Laboratoire Protec'Som, VALOGNES, France

auteur3: Diot P lieu exercice Auteur3: Centre d'Etude des Pathologies Respiratoires INSERM U1100/EA6305, Université François Rabelais de Tours, Faculté de Médecine, TOURS, France

abstract: Les aérosols-doseurs sont utilisés en association avec une chambre d'inhalation pour les patients jeunes ou âgés dans l'incapacité d'utiliser un embout buccal. Les objectifs de cette étude sont de comparer les performances de deux chambres d'inhalation ayant la même forme et d'évaluer l'influence du matériau.

Dans cette étude, les chambres d'inhalation furent l'Inhaler (Protec'Som, France) constitué de silicone et Tipshaler (Protec'Som, France) composé de plastique. Le salbutamol et la fluticasone furent délivrés avec un aérosol-doseur pressurisé (GlaxoSmithKline, France) et une chambre d'inhalation. La distribution de la taille des particules fut mesurée à l'aide d'un impacteur en cascade NGI (Copley Scientific, Nottingham, Royaume-Uni) selon la méthode de la pharmacopée européenne. Les concentrations de salbutamol et de fluticasone furent analysées par spectrophotométrie à 240 nm et 236 nm respectivement.

Dans la trachée, la masse de salbutamol était semblable pour l'Inhaler et Tipshaler ($5 \pm 2 \mu\text{g}$ vs $5,5 \pm 2 \mu\text{g}$). En outre, le dépôt de fines particules de salbutamol était plus élevé avec l'Inhaler par rapport à Tipshaler ($73 \pm 11 \mu\text{g}$ vs $51 \pm 2 \mu\text{g}$, $p < 0,05$). En ce qui concerne la fluticasone, dans la trachée, la masse de fluticasone était plus faible avec Tipshaler par rapport à l'Inhaler ($4 \pm 0,3 \mu\text{g}$ vs $0,9 \pm 0,3 \mu\text{g}$, $p < 0,05$). Cependant, la dose de particules fines était similaire entre les deux chambres d'inhalation ($27 \pm 2 \mu\text{g}$ vs $25 \pm 1 \mu\text{g}$).

Pour des chambres d'inhalation de forme et de taille similaire, les résultats montrent qu'en fonction du matériau utilisé, la déposition pulmonaire des particules médicamenteuses varie. De plus, la déposition des fines particules varie en fonction de l'aérosol-doseur utilisé.

En conclusion, le type de matériau et l'aérosol-doseur influent sur les performances des chambres d'inhalation.

abcès du poumon à propos de 11 cas observés entre 2008-2012

orateur: Bourekoua Wafia

lieu exercice orateur: Clinique des maladies respiratoires "D.Larbaoui" CHU Mustapha

email: wafia1@hotmail.fr

L'abcès du poumon est un foyer de suppuration dans une cavité néoformée dans le poumon, dû à une infection aigue non tuberculeuse.

Cette étude rétrospective concerne 11 dossiers de patients hospitalisés dans notre service pour abcès du poumon sur une période de 5 ans (2008-2012). Son but est de décrire les moyens de diagnostic et la prise en charge de cette pathologie.

Il s'agit de 7 femmes et 4 hommes dont l'âge moyen était de 50 ans. L'abcès du poumon était associé à : un asthme (4 cas), un diabète de type II (3 cas), une HTA (1 cas) et 2 patients avaient des antécédents de tuberculose pulmonaire. Le tabagisme actif était retrouvé chez 3 malades.

La symptomatologie était constituée de : toux productive avec crachats verdâtres : 9 cas, fièvre : 7 cas, vomique purulente : 3 cas.

Le diagnostic fut posé sur des signes radiologiques (radiographie standard et TDM thoracique) ; l'anomalie retrouvée était une image hydro-aérique : multiples (3 cas), unique (8 cas).

La fibroscopie bronchique avait montré un aspect inflammatoire de la

muqueuse bronchique avec présence de sécrétions purulentes.

Le diagnostic bactériologique était posé sur le liquide de fibro-aspiration bronchique chez 9 malades. Le germe isolé était : pseudomonas aeruginosa (5 cas), klebsiella pneumoniae (2 cas), staphylococcus aureus (1 cas) et Agrabactérium radiobacter (1 cas). Le traitement était une antibiothérapie (trithérapie : 8 cas, bithérapie : 2 cas et monothérapie : 1 cas). La durée du traitement était de 45 jours en moyenne avec une bonne évolution. 2 patients avaient nécessité une chirurgie. Par ailleurs on déplore 2 décès. L'abcès du poumon survient le plus souvent sur des terrains prédisposants, la mise en évidence du germe causal est parfois difficile. Son pronostic dépend d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate.

Manifestation pulmonaire isolée d'une connectivité: Fibrose pulmonaire associée à un facteur rhumatoïde positif: A propos d'un cas rare

orateur: BRAHIMI.T

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar

email: toufikbrahimi@hotmail.fr

auteur2: SOUFI.S lieu exercice Auteur2: Service de réanimation, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar

auteur3: INOURI.Y lieu exercice Auteur3: Service de pédiatrie, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar

abstract: Les manifestations pulmonaires des connectivités sont bien connues, surtout dans la polyarthrite rhumatoïde. La fibrose pulmonaire de la polyarthrite rhumatoïde s'observe surtout chez les hommes après 50ans. Nous rapportons un cas de fibrose pulmonaire associée à un facteur rhumatoïde positif chez une femme moins de 40ans. Cette fibrose pulmonaire est isolée, n'est associée à aucune atteinte des autres organes et tissus. Cette atteinte peut précéder de plusieurs années l'apparition des signes articulaires et cutanés et la conversion sérologique, d'où l'intérêt de la surveillance à long terme. Le diagnostic a été retenu et une corticothérapie à long cours a été instaurée, justifiée par la présence des zones d'activité radiologique (verres dépoli).

Notre patiente est âgée de 37ans, enceinte de 37SA, s'est présentée dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue (SaO₂ à 86%). Une prise en charge multidisciplinaire urgente a inclus un traitement étiologique empirique (antituberculeux, macrolides, corticoïdes et oxygénothérapie), et l'extraction fœtale par voie haute sous rachianesthésie. L'exploration ultérieure a révélée une fibrose pulmonaire (TDM-HR), avec un facteur rhumatoïde positif. Le diagnostic a été retenu et la corticothérapie a été instaurée. L'évolution était favorable. La surveillance à long terme s'impose afin de déceler d'autres atteintes extra-pulmonaires.

Syndrome de BLESOVSKY (collapsus par enroulement): Mode de guérison rare de pleurésie séro-fibrineuse: A propos d'un cas

orateur: BRAHIMI.T

Service de pneumologie, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar

email: toufikbrahimi@hotmail.fr

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar

auteur3: MEHALH.B.N lieu exercice Auteur3: Service de radiologie, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar

abstract: Le collapsus par enroulement ou atelectasie ronde est une forme périphérique de collapsus lobaire, secondaire à un enroulement passif d'un lobe pulmonaire autour d'une poche pleurale créé par une invagination de la plèvre viscérale.

Ce trouble de ventilation passif est aussi appelé syndrome de Blesovsky. Il survient dans les suites d'un épanchement pleural liquidien.

Il siège le plus souvent dans les pyramides basales, en situation postéro-interne ou inféro-interne, plus rarement dans le lobe moyen et la lingua en situation antérieure.

Notre patient B.B, âgé de 32ans, a été traité pour pleurésie séro-fibrineuse gauche présumée d'origine tuberculeuse, par : 1/ traitement anti-tuberculeux de 1ère ligne, catégorie III, 2/ évacuation de 1025ml du liquide pleural, et 3/ kinésithérapie respiratoire.

Cependant, son bilan de contrôle de fin de traitement, a révélé une opacité pleuro-pulmonaire de la base gauche.

L'ensemble des signes radiologiques (téléthorax, échographie, et TDM) a permis de poser le diagnostic, évitant ainsi la bronchographie, la ponc-

tion-biopsie par aspiration ou la thoracotomie.

Il s'agit d'un mode de guérison rare, de pleurésie séro-fibrineuse, son intérêt réside dans l'évitement des gestes invasifs pour poser le diagnostic, car les signes radiologiques sont largement suffisants.

Fistule bronchique post-pneumectomie :Diagnostic tomodensitométrique d'une complication tardive :A propos d'un cas

orateur: BRAHIMI.T

Service de pneumologie, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar
email: toufikbrahimi@hotmail.fr

auteur2: MEFLAH.B.N lieu exercice Auteur2: Service de radiologie, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar

auteur3: ADILA.F lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital militaire régional de Béchar, Béchar

abstract: Les patients opérés de pneumectomie totales sont suivis généralement, jusqu'au troisième mois en post-opératoire. La fistule bronchique est une complication tardive et rare survenant au 6ème mois de la pneumectomie.

Notre patiente T.K est âgée de 36ans, a eu une tuberculose pulmonaire cavitaire bilatérale très étendue, compliquée d'un pyo-pneumothorax, non résolutif malgré trois drainages pleuraux.

Devant la persistance de l'épanchement purulent et l'écoulement permanent du pus à travers l'orifice de drainage, la patiente a été transférée au service de chirurgie thoracique, afin de bénéficier d'une cure chirurgicale. Une pneumectomie gauche a été réalisée, car le poumon gauche était complètement détruit par la tuberculose.

Au 6ème mois, il y a eu l'apparition d'un hydro-pneumothorax gauche, de la poche de pneumectomie, le liquide pleural jaune citrin est le liquide de substitution, alors que l'air n'aurait pas eu lieu d'être.

L'exploration tomodensitométrique a permis de poser le diagnostic de fistule bronchique, par des signes indirects, et la patiente a été reprise avec succès. Ce cas a un double intérêt, le premier iconographique et le second, montre l'intérêt de suivre les patients de pneumectomies jusqu'au 6ème mois, afin de déceler ces rares complications.

A PROPOS D'UN CAS DE SARCOIDOSE PSEUDO TUMORALE. BRAKTIA REDA

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-phtisiologie A, CHU Beni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : R. BRAKTIA, A. KHELIOUEN, AK. SAADI, S.TOUATI, H. SID, R. HITACHI, AR. BELLAL, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI

La sarcoïdose est une granulomatose bénigne, d'étiologie indéterminée, elle touche le plus souvent l'adulte jeune. Dans plus d'un tiers des cas, elle est de découverte fortuite à l'occasion de la réalisation d'une radiographie thoracique. Dans 20 % des cas, il existe des signes fonctionnels respiratoires. Mais la sarcoïdose peut aussi être diagnostiquée lors de manifestations cliniques extra thoraciques dominées par l'atteinte cutanée (10 à 35 % des cas). Plus rarement la maladie est révélée par des signes généraux, asthénie, altération de l'état général, fébricule. La sarcoïdose dans sa forme pseudo tumorale est rarement décrite (1 à 4 %), elle évoque l'aspect classique en lâcher de ballons. Les opacités parenchymateuses sont multiples, à limites floues, de 1 à 7 cm, fréquemment associées à des adénopathies médiastinales. La preuve histologique est nécessaire afin d'éliminer d'autres étiologies notamment tumorales. Nous rapportons un cas de sarcoïdose dans sa forme pseudo tumorale chez un patient âgé de 39ans fumeur occasionnel révélée par des signes respiratoires subaigus. Le diagnostic a été posé par une médiastinoscopie qui a révélé l'existence à l'histologie d'un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse. L'évolution sous traitement cortisonique est favorable.

évolution des pleurésies tuberculeuses après fin du traitement spécifique

orateur: Dr. Chaal . A (1)

lieu exercice orateur: hopital central de l'armée / Alger

email: hakkou81@live.fr

auteur2: Dr. Kassous . N (2) lieu exercice Auteur2: hopital central de l'armée / Alger

auteur3: Dr. Adila . F (3) lieu exercice Auteur3: hopital central de l'armée / Alger

auteur4: Dr. Benamara . S (4) lieu exercice Auteur4: hopital central de l'armée / Alger

auteur5: Pr. Haouichat . H (5) lieu exercice Auteur5: hopital central de l'armée / Alger

abstract: - Introduction : La tuberculose reste encore un problème de santé publique en Algérie, La localisation pleurale est l'une des manifestations. à rédiger au présent (environ 30 mots).

- Objectif de l'étude : décrire l'évolution radiologique des pleurésies tuberculeuses après fin de traitement ; de décrire la relation entre préco-

cité de diagnostique et les séquelles radiologiques ainsi délimiter l'importance des paramètres thérapeutiques dans l'évolution de la maladie.

- Méthode : Étude rétrospective analytique sur une série de 63 cas colligés au service de pneumologie de l'hôpital centrale de l'armée, Chaque patient a eu un dossier médical avec un examen clinique et radiographique au début du traitement et à la fin du traitement spécifique. Une évaluation clinique et radiologique des séquelles pleurales est effectuée.

- Résultats : Sur ces 63 patients (55 hommes et 08 femmes avec une moyenne d'âge de 27) La notion de contage tuberculeux a été retrouvée chez 13 patients (20 % des cas). Le délai moyen de consultation a été de 36 jours. La pleurésie a été droite dans 36 cas (57.1 %), gauche dans 24 cas (38.1 %) et bilatérale dans 03 cas (4.8 %) de moyenne abondance dans 62% des cas. La ponction pleurale a ramené du liquide jaune citrin dans 90.5 % des cas, sérohématique dans 9.5 % des cas avec une formule lymphocytaire dans 81%. la biopsie pleurale a été réalisée chez 61 patient (97% des cas). L'intradermoréaction à la tuberculine est positive dans 87.3 % des cas. Le diagnostic de pleurésie tuberculeuse est retenu sur des arguments de présomptions dans 93.5%. Tous les patients ont bénéficié de ponctions pleurales évacuatrices, de kinésithérapie et de traitement antituberculeux. L'évolution est marquée par la guérison dans tous les cas avec signes de rétractions dans 20.6%.

- Conclusion : La kinésithérapie est indispensable et à recommander précocement dans les pleurésies tuberculeuses dès la confirmation diagnostique afin de permettre, avec le traitement spécifique, de limiter les séquelles.

la dysfonction des cordes vocales .un diagnostic différentiel de l'asthme sous évalué

orateur: rachid chahed

grade: Maître-assistant lieu exercice orateur: liberal tizi-ouzou

email: rachid-chahed@hotmail.com

abstract: Coller ici votre texte, maximum 300 mots un certain nombre de syndromes cliniques peuvent mimer l'asthme et conduire à des diagnostics erronés voire à des traitements potentiellement délétères. la dysfonction des cordes vocales est l'une de ces causes très sous évaluée. l'adduction paradoxale des cordes vocales durant l'inspiration produit une obstruction du flux respiratoire et se manifeste par des sibilances une dyspnée une toux et une oppression thoracique. le diagnostic de certitude repose sur la visualisation de l'adduction paradoxale des cordes vocales par laryngoscopie. la principale limitation de cet examen est liée au caractère intermittent des symptômes. la validation de nouveaux tests utilisables en dehors de l'accès aigu permettra de diagnostiquer plus précocement les DCV et d'optimiser la prise en charge de ces patients. le traitement de fond repose sur la thérapie vocale qui est efficace dans la majorité des cas.

titre: BPCO du sujet âgé

orateur: F. CHAOUKI

lieu exercice orateur: Service de Pneumophtisiologie, Pr Djebbar, EPH Batna email: erable16@yahoo.fr

auteur2: O Maache

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumophtisiologie, EPH Batna

auteur3: K Choukha

lieu exercice Auteur3: Service de Pneumophtisiologie, EPH Batna

auteur4: H Aillane

lieu exercice Auteur4: Service de Pneumophtisiologie, EPH Batna

auteur5: A Djebbar

lieu exercice Auteur5: Service de Pneumophtisiologie, EPH Batna

abstract: La bronchopneumopathie chronique obstructive du sujet âgé, pathologie respiratoire assez répandue, peut s'associer à de nombreuses pathologies, parfois invalidantes et les fréquences colligées sont disparates.

Nos objectifs sont : la détermination de la fréquence et de la sévérité de la BPCO selon GOLD et le BODE index, la recherche : des comorbidités associées, des contre-indications et/ou prédispositions à d'éventuels accidents thérapeutiques chez le sujet âgé.

Notre étude prospective concerne 46 patients (42 hommes, 4 femmes), d'âge moyen = 75ans (extrêmes : 66 - 88ans) qui ont tous bénéficié d'une mesure du BMI, de la pression intraoculaire (PIO Nle < 20 mmHg) et d'investigations : cardiovasculaire, fonctionnelle respiratoire, hormonale, métabolique et radiologique. La majorité de nos patients (74%) ont une BPCO avancée : stade III (41.3%) et stade IV (32.7%). Une maigreur (BMI<18.5) et un excès pondéral (BMI>25) sont notés dans 26% et 28% des cas respectivement.

La répartition des comorbidités répertoriées s'établit comme suit Car-

diopathies Endocrinopathies Sd métabolique Anémie Diabète

La présence de comorbidités est notée chez 34/46 patients (73.9%) , dont la majorité (43.5%) avait plusieurs comorbidités. La constatation d'une augmentation de la PIO (17.4%) et d'une hypertrophie prostatique (37%) a contribué à un choix thérapeutique judicieux. Dans les 2 sexes, une relation étroite est retrouvée entre l'intensité de la BPCO et la survenue des différentes comorbidités, dont la fréquence et la sévérité paraissent liées à l'âge. La BPCO du sujet âgé constitue un facteur de risque pour de nombreuses comorbidités, de gravité variable et dont les effets délétères sur un terrain déjà fragilisé sont bien établis. Leur dépistage précoce et leur prise en charge adéquate, multidisciplinaire auront un impact bénéfique indubitable sur la qualité de vie.

Applicabilité de l'enquête « Burden of Lung Disease Initiative » (BOLD) à Annaba

orateur: CHERKASKI Hamid

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU Annaba

email: cherkaski.hamid@yahoo.fr

auteur2: ATOUI Feryal

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU Annaba

auteur3: BENCHEIKH Abdelghani

lieu exercice Auteur3: SEMEP, EPSP ElHadjar (W. Annaba)

auteur4: GNATIUC Louisa

lieu exercice Auteur4: National Heart & Lung Institute, Imperial College London

auteur5: BENALI Rachid

lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU Annaba

abstract: Introduction : En Algérie, la rareté des données épidémiologiques en matière de BPCO constitue un obstacle majeur à une prise en charge efficiente.

Aussi, La connaissance préalable de l'ampleur du problème posé par cette affection constitue un vrai besoin de santé pour une stratégie de prise en charge adaptée. C'est dans cet esprit que l'équipe de pneumologie de la Faculté de Médecine d'Annaba participe à une enquête transversale multicentrique, internationale: Burden of Lung Disease Initiative (BOLD). Elle a pour but de mesurer dans la population générale l'ampleur du problème de santé que constitue la BPCO, ainsi que d'identifier ses principaux déterminants.

Objectifs :

- Evaluer la faisabilité de l'enquête BOLD dans le contexte algérien,
- Impliquer le personnel médical du service de Pneumologie dans un processus de Recherche.

Moyens :

- Protocole standardisé BOLD : enquête de prévalence de la BPCO chez 600 adultes âgés de plus de 39 ans. Ceux-ci ont été invités à répondre à des questionnaires et ont bénéficié d'une spirométrie avant et après inhalation de bêta2-mimétiques. Le recrutement des participants s'est fait par échantillonnage aléatoire « en grappes ».
- Centre de coordination: National Heart and Lung Institute (Londres).
- Formation : centrale du coordinateur et locale des enquêteurs.
- Démarches administratives et éthiques
- Supports : plan communal, questionnaires BOLD, spiromètres électroniques
- Contrôle de qualité des spirométries
- Questionnaires pour les enquêteurs

Résultats : Les problèmes et les contraintes inhérents à l'applicabilité de l'enquête BOLD à toutes ses étapes ont été identifiés : échantillonnage, visites des ménages, acceptabilité, contrôle de qualité, transfert des données. Les résidents enquêteurs ont souligné l'intérêt pédagogique. Conclusion : Par ce travail, nous démontrons qu'une enquête populationnelle, auprès des ménages, est parfaitement faisable dans notre contexte. De plus, ses impacts, tant sur le plan sanitaire que formatif, sont positifs.

Particularités de la BPCO chez la femme, Rôle de la biomasse, A propos de 32 cas

orateur: A.CHOHRA

lieu exercice orateur: Service de pneumologie-medecine interne, Hopital de Boufarik

email: azizchohra@hotmail.com

auteur2: W.CHAIBI

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie-medecine interne, Hopital de boufarik

auteur3: F.CHOUBANE

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie-medecine interne, Hopital de boufarik

auteur4: MF.LOUAHEM

lieu exercice Auteur4: Service de medecine interne, Hopital de boufarik

abstract: La Broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO » est un réel problème de santé public dans le monde et en Algérie, son

stéréotype est souvent l'homme tabagique, cependant la pollution domestique représentée par la biomasse (NO₂, SO₂, CO.....) est établie comme facteur causal surtout chez la femme.

Objectifs :

- Préciser le degré de sous-diagnostic de la BPCO dans la population étudiée.
- Impact de la biomasse dans la genèse de la BPCO.
- Difficultés de la prise en charge de la BPCO chez la femme.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective monocentrique portant sur 32 femmes hospitalisées dans notre service pour exacerbation d'une BPCO (connue, méconnue). Les paramètres étudiés étaient : l'âge, les habitudes toxiques, les antécédents médicaux, le diagnostic initial, traitement antérieur, cause d'exacerbation, traitement, évolution, stade de la BPCO, niveau de sédentarité, compréhension de la maladie.

Résultats :

L'âge moyen était de 66 ans.

Les principales comorbidités étaient l'obésité dans 20 cas, cardiopathies (hypertensive et ischémique) dans 18 cas, diabète sucré dans 12 cas et 05 cas de maladie thromboembolique. L'exposition à la fumée de bois domestique (biomasse) était présente et précisée dans 27 cas, un tabagisme passif était présent dans 8 cas et actif dans 1 cas. Le diagnostic initial à l'admission était un asthme bronchique dans 15 cas, BPCO dans 6 cas et non étiquetés dans 11 cas.

Le traitement initial était à base d'association fixe (ctc et B2 LDA) chez 18 cas, B2 LDA seuls chez 4 cas et de B2 CDA à la demande seuls chez 3 cas. 16 patientes disent avoir eu recours aux urgences au cours de l'année précédente pour gêne respiratoire. La cause de l'exacerbation était infectieuse dans la plus part des cas, et sur embolie pulmonaire dans 2 cas. Le traitement en urgence était à base d'oxygénothérapie, de B2 CDA en nébulisation, corticoïdes par voie générale en courte cure, et d'antibiothérapie adaptée. L'évolution était favorable dans la majorité des cas, cependant 2 décès ont été enregistrés après transfert en unité de soins intensifs.

Après spirométrie à l'état stable, La BPCO était confirmée puis classée GOLD II : 11 cas, GOLD III : 12 cas, GOLD IV : 04 cas (3 femmes n'ont pas pu réaliser d'EFR).

La compréhension de la maladie et ses principes thérapeutiques était présente chez uniquement 3 femmes.

Toutes les femmes de notre série étaient sédentaires et une activité physique même modérée (marche 30 min/jour) n'était pas envisageable chez elles.

Conclusion : La BPCO chez la femme reste une maladie largement sous diagnostiquée, due dans la majorité des cas à une longue exposition à la biomasse qu'il faudra rechercher systématiquement. Une prise en charge optimale passe obligatoirement par une prise de conscience de cette maladie, une éducation thérapeutique adéquate et une réhabilitation adaptée au contexte social.

les comorbidités : éléments de pronostic dans la BPCO?

orateur: CHOUAL

lieu exercice orateur: CHU MUSTAPHA

email: brahiche@yahoo.fr

auteur2: NAFTI.S

les comorbidités, jouent un rôle déterminant dans la prise en charge et le pronostic de la BPCO, cependant leur appréciation est difficile, ce qui n'autorise pas leur classification.

Le but de notre étude est de préciser le retentissement des comorbidités sur l'altération de la qualité de vie et l'aggravation de la maladie.

Nous avons colligé 100 patients, tous de sexe masculin atteints de BPCO suivis en consultation spécialisée au CHU Mustapha, nous avons réparti l'échantillon en deux groupes, le premier groupe (A) est composé de BPCO stade II, III, IV (GOLD), le deuxième groupe (B) est composé des mêmes stades mais avec une ou plusieurs comorbidités.

Plus de 60 % des patients avaient un âge supérieure à 61 ans, la répartition des patients selon la sévérité de l'obstruction bronchique (GOLD II = 24%)(GOLD III = 47 %)(GOLD IV = 29 %), la répartition des comorbidités dans le groupe (B) est dominée par les maladies cardiovasculaires (59 %) ,amaigrissement BMI < 19 (41 %),diabète dans 19 % des cas, anémie dans 10 %,cancer bronchique dans 3 %,et la dépression et l'anxiété dans 2 % des cas, l'hospitalisation pour exacerbation ou pour tares associées était de 11% dans le groupe B pour le stade III, contre 3.3 % dans le groupe A pour le même stade ,et de 10 % pour le stade IV dans le groupe B contre 2.9% dans le groupe A pour le même stade,

le déclin du VEMS sur 6 ans était plus rapide dans le groupe B(1.9-1.5 L)contre (2-1.8 L)dans le groupe A.Plus de 30 % des patients du groupe B présentaient une insuffisance cardiaque (d'origine diverses),55 % des patients avaient une PAPS normale,35 % HTAP grade I, et 5.88 % HTAP grade II ,l'anémie était présente dans 35 % des cas. Les comorbidités représentent un nouvel enjeu médical et thérapeutique par leur fréquence élevée et leur impact considérable sur la qualité de vie et le pronostic.

Tumeur myofibroblastique pulmonaire géante chez jeune femme: à propos d'un cas

orateur: Dahmani .S

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Yahiaoui.R lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued
auteur3: Ameur.S lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued
auteur4: Fissah.A lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued
auteur5: Amrane.R lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie , CHU de Bab el oued

abstract: Introduction:

Les tumeurs myofibroblastiques ou pseudo inflammatoires pulmonaires sont rares. Bien que bénignes, elles peuvent être invasives et récidiver après exérèse.

Observation : Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 34 ans, mère d'un enfant, sans profession et sans antécédents particuliers qui présente des douleurs thoraciques. l'examen pleuro pulmonaire révèle un silence auscultatoire à la moitié inférieure droite le reste de l'examen était sans particularité. La radiographie thoracique montre une volumineuse masse parenchymateuse occupant les 2/3 inférieure. Le scanner thoracique était en faveur d'une tumeur nécrosée de 27,5cm de hauteur avec présence de micro-calcification; complété d'une IRM qui objective un processus tumoral solide refoulant le en haut le parenchyme pulmonaire ; déformant l'hémidiaphragme homo latéral, bombant dans la cavité abdominale,en comprimant le foie et le rein . La fibroscopie bronchique objective une compression extrinsèque de la lobaire moyenne et inférieure droite, la biopsie transpiratoire dont l'étude anatomopathologique en faveur d'une tumeur myofibroblastique. Une thoracotomie a consisté à une ablation totale de la tumeur. avec des suites favorables. L'étude histopathologique a conclu à une tumeur myofibroblastique.

Discussion : Les tumeurs myofibroblastiques sont des pseudotumeurs inflammatoires bénignes, rares de siège ubiquitaire . L'atteinte pulmonaire est la moins fréquente. Elles surviennent à tout âge, lors de la deuxième décennie. La localisation pulmonaire se voit surtout chez l'enfant de sexe égal. D'étiologie inconnue , certains auteurs suggèrent qu'elle est secondaire à une infection virale, bactérienne ou fongique. Les patients peuvent être totalement asymptomatiques de découverte fortuite,ou symptomatiques avec des manifestations cliniques très variables.

La biopsie trans-thoracique n'a pas de place dans le diagnostic de ce type de tumeur car d'interprétation histologique difficile portant confusion avec un sarcome d'où l'importance de la chirurgie à la fois exploratrice et curatrice. La confirmation diagnostique repose sur l'étude de la pièce opératoire

Conclusion : Le recours à la chirurgie de première intention est indispensable pour confirmer le diagnostic d'une tumeur myofibroblastique pulmonaire. La résection complète est le seul garant pour prévenir les récidives.

Bibliographie :

- 1- CHAN JKC. Inflammatory pseudotumor : a family of lesions of diverse nature and etiologies. Adv Anat Pathol, 1998, 3 : 156-71
- 6 Cerfolio RJ, Allen M.S, Nascimento AG, Deschamps C, Trastek VF, Miller DL and Pairolero PC. Inflammatory pseudotumors of the lung. Ann Thorac Surg 1999 ; 67 : 933-6.
- 8 Girard F, Kambouchner M, Maugeud S, Accache JM, Demeyer-Cristiani R, Battesti JP, Delaval P, Valeyre D : Pseudo-tumeurs inflammatoires pulmonaires d'évolution sévère. Rev Mal Respir 2001 ; 18 : 541-4.
- 1 Melloni G, Carretta A, Ciriaco P, Arrigoni G, Fieschi S, Rizzo N, Bonacina E, Augello G, Belloni PA, Zannini P. Inflammatory Pseudotumor of the Lung in adults. Ann Thorac Surg 2005 ; 79 : 42632.

L'asthme infantile à Sétif, cinq après

orateur: A. DEHIMI(1)

grade: Maitre-assistant

lieu exercice orateur: (1)Service de Pédiatrie CHU Sétif

email: d-abdelhak@hotmail.fr

auteur2: M. BELGHAZI(1) lieu exercice Auteur2: (1)Service de Pédiatrie CHU Sétif
auteur3: A. BENATTIA(1) lieu exercice Auteur3: (1)Service de Pédiatrie CHU Sétif
auteur4: S. LAOUAMRI(2) lieu exercice Auteur4: (2)Service d'épidémiologie CHU Sétif
auteur5: B. BIOUD(1) lieu exercice Auteur5: (1)Service de Pédiatrie CHU Sétif

abstract: Introduction : La phase 1 de l'étude internationale ISAAC (« International Study of Asthma and Allergies in Childhood ») est conçue pour permettre des comparaisons de prédominance des symptômes

d'asthme, de rhinite et d'eczéma. Dans la phase 3, les analyses de la phase 1 sont répétées afin d'évaluer les changements dans le temps. Objectif : L'objectif de notre étude est d'apprécier l'évolution de la prévalence de l'asthme et des autres allergies infantiles à Sétif cinq après la réalisation de la phase 1 de l'enquête ISAAC.

Méthodes : L'étude fut réalisée le mois d'Avril de l'année 2012 sur un échantillon représentatif d'adolescents des classes des troisièmes et quatrièmes des collèges tirés au sort dans la Daïra de Sétif. Trois mille quarante quatre collégiens furent étudiés à l'aide d'un questionnaire établi selon la méthodologie de l'enquête ISAAC.

Résultats : La prévalence des symptômes évocateurs d'asthme était de 4,4 % au cours des 12 derniers mois et les antécédents d'asthme étaient retrouvés dans 3,7 %. La prévalence des sifflements à l'effort était de 6,1 % au cours de la dernière année. L'analyse de la sévérité de l'asthme montrait 1,8 % de sifflements nocturnes et 1 % de crise d'asthme sévère. La prévalence cumulée de la rhinite était de 30 % alors que la prévalence cumulée de l'eczéma était retrouvée dans 7,6 % des cas.

Discussion : Ces valeurs notamment pour l'asthme se situent à un niveau bas comparativement aux valeurs internationales des autres études basées sur le même protocole. La prévalence des allergies infantiles n'a pas beaucoup changé à Sétif durant les cinq dernières années pour l'asthme et l'eczéma alors qu'elle a doublé pour la rhinite.

Conclusion : Les facteurs environnementaux qui sont à l'origine des variations dans la prévalence et la sévérité de l'asthme et des autres allergies infantiles à Sétif méritent d'être étudiés.

Profil épidémiologique, clinique et évolutif de la mucoviscidose dans la région de Sétif

orateur: A. DEHIMI

lieu exercice orateur: Service de Pédiatrie CHU Sétif

email: d-abdelhak@hotmail.fr

auteur2: M. BELGHAZI lieu exercice Auteur2: Service de Pédiatrie CHU Sétif
auteur3: M. MESSASSET lieu exercice Auteur3: Service de Pédiatrie CHU Sétif
auteur4: A. KENTACHE lieu exercice Auteur4: Service de Pédiatrie CHU Sétif
auteur5: B. BIOUD lieu exercice Auteur5: Service de Pédiatrie CHU Sétif

abstract: Introduction: La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies génétiques graves des enfants de race blanche. En Algérie, sa situation est mal connue ; les moyens diagnostiques et l'offre de soins sont considérablement limités.

Objectif : l'objectif de notre étude est de dresser le profil épidémiologique, clinique et évolutif de la mucoviscidose dans la région de Sétif.

Matériels et méthodes : Notre étude rétrospective et descriptive porta sur 13 cas colligés au service de pédiatrie du CHU de Sétif durant la période allant de 2008 à 2012.

Résultats : Notre étude portait sur 13 enfants avec un sex ratio de 0,53. La consanguinité était retrouvée dans 30 %. L'âge moyen des patients était de 8,3 ans et l'âge moyen au moment du diagnostic de 5,2 ans. Les signes respiratoires étaient révélateurs dans 70 % des cas. 76 % de nos patients étaient au stade de complications au moment du diagnostic dont 23% de colonisation par le pseudomonas. 60% des cas avaient bénéficié d'une kinésithérapie respiratoire et seulement 46% d'extraits pancréatiques. 23% des cas avaient reçu une antibiothérapie intraveineuse visant le pseudomonas.

Discussion : Au terme de cette étude, nous constatons que la mucoviscidose souffre chez nous d'un retard diagnostique important. La majorité des malades sont diagnostiqués au stade de complications surtout respiratoires. Les moyens diagnostiques font généralement défaut : difficulté de la réalisation du test de la sueur et non disponibilité de l'étude génétique. La prise en charge est insuffisante vu les difficultés d'accès à la kinésithérapie et la non disponibilité de certains médicaments.

Conclusion : La mucoviscidose est une maladie qui n'est pas rare en Algérie nécessitant un diagnostic précoce à défaut d'un dépistage néonatal. La création de centres de références dans lesquels exercent des équipes pluridisciplinaires est le seul garant d'une prise en charge efficace.

Expérience du service de pneumologie de Bab El Oued (BEO) dans le cancer bronchique primitif opérable de 2010 à 2012 : (à propos de 34 cas)

orateur: Dermech.N

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued

email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Fissah. A lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued
auteur3: Amrane.R lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued
auteur4: Belhamri. A lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued
auteur5: Baba Ahmed.R lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de bab el oued

abstract: Introduction

Le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) est de pronostic sombre car la grande majorité des patients se présente à un stade inopérable. L'exérèse chirurgicale, lorsqu'elle est possible augmente les chances de survie. Un bilan préopératoire fonctionnel permet d'identifier les patients à haut risque opératoire.

Méthodes : Etude rétrospective analysant les caractéristiques radio-cliniques, thérapeutiques et évolutifs des CBNPC hospitalisés dans notre service d'Avril 2010 à Septembre 2012.

Résultats : Sur 37 patients ayant un cancer réséquables 34 ont été opérés 71 % d'hommes et 29 % de femmes. Les patients sont Tabagiques dans 82% des cas, et le coté droit était le plus atteint (86% des cas). Dans la classification TNM, le stade le plus fréquent est II A et l'analyse histologique retrouve autant d'adénocarcinome que de carcinome épidermoïde. La décision chirurgicale était prise à la RCP pour tous les cas. Le geste opératoire pratiqué est la lobectomie (92% des cas), pneumonectomie 4%, 2% wedge résection.

Le pTNM concordait avec le cTNM dans 90.21% des cas. 95 % des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante. Le délai de survie moyen est de 26 mois, la mortalité à 30 jours est de 02 % (suppurations pulmonaires, fistules bronchiques, décompensation cardio respiratoire chez des patients BPCO stade III). Les autres causes de décès sont la progression de la maladie, les complications de la chimiothérapie principalement l'aplasie médullaire (62% des cas), l'embolie pulmonaire (15% des cas).

Profil radio-clinique et prise en charge du carcinome Pléomorphe du poumon : à propos de 12 cas.

orateur: Djami. N

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Souilah.S lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur3: Fissah.A lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur4: Amrane.RI lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Le carcinome pléomorphe du poumon est une tumeur maligne primitive rare appartenant au groupe des cancers non à petites cellules. Le but de ce travail est d'étudier ses particularités radio cliniques, pronostiques et thérapeutiques.

Nous en rapportons 12cas colligés au service de 2008 à 2012. La moyenne d'âge des patients était de 56ans et tous étaient de sexe masculin. Tous les patients étaient tabagiques avec une moyenne de 36P /A, avec sevrage uniquement chez 3 patients.

Le maître symptôme était la douleur thoracique(5cas) suivie de la toux, l'hémoptysie et la dyspnée. Dans deux cas, les signes neurologiques et la gynécomastie étaient au premier plan. Tous les patients avaient un bon état général avec un indice de Karnovsky compris entre 70 et 100%.

L'imagerie thoracique objectivait une volumineuse opacité droite dans 85% des cas (lobaire supérieure dans 4 cas et para-cardiaque dans 4 cas), opacité lobaire supérieure gauche dans un cas et un élargissement du médiastin dans un autre. La fibroscopie bronchique était normale chez 7 patients, avait montré la présence d'un bourgeon dans 4 cas et un épaississement dans un cas. La confirmation histologique est apportée par la fibroscopie dans 4 cas. La ponction transthoracique dans 5 cas, sur pièce opératoire dans 2 cas et sur une métastase cérébrale dans un cas. La TDM thoracique et le bilan d'extension ont été réalisés chez tous les patients et ont permis de classer la tumeur au stade IV chez 4 patients, stade IIIB chez 4, IB, IIA, IIB et IIIA chez les autres. Le traitement était chirurgical chez 3 patients, 8 patients ont reçu une chimiothérapie associée ou non à une radiothérapie et un traitement symptomatique chez un patient. Parmi les 12 cas pris en charge, Un seul a présenté une réponse objective, 6patients sont décédés dans un délai de 5 mois.

Comme retrouvé dans la littérature, les patients de notre série présentaient un pronostic sombre avec survenue précoce des localisations métastatiques et survie moyenne inférieur à 6 mois.

Sarcoïdose et génétique : à propos d'un cas chez des jumeaux homozygotes

orateur: Djami. N

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, CHU de Bab el oued
email: nassima.temim@yahoo.fr

auteur2: Belhadi.H lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur3: Dermeh.N lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur4: Fissah.A lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur5: Amrane.R lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Introduction :

la sarcoïdose est une maladie rare et sa forme familiale l'est à fortiori

plus encore. elle représente moins de 5%. ses causes sont variées associant une prédisposition génétique et une exposition à des facteurs environnementaux spécifiques.

Observation : Nous rapportons un cas chez des jumeaux homozygotes de sexe masculin âgé de 26 ans.

Jumeau1 : découverte d'adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales symétriques et non compressives lors du bilan d'une uvéite.

Jumeau 2 : lors du bilan d'une uvéite totale associée à un érythème noueux, le bilan radiologique objectivait la présence d'adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales associée à un infiltrat micro- et macro nodulaire. le bilan de sarcoïdose réalisé chez les deux jumeaux était normal.

Discussion : La prédisposition génétique est largement suggérée par les observations d'association familiale. les études des jumeaux sont peu nombreuses dans le cadre de la sarcoïdose. il n'a jamais été rapporté de cas ou un seul des jumeaux homozygotes ait été atteint ce qui est un argument pour évoquer un support génétique de la maladie. une similitude étonnante des histoires cliniques de ces patients est souvent rapportée, et notre observation est dans ce sens. ce sont surtout les antigènes HLA de classe II qui ont été le plus fréquemment impliqué. le phénotype HLA D8 et D3 semble être associé à la sarcoïdose d'évolution favorable.

Conclusion : Les anomalies immunologiques de la sarcoïdose sont mieux connues contrairement à celles liées au facteur génétique. il est nécessaire de compléter les recherches dans ce sens afin de permettre d'apporter des informations complémentaires sur l'importance de la génétique dans cette pathologie.

References

- 1-Y.pachero, revue des maladies respiratoires(2011)28 ;409-418.
- 2-S.el hassani,A.el maghraoui, R.besabbah,N.najaj hassou ;la sarcoïdose familiale, revue de médecine interne(1998),19 ;199-202.
- 3-P.huan, E.hachullo,E.diaorte, F.rielle,P.yhatron, B.denlder,sarcoïdose familiale, revue de médecine interne (1995),16,280-282.
- 4-Y.pachero, etiopathogénie de la sarcoïdose. revue de médecine interne 32(2011)73-79.
- 5-D. valeyne,H.nunes,F.duperron,P.soler,M.kamboucher,M.brauer, sarcoïdose, EMC(2011)6-039-D10 ;

Place de la Chimiothérapie anticancéreuse chez le sujet âgé

orateur: R.Djebaili

lieu exercice orateur: EPH Batna

email: djebaili-rach@yahoo.fr

auteur2: B.Haddad lieu exercice Auteur2: EPH Batna
auteur3: A.Romane lieu exercice Auteur3: EPH Batna
auteur4: I.Touari lieu exercice Auteur4: EPH Batna
auteur5: A.Djebbar lieu exercice Auteur5: EPH Batna

abstract: CoLe cancer bronchique du sujet âgé pose un problème de prise en charge thérapeutique. Ceci s'explique par l'arrivée tardive à la consultation de cette catégorie de patient d'une part et à la présence de tares sous jacentes inhérentes à l'âge d'autre part. Cause pénalisant l'accès à la cure chirurgicale et ouvrant par conséquent celui des traitements palliatifs.

33patients présentant tous un cancer bronchique primitif représentés par 30 hommes et 3 femmes ont été mis sous chimiothérapie anticancéreuse dans notre service et les protocoles proposés chez nos patients sont le Cisplatine- Gemzar chez 19 patients (57,57%), Cisplat-Taxotère chez 9 malades (27,27%), le CAP dans 5cas (15%).

Les auteurs font une étude comparative à travers plusieurs paramètres avec un second groupe de patients d'âge inférieur à 65ans inopérables pour diverses raisons et essayent d'évaluer le bénéfice réel dans le traitement antimitotique chez les personnes âgées

Profil clinique et prise en charge des cas de BPCO hospitalisé au service de Pneumologie du CHU de Bab el oued durant 2 ans (2010-2011)

orateur: Djebri. R

lieu exercice orateur: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Benbetka. Y lieu exercice Auteur2: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur3: Khanouf. K lieu exercice Auteur3: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur4: Fissah.A lieu exercice Auteur4: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

lieu exercice Auteur5: service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Introduction : L'épidémiologie de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les perspectives à venir doivent conduire à améliorer la prise en charge hospitalière des patients avec exacerbation aiguë d'une BPCO. Une prise en charge optimale doit comporter plusieurs étapes incontournables. L'évaluation de la gravité initiale des patients doit repérer les patients justifiant d'une hospitalisation et ceux pouvant être pris en charge au domicile. Chez les patients

hospitalisés, le niveau de soins et de surveillance nécessaire, et donc la structure la plus adaptée à sa prise en charge, dépendent de la gravité initiale du patient, de la réponse au traitement médical initial et des ressources locales. Le traitement médical initial doit toujours comporter oxygénothérapie, bronchodilatateurs, kinésithérapie et prévention de la maladie thromboembolique.

Objectif : analyser le profil clinique et la prise en charge des patients atteints de PBCO dans un service spécialisé d'ALGER

Matériel et méthode : c'est une étude réalisée dans le service pneumo-ptysiologie, CHU BEO, durant deux ans : 2010-2011, elle concerne 9 patients.

Résultat : L'âge moyens des patients était supérieur à 65 ans, le stade de BPCO le plus fréquent était le stade III, le motif de l'exacerbation était le plus souvent le pneumothorax suivi des infections respiratoires aiguës. L'évolution sous traitement était favorable avec cependant 3 décès au cours de l'hospitalisation.

Discussion : L'analyse des données nous montre que la majorité de malades sont âgés de plus de 65 ans, tous de sexe masculin, les conditions socio-économiques sont favorables pour la plus part des patients. Le début des exacerbations est souvent brutal, ils est fait de : toux, d'expectoration et de dyspnée stade 4 ou 5 selon la MRC. L'HTA et les cardiopathies représentent les principales comorbidités. Les Patients de notre série répondaient donc au profil clinique retrouvé dans la littérature sauf pour le motif d'exacerbation qui était le Pneumothorax alors que dans la littérature c'est l'infection qui se classe en premier dans les exacerbation.

Pneumopathies aiguës communautaires à propos de 106 cas colligés sur une période de 5 ans

orateur: K.DJEDJIG

lieu exercice orateur: CHU MUSTAPHA PACHA - ALGER CENTRE

email: karima_djedjig@hotmail.com

auteur2: S.NAFTI

abstract: Les pneumonies aigues communautaires (PAC) constituent un problème de santé publique en raison de leur fréquence et de leur gravité potentielle. Elles sont principalement d'origine bactérienne mais le faible rendement des investigations complémentaires pour le diagnostic étiologique fait que la prise en charge de ces infections reste avant tout empirique. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 05 ans (2008 – 2012), ayant colligé 106 cas de PAC hospitalisés dans le service. Il s'agit de 56 hommes et 40 femmes avec des extrêmes d'âge allant de 15 à 94 ans.

42 patients étaient des fumeurs actifs (39%), 2 fumaient du cannabis, notion de prise de tabac à chiquer chez 05 patients, 04 étaient alcooliques. L'analyse des comorbidités associées retrouve la présence d'un diabète chez 27 patients (25%), pathologies cardio-vasculaires chez 20 patients (18%), asthme chez 10 patients (9,5%) et épilepsie chez 05 patients (4,7%). La symptomatologie associait des signes généraux (fièvre, douleurs thoracique, toux) dans la totalité des cas avec présence de signes extra-respiratoires notamment digestifs chez 18 patients.

Un traitement antibiotique a été prescrit en ambulatoire avant l'admission chez 34 patients, le plus souvent à base d'amoxicilline ou amoxicilline-acide clavulanique

La radiographie thoracique objectivait un syndrome alvéolaire pour 92 cas et un syndrome interstitiel pour 14 cas.

La pneumopathie était unilatérale pour 82 cas (dont 15 étendues), bilatérale pour 24 cas et l'atteinte pleurale a été associée pour 28 cas.

La fibroscopie bronchique réalisée chez 72 patients retrouve un aspect inflammatoire dans la totalité des cas avec présence de sécrétions purulentes chez 21 patients.

Le germe en cause n'a pu être isolé que pour 12 cas : BGN pour 05 cas, staphylococcus aureus pour 04 cas et legionella pneumophila pour 03 cas.

Un traitement empirique de 1ère intention à base d'ampicilline en monothérapie a été prescrit pour 52 patients, ampicilline-gentamicine pour 12 patients, ampicilline-gentamicine-métronidazole pour 15 patients ; le recours aux céphalosporines de 2ème et 3ème génération a été nécessaire pour 16 patients, aux macrolides pour 07 patients et aux quinolones pour 02 patients.

La durée d'hospitalisation était inférieure à 1 mois pour 64 cas et supérieure à 1 mois pour 42 cas.

Une bonne évolution a été notée chez 96 patients, 03 patients ont été transférés en réanimation et on a déploré 07 décès suite à une détresse respiratoire.

La tuberculose pseudo-tumorale

orateur: Djeghri Yacine

lieu exercice orateur: HMRU Constantine

email: yacine.djeghri@gmail.com

abstract: Le diagnostic de la tuberculose est habituellement aisé, mais certaines formes sont trempées pouvant égarer le diagnostic même en pays d'endémie. Nous rapportant une forme pseudo-tumorale chez une jeune patiente de 25 ans hospitalisée pour des adénopathies médiastinales associées à une altération de l'état général. Les explorations ont mis en évidence des adénopathies abdominales, des macro-nodules hépatiques, une splénomégalie, un important épaississement pariétal cœcal. Le diagnostic d'un cancer disséminé a été évoqué en premier lieu; et c'est l'examen anatomo-pathologique au cours d'une laparotomie d'un nodule hépatique qui a rétabli le diagnostic en concluant à une tuberculose caséo-folliculaire. Le traitement antituberculeux prolongé a permis une amélioration nette.

La tuberculose disséminée pseudo tumorale est de diagnostic difficile en l'absence de localisations parenchymateuses pulmonaires. Seule la confirmation bactériologique ou anatomo-pathologique permet le diagnostic pour un traitement adéquat. La recherche de l'étiologie tuberculeuse doit être complétée par la recherche d'une immunodépression.

Anticorps antinucléaires avec ou sans identification de cible antigénique dans la sclérodémie :Etude préliminaire portant sur 14 cas

orateur: DJENOUHAT K.

lieu exercice orateur: Centre des Investigations Biologiques, Institut Pasteur d'Alger, El Hamma, Alger

email: djenouhatkamel@gmail.com

auteur2: GHARNAOUAT M.

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumophtisiologie, CHU Beni-Messous, Alger

auteur3: BENYAHIA L.

lieu exercice Auteur3: Laboratoire BioGroupe, Les Eucalyptus, Alger

abstract: Introduction

La recherche d'anticorps antinucléaires (AAN) ainsi que de leurs cibles antigéniques représente une étape-clé dans le diagnostic et/ ou le suivi d'un grand nombre de maladies systémiques. Ces AAN de type nucléolaire ont souvent été considérés comme des anticorps (AC) sans valeur diagnostique particulière.

Objectif de l'étude. Il consiste en l'identification des cibles antigéniques des AC antinucléaires chez les patients atteints de sclérodémie et la recherche d'une éventuelle corrélation avec des phénotypes particuliers de la maladie. Méthode . 14 patients atteints de la sclérodémie dont l'âge moyen est de 42 ans et le sexe ratio montre une légère prédominance féminine. Leurs sérums furent analysés par les 02 techniques suivantes : détection des AAN fut réalisée par immunofluorescence indirecte sur cellule Hep2 (Euroimmun®, Germany). L'étude de la spécificité des AC pour tous les sérums présentant un titre supérieur ou égal à 1/160, fut faite en utilisant une méthode immuno-enzymatique de type immunodot (Euroimmun®, Germany).

Résultats. La positivité en AC antinucléaire représente un critère d'inclusion dans notre étude. Parmi les quatorze sérums étudiés, huit d'entre eux, soit 57% de malades, se sont avérés positifs en AC anti- PM/SCL alors qu'aucune cible antigénique n'a été identifiée pour le reste.

Discussion. Nous constatons la survenue de manifestation pulmonaire à type de pneumopathie interstitielle chez sept des huit patients positifs en AC anti- PM/SCL. La difficulté d'identification de cible antigénique chez les 33% des malades restant est certainement liée aux limites de Dot Blot. Cette technique ne permet pas la mise en évidence d'AC antinucléaire dirigés contre la protéine B23 et les autres U1-snRNP.

Conclusion. A coté des auto- AC qui peuvent contribuer directement à la pathogenèse de la sclérodémie, en l'occurrence ceux dirigés contre la cellule endothéliale, le fibroblaste et la fibrilline, les résultats de notre étude préliminaire montrent que la présence d'AC antinucléaire corrélient plutôt avec la survenue de formes cliniques particulières de la sclérodémie

Évaluation combinée des BPCO selon les recommandations GOLD version 2011

F.Z.Drissi, M.A.Bennani, S.Kebbat, M.Messaoud, F.Mehdi, M.Guermaz Service de Pneumologie A, CHU. Oran, Algérie

Le comité GOLD propose une nouvelle classification prenant en compte les symptômes, les exacerbations, en addition à l'évaluation spirométrique conduisant à une formulation nouvelles des recommandations thérapeutiques.

Objectifs : Évaluer le profil des patients BPCO selon les recommanda-

tions GOLD 2011

Méthode : Étude observationnelle transversale réalisée d'avril à août 2012 dans un service de pneumologie

Résultats : 102 patients de sexe masculin ont été inclus (âge moyen 60 ± 11 ans, 29 % > à 70 ans). 23 % étaient des fumeurs actifs. 36 % avaient au moins 2 comorbidités, essentiellement de type cardiovasculaires et métaboliques. 39 % avaient plus de symptômes avec un mMRC ≥ 2 . 41 % des patients ont présenté ≥ 2 exacerbations au cours de l'année précédente, au total : 29 % était en catégorie A, 18 % en catégorie B, 28 % en catégorie C, 25 % en catégorie D. Si la réhabilitation et le maintien de l'activité physique était prescrit chez les mêmes patients sans changement notable, un réajustement thérapeutique pour les catégories C et D était en faveur de l'association CSI et β -2 LDA chez 12 % des patients initialement traité par β -2 LDA seul.

Conclusion : cette nouvelle évaluation combinée intégrant en plus les symptômes, les exacerbations et les comorbidités a conduit à une prise en charge plus optimisée et adaptée au retentissement clinique de la maladie.

Mots clés : BPCO, EVALUATION, GOLD

La tuberculose pulmonaire chez le sujet âgé

orateur: Fettaïl N

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, CHU Sidi bel abbes

email: fettaln@yahoo.fr

auteur2: Taleb A

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, CHU Sidi bel abbes

abstract: Introduction : le sujet âgé représente un groupe à risque vulnérable à toute infection et en particulier à la tuberculose. Cette immunodépression est due d'une part à l'âge et d'autre part aux facteurs de comorbidités.

Matériels et méthodes : c'est une étude rétrospective de 17 patients âgés de plus de 60 ans, hospitalisés dans le service durant l'année 2011-2012.

L'objectif de ce travail est d'établir les caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives de la tuberculose chez le sujet âgé.

Résultats : Dix-sept patients sur 68 tuberculeux, répartis en 10 femmes et 7 hommes, avec un pic de fréquence au alentour de 72 ans. Le tableau clinique est dominé par des signes généraux avec une latence clinique en moyenne de 02 mois. Les sujets tarés représentent 76% (n=13 cas) et les facteurs de comorbidités sont à type de diabète (n=7 cas), HTA (n=2 cas), insuffisance respiratoire (n=2 cas) et un cas de cancer de l'amygdale traité par radio-chimiothérapie. L'aspect radiologique est représenté par des infiltrats bilatéraux étendus dans 52% des cas et associés à des excavations dans 23% des cas. L'évolution était fatale chez 4 patients dont 2 cas liés à une altération profonde de l'état générale.

A travers cette étude on déduit que la tuberculose du sujet âgé est caractérisée par un tableau clinique atypique et batard d'où son retard de diagnostic

Dilatation des bronches Observées entre 2006 et 2012

orateur: GATER NADIA S. NAFTI

lieu exercice orateur: Service de pneumologie CHU Mustapha

email: nadiagater222@gmail.com

La dilatation des bronches est une augmentation permanente du calibre bronchique d'une ou plusieurs bronches par destruction irréversible de l'armature fibroélastique et cartilagineuse. C'est une pathologie chronique se manifeste souvent par une bronchorrhée, fréquemment secondaire aux infections de l'enfance et la tuberculose pulmonaire. L'évolution est fonction de l'étendue des lésions, ainsi que le pronostic qui est conditionné par la survenue de complications à type d'hémoptysie, d'insuffisance respiratoire chronique.

La bronchiectasie nécessite une prise en charge au long cours, la kinésithérapie respiratoire est le volet le plus important, avec suppression de tout irritant bronchique (tabac), recherche de foyer infectieux notamment ORL et la prévention par la vaccination antigrippale et antipneumococcique.

Etude rétrospective, colligée au sein du service, Portant sur 30 cas observés sur une période de 7 ans (2006-2012).

On note une prédominance féminine (19 femmes / 11 hommes), 19/30 patients avaient un âge inférieure à 50 ans. L'étude des antécédents retrouve les infections de l'enfance chez 8 personnes (dont 2 cas de rougeole), la tuberculose pulmonaire chez 7 malades, un cas d'immunodépression humorale, un syndrome de Kartagener et un cas d'épileptique avec inhalation de corps étranger (prothèse dentaire).

Le signe d'appel est la toux avec expectoration purulente chez 28 pa-

tients, la dyspnée d'effort chez 50% des cas, fièvre chez 1/3 des patients et crachats hémoptoïques chez 7 malades.

La clinique révèle souvent des râles ronflants, 5 patients ont un hippocratisme digital. Enfin le diagnostic est porté par la TDM thoracique qui a objectivé la forme diffuse, kystique et cylindrique, chez 20 malades. Le germe de surinfection était le pseudomonas chez 8 patients, le streptocoque pneumoniae dans un malade. La spirométrie a objectivé un syndrome restrictif chez 7 patients. Les malades ont été traités médicalement (antibiothérapie), par monothérapie (13 cas) une bithérapie (12 cas), et une trithérapie chez 3 malades avec kinésithérapie respiratoire et séances de nebulisation ; 7 patients ont subi une résection chirurgicale. Évolutions : on déplore 2 décès, un suite à une complication par amylose rénale, le deuxième par atteinte cardiaque. Le suivi en consultation spécialisée montre une bonne évolution chez le reste des patients.

Profil des patients BPCO hospitalisés à Alger

M. GHARNAOUT, S. ALI HALASSA, M. BOUGUERRA, K. KADI, M. MESSAOUDI, R. TOBAL, L. BAUGH, N. ZIDOUNI*

*Service de Pneumo-Physiologie « Matiben », CHU Béni-Messous

Introduction : la BPCO constitue un problème majeur de santé publique en Algérie par l'augmentation de sa fréquence, liée essentiellement au tabagisme actif. C'est une maladie dont la qualité de prise en charge n'est ni optimale, ni bien codifiée en pratique de routine.

Patients et méthodes : étude rétrospective menée de 2010 à 2012

76 cas admis, âge moyen de 70 ans, dont la tranche d'âge va de 42 à 90 ans, composée de 05 femmes et 71 hommes et un sex ratio de 14/1. Résultats : le tabagisme est quasi-constant, retrouvé chez 61 patients (80 %).

Classification GOLD : stade I = 15 %, stade II = 28 %, stade III = 24 % et stade IV = 33%, la moitié des patients avaient une SaO₂ < 90 %.

Les comorbidités associées les plus fréquemment rencontrées : HTA chez 15 patients (20%), cardiopathie chez 11 patients (14%) et le diabète chez 09 patients (12%). L'HTA et le diabète étaient le plus souvent rencontrés aux stades III et IV.

Discussion: les caractéristiques épidémiologiques des patients BPCO hospitalisés sont différentes de celles des patients BPCO suivis au long cours, car se sont les formes sévères en exacerbations, qui sont le plus souvent hospitalisées et donc majoritaires avec 75%.

Facteurs de risques autres que le tabagisme : l'HTA et le diabète sont les plus fréquents et peuvent conditionner le pronostic de l'affection causale.

Il apparaît nécessaire de codifier la prise en charge en pratique ambulatoire, seule mesure susceptible de diminuer la fréquence et la sévérité de cette affection.

Embolie pulmonaire révélant une maladie de Behçet

orateur: gheffari ismahane

lieu exercice orateur: établissement hospitalier ain el turk, oran

email: ismahane.ghaffari@gmail.com

Introduction : La maladie de Behçet est une vascularite multisystémique caractérisée par des poussées inflammatoires et des phases de rémission. L'atteinte thoracique est dominée par les anévrysmes artériels pulmonaires et les manifestations thrombo-emboliques. Nous rapportons un cas d'embolie pulmonaire révélatrice de la maladie de Behçet chez un jeune patient.

Observation : Patient S âgé de 22 ans plongeur de profession, non tabagique. Sa mère avait présenté une phlébite post opératoire. Il consultait pour dyspnée, douleur thoracique droite et hémoptysie de minime abondance remontant à 03 jours. Il était apyrétique, avec un état général conservé. L'examen clinique retrouvait des râles crépitants à l'auscultation de l'hémi-thorax droit, ainsi qu'une aphtose buccale et génitale. La radiographie thoracique relevait une opacité en plage du champ pulmonaire inférieur droit. Le bilan biologique retrouvait une hyperleucocytose à polynucléose neutrophile. L'angioscanner thoracique mettait en évidence une embolie pulmonaire proximale bilatérale associée à un thrombus flottant de la veine cave inférieure. L'échodoppler des membres inférieurs révélait une thrombophlébite massive femoropoplitéo-surale. Le bilan de thrombophilie était négatif, seulement le typage HLA B51 était positif. Le test de pathergie était positif. Un diagnostic de maladie de Behçet était retenu. Un traitement anticoagulant était entamé à base d'héparine à bas poids moléculaire relayait par anti-vitamines K. Une corticothérapie à 1 mg/kg/j y était associée.

Discussion : Le diagnostic positif est retenu devant l'aphtose bipolaire et la positivité du test de pathergie. Notre patient est prédisposé gén-

tiquement à la maladie de behçet, cette dernière s'étendant dans le bassin méditerranéen. La présence de thrombophlébite du membre inférieur écarte l'hypothèse d'une embolie gazeuse du plongeur. La non disponibilité du filtre cave inférieur impose le début d'un traitement anticoagulant malgré les hémoptysies.

Conclusion : La maladie de behçet est une vascularite multisystémique dont les manifestations thoraciques sont rares. Intérêt d'y penser chez un jeune patient présentant une maladie thromboembolique thoracique

Carcinome muco-épidermoïde bronchique chez un homme de 28ans. GHENDIR AOUN Hamza

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-
ptisiologie A, CHU Beni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : H. GHENDIR AOUN, A.K. SAADI, Y. BOUGUERRA, A. KADI, A.S. LEBBAZ, F. BOUKHEZAR, S. ALI HALASSA, M. GHARNAOUT, N. ZIDOUNI

Le carcinome muco-épidermoïde (CME) bronchique est un cancer bronchique non à petites cellules (CBPNC) rare. Il appartient au groupe « tumeurs primitives des glandes salivaires d'origine bronchique » dont l'incidence est de 0,1 à 0,2 % des cancers pulmonaires.

Ces tumeurs naissent à partir des cellules à glandes à mucus, constituées par un mélange en proportions variables de cellules tumorales mucosécrétantes, de cellules malpighiennes et de cellules intermédiaires.

Le CME survient plutôt chez l'adulte jeune (âge moyen de 40 ans) et touche aussi bien les hommes que les femmes. Le tabagisme n'est pas, a priori, un facteur de risque.

Le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique des biopsies bronchiques.

La prise en charge thérapeutique repose sur la chirurgie, seul traitement à visée curative pour les CME.

En cas d'exérèse incomplète, une radiothérapie postopératoire peut être réalisée dans le but d'un contrôle locorégional, le traitement des formes inopérables (ou en rechute métastatique) n'est pas codifié et repose sur la chimiothérapie systémique. Le pronostic dépend du grade histologique.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 28 ans, aux antécédents de syndrome d'ALPORT (surdité de perception avec insuffisance rénale chronique terminale), non fumeur, hospitalisé pour opacités arrondies parenchymateuses diffuses avec épanchement pleural liquidien droit exsudatif.

Le diagnostic de carcinome bronchique de type salivaire a été posé par une biopsie exérèse d'un nodule sous-cutané.

Une chimiothérapie anticancéreuse à base de Carboplatine et Gemcitabine a été entamée chez lui.

La tuberculose bronchique : à propos de quatre cas.

GHENDIR AOUN Hamza

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-
ptisiologie A, CHU Beni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : H. GHENDIR AOUN, Y. BOUGUERRA, A.S. LEBBAZ, M. MESSAOUDI, A. KADI, F. BOUKHEZAR, S. ALI HALASSA, M. GHARNAOUT, N. ZIDOUNI. L'atteinte endobronchique est une localisation rare de la tuberculose. Elle peut revêtir des aspects cliniques, radiologiques et endoscopiques polymorphes pouvant faire évoquer une étiologie néoplasique.

La tuberculose bronchique touche volontiers les sujets immunodéprimés et les personnes âgées. Elle peut être source de piège diagnostique. Ce travail avait également pour but de souligner l'intérêt de l'endoscopie bronchique dans cette maladie.

Nous rapportons 4 cas de tuberculose bronchique confirmée histologiquement chez des malades immunocompétents; trois femmes et un homme, colligés sur une période de deux ans du Janvier 2011 au Décembre 2012. Les 4 patients âgés respectivement de 27, 50, 53 et 81 ans avec une notion de contact tuberculeux dans 1 seul cas, aux antécédents de DNID pour 2 d'entre eux. Ils ont été hospitalisés pour condensation parenchymateuse chez 3 cas et une opacité excavée chez une. Les symptômes sont dominés par un syndrome bronchique, une douleur thoracique, une dyspnée d'effort et un amaigrissement.

L'examen physique était normal. La bronchoscopie retrouve des granulations blanchâtres endobronchiques dans 2 cas, des bourgeons d'aspect tumoral dans les deux autres. L'étude histologique des biopsies bronchiques a révélé un granulome tuberculoïde chez les 4 cas et la nécrose caséeuse chez 2 malades, la recherche de BK dans le liquide d'aspiration bronchique était négative dans les 4 cas.

La tuberculose endobronchique fait partie des tuberculoses extrapul-

monaires qui nécessite une tri thérapie antituberculeuse à base de : Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide (2RHZ/4RH). L'évolution était favorable chez les quatre patients.

RESULTATS DU DRAINAGE THORACIQUE DANS LES PNEUMOTHORAX PRIMITIFS ET SECONDAIRES

orateur: GUENDOUZ ELGHOUL FZ (1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hopital central de l'armée Mohamed Seghir Nekkache Alger

email: Belqis02@hotmail.fr

auteur2: MEDJBER N (2)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie HCA Mohamed Seghir Nekkache Alger

auteur3: HAOUICHAT H

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie HCA Mohamed seghir Nekkache alger

abstract: Introduction

Le drainage thoracique dans les épanchements pleuraux aériens est un geste thérapeutique courant en pratique pneumologique, réalisé généralement en seconde intention après échec de l'exsufflation à l'aiguille dans le pneumothorax spontané primitif (PSP) et en première intention dans le pneumothorax secondaire (PSS). Sa durée dépend de la vitesse à laquelle se fait le retour du poumon à la paroi sous aspiration, ce qui peut prendre quelques heures à quelques semaines.

But de l'étude : Le but de notre étude était d'évaluer les résultats du drainage thoracique dans les PSP et PSS

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective sur 74 cas de pneumothorax colligés en trois ans. Ont été exclus de cette étude les cas de PNO chez la femme (minoritaires) et les pneumothorax iatrogènes. L'analyse des caractéristiques liées au drainage a été faite comparativement dans chacun des deux groupes de patients PSP et PSS. Résultats. Sur les 74 patients de sexe masculin, 66,2%(49 patients) avaient un PSP et 33,8% (25 patients) avaient un PSS.

Dans le groupe PSP, l'âge moyen des patients était de 24,3 ans. Le drainage thoracique a été réalisé chez 35% des patients avec une bonne tolérance clinique dans tous les cas. Ce drainage a été pratiqué d'emblée dans 6% des cas. La durée moyenne de drainage était de 6.18 jours avec une durée excédant 4 jours dans 16.3% des patients.

Dans le groupe PSS, 84% des patients ont bénéficié d'un drainage thoracique, d'emblée dans 38% des cas. La durée moyenne du drainage était de 11.4 jours avec une durée de plus de 4 jours dans 64% des cas.

Une mauvaise tolérance clinique a été notée chez 16% des patients liée à une aggravation de l'état respiratoire et à l'apparition d'un emphyseme sous-cutané et d'un pneumomédiastin dans 12% des cas. Ces incidents étaient observés chez les patients ayant la plus longue durée du drainage. Il n'y avait pas de différence significative concernant l'abondance de l'épanchement aérien et le coté atteint dans les deux types de PNO. La fréquence des récidives était de 16% dans le groupe PSP versus 48% dans le groupe PSS avec une conversion vers une thoracotomie dans 4% des cas.

Conclusion. Le pneumothorax soulève encore dans la pratique pneumologique un certain nombre de problèmes, liés en particulier à la durée du drainage qui expose à des effets délétères lorsqu'elle se prolonge, et aux résultats de ce drainage. Certaines recommandations d'experts ont été rédigées pour répondre à des situations locales tenant compte du type de pratique (pneumologique ou chirurgicale) et des moyens disponibles. Dans notre pratique, compte tenu de la durée du drainage, ce dernier n'est réalisée qu'après deux tentatives d'exsufflation à l'aiguille dans les PSP en général et dans les PSS mal toléré cliniquement et dans les PSS avec lésions pulmonaires sous-jacentes importantes ou avec intolérance clinique.

Tuberculose disséminée chez un immunocompétent, à propos d'un cas

orateur: Haddad.F

lieu exercice orateur: service de pneumo-ptisiologie B CHU Oran

email: paradis.h@live.fr

auteur2: Oudjidi.B lieu exercice Auteur2: service de pneumo-ptisiologie B CHU Oran

auteur3: Benamara.S lieu exercice Auteur3: service de pneumo-ptisiologie B CHU Oran

auteur4: Ouadi.A lieu exercice Auteur4: service de pneumo-ptisiologie B CHU Oran

auteur5: Berrabeh.Y lieu exercice Auteur5: service de pneumo-ptisiologie B CHU Oran

abstract: Introduction :

tuberculose demeure un problème de santé publique dans notre pays, La localisation pulmonaire est la plus fréquente mais l'infection peut toucher tous les organes responsables parfois de formes disséminées et graves.

Observation : je vous rapporte le cas d'une lycéenne âgée de 19ans ayant des antécédents d'anémie ferriprive et une aménorrhée secondaire depuis un an, admise pour la prise en charge d'une pneumopathie bilatérale compliquée par la suite d'un accident vasculaire cérébral.

La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne objectivait un infiltrat pulmonaire diffus associé à des adénopathies médiastinales et abdominales avec aspect d'une splénomégalie multi micronodulaire.

La recherche de BAAR par tubage gastrique ainsi que la culture sur milieu de Lowenstein Jensen étaient négatives. Une IDRT était positive à 15 mm.

Une polychimiothérapie antituberculeuse avec corticothérapie entamées suite à l'installation du tableau neurologique associant une hémiparésie droite et paralysie faciale homolatérale, l'IRM cérébrale montrait des lésions ischémiques capsulaire interne gauche et des lésions de méningo-encéphalite d'allure spécifique, complétée par une ponction lombaire d'où le diagnostic de tuberculose était retenu et confirmé par l'étude histologique d'une biopsie exérèse d'adénopathie abdominale mettant en évidence la présence de nécrose caséuse.

L'évolution était favorable sous traitement spécifique associant à une rééducation fonctionnelle tant sur le plan clinique que radiologique.

Discussion : La forme disséminée de la tuberculose est rare surtout en absence d'un terrain d'immunodépression (2,8 %). C'est une forme sévère due à une dissémination hématogène du bacille de Koch qui aggrave le pronostic et élève la mortalité.

Conclusion : La tuberculose disséminée peut concerner le sujet immunocompétent, Les investigations biologiques et radiologiques ne doivent pas retarder la mise en œuvre d'un traitement précoce qui tentera d'éviter l'issue souvent fatale de cette forme grave.

Embolie pulmonaire massive révélant un myxome cardiaque

orateur: Haddad .F

lieu exercice orateur: sce de pneumo phthisiologie B CHU Oran

email: paradis.h@live.fr

auteur2: Mecherfi.A lieu exercice Auteur2: sce de pneumo phthisiologie B CHU Oran

auteur3: Ouadi.A lieu exercice Auteur3: sce de pneumo phthisiologie B CHU Oran

auteur4: Berrabeh.Y lieu exercice Auteur4: sce de pneumo phthisiologie B CHU Oran

abstract: Introduction : Les tumeurs cardiaques sont rares. Le myxome de l'oreillette gauche est la tumeur bénigne primitive la plus fréquente et souvent génératrice de maladies thromboemboliques proximales et distales. Observation : Je vous rapporte le cas de la patiente B.K âgée de 39ans admise à notre niveau pour la prise en charge d'une pleuro pneumopathie droite compliquée d'une dyspnée aigue.

L'évaluation cardiaque (ECG, Echo-cœur) chez cette patiente évoque une forte probabilité d'embolie pulmonaire massive. L'angioscanner montrait de volumineux thrombus de l'artère pulmonaire droite et gauche ainsi qu'un thrombus de l'oreillette gauche mais l'échographie transœsophagienne révélait la présence d'une formation tumorale évoquant un myxome de l'oreillette gauche avec une HTAP majeure à 102 mmhg.

Discussion : L'incidence des myxomes est d'environ 52% chez l'adulte et 17% chez l'enfant avec une prédominance féminine, environ 75% des myxomes se forment dans l'oreillette gauche. Les complications majeures de cette tumeur sont l'insuffisance cardiaque, les arythmies et surtout les phénomènes emboliques comme c'est le cas de notre observation.

Conclusion : Le myxome cardiaque est la tumeur la plus emboligène, le dépistage repose sur les manifestations clinique rendant ainsi le diagnostic précoce difficile tandis que l'ablation chirurgicale reste l'unique modalité thérapeutique.

Profil épidémiologique de la tuberculose multifocale

orateur: Haddad Lila

lieu exercice orateur: SCTMR des Bananiers ,EPSP d'Ouled-yaich (Blida) email: lila0712@live.fr

auteur2: Mebrek.Amina lieu exercice Auteur2: SCTMR des Bananiers ,EPSP d'Ouled-yaich (Blida)

auteur3: Laanani Adel lieu exercice Auteur3: SCTMR des Bananiers ,EPSP d'Ouled-yaich (Blida)

auteur4: Graba Lila lieu exercice Auteur4: SCTMR des Bananiers ,EPSP d'Ouled-yaich (Blida)

abstract: La tuberculose multifocale (TMF) est définie par l'atteinte d'au moins deux sites extra pulmonaires associée ou non à une atteinte pulmonaire.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective de 12 dossiers de TMF colligés au service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires de Blida centre entre janvier 2011 et décembre 2012.

Il s'agit de 9 femmes et 3 hommes. L'âge moyen des patients est de 37

ans avec des extrêmes de 17 et 64 ans. La notion de contag tuberculeux était présente chez un patient. L'IDR à la tuberculine était faite chez 8 malades, elle était positive dans 5 cas. Les comorbidités étaient présentes chez 2 patients seulement : un épileptique et un malade présentant une hydronéphrose. Les différentes localisations étaient : pleurales, péricardiques, péritonéales, ganglionnaires, ostéo-articulaires, hémato-gènes, méningées, cutanées et splénique. Dans 66,6% des cas l'atteinte était bifocale, tri focale dans 25 % cas et quadri focale dans 8,3 % des cas. La tuberculose était prouvée dans 50 %des cas. Les malades sont traités selon les recommandations du PNLAT avec une durée allant de 6 à 24 mois. L'évolution était favorable chez les patients ayant achevé le traitement.les autres sont en cours d'évaluation.

Dans notre série, la majorité des malades sont des femmes jeunes et sans comorbidités.

Conclusion : La tuberculose multi focale est une forme grave de tuberculose ; n'épargnant pas les sujets immunocompétents d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce et efficace.

Profil de la tuberculose pulmonaire chez le sujet âgé : A propos d'une série de 02 années

orateur: Heddane R

lieu exercice orateur: EPH Batna

email: rad_heddane@yahoo.fr

auteur2: Selmani MR lieu exercice Auteur2: EPH Batna

auteur3: Romane A lieu exercice Auteur3: EPH Batna

auteur4: Touari I lieu exercice Auteur4: EPH Batna

auteur5: Djabbar A lieu exercice Auteur5: EPH Batna

abstract: Dans les pays développés, l'incidence de la tuberculose pulmonaire augmente avec l'âge, elle apparait encore plus chez les sujets vivants en institution.

Les auteurs s'intéressent, à travers une étude rétrospective comparative, à évaluer la place de cette affection chez les sujets âgés dans un pays en voie de développement. Celle-ci s'est faite à travers une série de 153 patients atteints de tuberculose pulmonaire recrutés par le service sur une période de 02 années (2011,2012)

L'âge des patients est compris entre 16-92 ans, 22 d'entre eux, soit 14,37 % avaient un âge supérieur ou égal à 60 ans. Ainsi l'étude a porté sur deux groupes : le 1er dénommé G1 et incluant 131 patients d'âge inférieur à 60 ans. Le second dénommé G2 comprenant les 22 autres, d'âge supérieur à 60ans. L'intérêt s'est porté sur 5 paramètres : le mode d'infection, le statut immunitaire, l'aspect radiologique lésionnel, les tares associées et enfin l'évolution thérapeutique, ce qui a permis de dégager un profil chez le sujet âgé atteint de tuberculose pulmonaire.

Mésoblastome ou tumeur vitelline du médiastin chez l'adulte jeune : à propos d'un cas.

orateur: HADJ SADOK. Mohammed Salim

lieu exercice orateur: CHU de ROUIBA

email: lolito88dz@yahoo.com

auteur2: Dr KETFI. Abdel Basset lieu exercice Auteur2: CHU de ROUIBA

auteur3: PR.ALLOULA. Rabea lieu exercice Auteur3: CHU de ROUIBA

abstract: Le Mésoblastome ou tumeur vitelline primitive du médiastin est une prolifération germinale maligne développée dans le médiastin .Tumeur très rare , issu du feuillet extraembryonnaire appeler sac vitellin ou sinus endodermique. L'augmentation du taux de l'alpha -foeto-proteine(AFP) permet d'évoquer le diagnostic et débiter le traitement, qui repose sur la chimiothérapie associe a la chirurgie. Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge qui est bouleversé depuis l'avènement de la chimiothérapie. Nous rapportant un cas de tumeur vitelline médiastinale chez un adulte jeune de 24ans.

B.D âgé de 24ans commerçant, sans antécédents pathologiques notables, était hospitalisé pour la prise en charge d'une volumineuse opacité médiastinale antérieure, révélait par une douleur thoracique associe a une toux sèche, un amaigrissement non chiffré et une asthénie, évoluant dans un contexte apyrétique avec un état général conservé. L'examen clinique était sans particularités. Le téléthorax objectivait une opacité du médiastin antérieur et moyen. La TDM thoracique retrouvait une masse médiastinale hétérogène mesurant 169mm dans son grand axe. Le dosage AFP était positif (>1000Ui/l), celui du beta-HCG était négatif.L'échographie abdominale et testiculaire, la fibroscopie bronchique, ainsi que la TDM cérébrale étaient normales. L'échographie cardiaque et l'IRM cardiaque retrouvait un épanchement péricardique moyenne de abondance sans atteintes des cavités cardiaques. Le diagnostic histologique était apporté par la biopsie transparietale scanno-

guidée. Le patient était mis sous polychimiothérapie antimitotique protocole BEP (Bleomycine Etoposide Cisplatine).

Le Mésoblastome du médiastin est une tumeur germinale maligne très rare, touche surtout l'adulte jeune de sexe masculin. Le dosage du AFP permet d'évoquer le diagnostic, et d'entamer le traitement sans attendre le diagnostic histologique. La chimiothérapie a améliorée considérablement le pronostic.

Evaluation de l'activité d'une consultation spécialisée dans la lutte antituberculeuse à Alger

orateur: S.Hadjadj

lieu exercice orateur: Clinique des maladies respiratoires «Djilali LAR-BAOUI» CHU Mustapha

email: rosane1013@voila.fr

auteur2: S.Nafti

abstract: Avec la ferme attention de prendre en charge la tuberculose-maladie, les artisans de la lutte antituberculeuse ont mis en place le premier programme national de santé publique de l'Algérie indépendante, et ce dès 1966. Les services de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires constituent les unités de référence, ainsi le taux de prévalence de la tuberculose est passé de 150 cas pour 100 000 habitants en 1966 à 37 cas pour 100 000 habitants en 2011.

Il s'agit d'une étude rétrospective d'une cohorte de 302 cas de tuberculose enregistrés au niveau sur une période de la consultation spécialisée à Algérie sur une période de 2ans (2011-2012) et dont l'intérêt était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, thérapeutiques et évolutives. Cette population se constitue de 162 hommes et 140 femmes avec un âge moyen de 35 ans et dont la plupart étaient des nouveaux cas (93%) ; 149 cas de tuberculose pulmonaire ont été enregistrés : 111 à microscopie positive, 15 à microscopie négative culture positive, 24 à microscopie négative culture négative. 153 cas de tuberculose extra pulmonaire : ganglionnaire (42%), pleurale (26%), ostéo-articulaire (5%), urogénitale (3%) et d'autres localisations (23%). 93% des patients ont mené à terme leur traitement antituberculeux avec 90% de guérison, 4 échecs, 5 perdus de vue et 2 décès sur comorbidités.

Diminuer l'incidence de la tuberculose passe par renforcer l'application des mesures techniques du programme national de lutte antituberculeuse en conformité avec les recommandations de l'OMS, en assurant une couverture vaccinale au BCG à plus de 95%, en détectant 90% des tuberculoses pulmonaires contagieuses et en traitant avec succès au moins 90 d'entre elles.

Les tumeurs médiastinales à propos de 29 cas

orateur: HADJER.N

lieu exercice orateur: Service de pneumophtisiologie –EPH de BLIDA

email: nabilahadjer@yahoo.fr

auteur2: LEHACHI.S A lieu exercice Auteur2: Service de pneumophtisiologie –EPH de BLIDA

auteur3: ABDERRAHIM.S lieu exercice Auteur3: Service de pneumophtisiologie –EPH de BLIDA

auteur4: NACEF .L lieu exercice Auteur4: Service de pneumophtisiologie –EPH de BLIDA

auteur5: SAIGHI.O lieu exercice Auteur5: Service de pneumophtisiologie –EPH de BLIDA

abstract: Introduction

Les tumeurs médiastinales (bénignes ou malignes) sont rarement observées en pratique pneumologique courante, posant parfois un problème de diagnostic.

Matériel et méthode. Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 29 cas de tumeurs médiastinales (TM) recensées en 6ans (2006-2011).

Résultat : Les TM n'ont représenté que 0.7% de l'ensemble des hospitalisations atteignant les deux sexes : 15cas chez les femmes et 14cas chez les hommes. La tranche d'âge 15-34 ans est la plus concernée. Les TM sont symptomatiques dans 96.5% des cas ; les symptômes sont polymorphes dominés par la toux sèche et la dyspnée d'effort. L'examen clinique a retrouvé 14 cas d'adénopathies périphériques associées, 7 cas de syndrome pleural et 6 cas de syndrome cave supérieur. Radiologiquement le médiastin antérieur est concerné dans 96.5% des cas ; l'atteinte médiastinale seule s'observe dans 51.7%.

La preuve histologique est obtenue dans 51% par ponction-biopsie transpariétale scanno-guidée suivie de la biopsie exérèse d'un ganglion périphérique (20%). Le lymphome malin non hodgkinien est le plus fréquemment observé (48%).

Sur le plan thérapeutique 22 patients ont été confiés en hématologie, 6 patients ont été opérés et 1 patient décédé.

Conclusion. Les tumeurs médiastinales sont rares, l'étiologie maligne est la plus fréquente.

Thymome : à propos de deux cas

orateur: HAMEL Yanis

lieu exercice orateur: Service de pneumophtisiologie CHU Sidi Bel Abbes

email: yanis_hamel@hotmail.fr

auteur2: NADJI. K lieu exercice Auteur2: Service de pneumophtisiologie CHU Sidi Bel Abbes

auteur3: FETAL. N lieu exercice Auteur3: Service de pneumophtisiologie CHU Sidi Bel Abbes.

auteur4: KESSIRA. T lieu exercice Auteur4: Service de pneumophtisiologie CHU Sidi Bel Abbes

auteur5: TALEB. A lieu exercice Auteur5: Service de pneumophtisiologie CHU Sidi Bel Abbes

abstract: Les tumeurs du thymus sont rares et représentent environ 20% de l'ensemble des tumeurs médiastinales et plus de 50% des tumeurs du médiastin antérieur. Les plus fréquentes sont les tumeurs épithéliales, qui incluent thymomes et carcinomes thymiques. Celles-ci sont passionnantes par leurs particularités cliniques : association fréquente à des maladies auto immunes, pronostic varié. Elles présentent une grande diversité histologique

Cas n°1 : Une femme âgée de 32ans sans antécédents particuliers, consultant pour une dyspnée associée à un œdème en pèlerine évoluant depuis 01mois

L'examen clinique retrouve un syndrome cave supérieur

La radiographie thoracique a objectivé un élargissement unilatéral droit du médiastin moyen et inférieur

La TDM thoracique met en évidence une masse médiastinale antéro-supérieure et moyenne comblant la loge thymique

La ponction transpariétale a été faite dont l'étude histologique a révélé un thymome mixte

Le thymome a été classé stade I selon Masaoka

La patiente a bénéficié de cure de radiothérapie décompressive suivie d'une exérèse chirurgicale. Deux mois après, bonne évolution

Cas n°2 : Une femme âgée de 31ans aux antécédents de fibrome utérin traité par hormonothérapie, consultant pour une dyspnée d'effort associée à une douleur thoracique évoluant depuis 04mois

L'examen clinique retrouve un comblement des creux sus claviculaires

La radiographie thoracique objective un élargissement bilatéral du médiastin supérieur, moyen et inférieur (aspect en cheminé)

La fibroscopie bronchique retrouve des signes de compression extrinsèque

La TDM thoracique met en évidence une masse hétérogène 14/10cm du médiastin antérieur à participation thymique

La ponction transpariétale a été faite dont l'étude histologique a révélé un thymome mixte

Le thymome a été classé stade 1selon Masaoka . La patiente a bénéficié d'une chirurgie thoracique, actuellement bonne évolution

Conclusion : en règle générale le thymome a un bon pronostic surtout s'il bénéficie d'une résection précoce et complète, la chirurgie reste donc le traitement de référence

Pneumothorax révélateur d'un carcinome bronchique épidermoïde : à propos d'un cas

orateur: HAMEL Yanis

lieu exercice orateur: Service de pneumo-ptisiologie CHU Sidi Bel Abbes

email: yanis_hamel@hotmail.fr

auteur2: LAIDI. A lieu exercice Auteur2: service de pneumo-ptisiologie CHU Sidi Bel Abbes

auteur3: FETAL. N lieu exercice Auteur3: service de pneumo-ptisiologie CHU Sidi Bel Abbes

auteur4: TALEB. A lieu exercice Auteur4: service de pneumo-ptisiologie CHU Sidi Bel Abbes

abstract: Le pneumothorax spontané secondaire est généralement attribué à une rupture de bulles d'emphysème ou de Bleps, rarement révélateur d'un cancer bronchique, le taux estimé est entre 0,03 et 0,05%

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 78 ans ex fumeur 60 P/A aux antécédents d'adénome de la prostate, BPCO, HTA, arythmie (ACFA, extrasystole) admis pour la prise en charge d'un pneumothorax total généralisé droit. Le motif de consultation était une douleur thoracique droite associée à une dyspnée aiguë. L'examen clinique du patient a retrouvé un syndrome d'épanchement pleural aérien droit . La radiographie thoracique a objectivé une hyperclarté périphérique avasculaire droite avec un poumon collabé au niveau du hile. La radiographie post exsufflation a montré une opacité apicale droite excavée. Les Bascilloscopies sont revenues négatives. Une fibroscopie bronchique a été faite objectivant un rétrécissement du calibre de la bronche lobaire supérieure droite. La TDM thoracique a montré une masse nécrosée 6,67/4,92 cm apico-dorsale droite . La ponction transpariétale de la masse a été faite dont l'étude histologique a révélé un carcinome bronchique épidermoïde . Le cancer a été classé T2B NO MO opérable. Vu les contre-indications sur le plan fonctionnel respiratoire, le patient a bénéficié de cures de chimiothérapie (carbo-genza). Actuellement il est à la 6ème cure les dimensions de la tumeur restent stationnaires et le pa-

tient est stable (performance statue 02). Le cancer bronchique est rarement révélateur d'un pneumothorax mais il doit cependant être recherché chez les personnes âgées et les gros fumeurs.

L'infection nosocomiale en Pneumologie : Le cas des pneumothorax drainés au CHU de Tizi-Ouzou

orateur: N.Hammache

Service de Pneumo Phtisiologie, Hôpital Belloua, CHU Tizi-Ouzou

email: nadia.hammache@yahoo.fr

auteur2: S.Meziani lieu exercice Auteur2: Service de Bactériologie, Hôpital Belloua, CHU Tizi-Ouzou
auteur3: MS.Messadi lieu exercice Auteur3: Service de Pneumo Phtisiologie, Hôpital Belloua, CHU Tizi-Ouzou

abstract: Introduction:Le drainage pleural ou pleurotomie à minima pour pneumothorax (PNO) représente un moyen thérapeutique invasif d'où le risque potentiel au développement d'infection nosocomiale.La définition de cette infection est essentiellement clinique car l'isolement d'un agent pathogène potentiel peut traduire une colonisation. Objectif : Evaluer la prévalence de l'infection nosocomiale chez les patients drainés pour PNO, étudier les facteurs de risque d'infection et les microorganismes incriminés.

Méthode : Etude rétrospective. 64 PNO drainés soient 34% des 189 PNO hospitalisés durant 30 mois (du 1-1-2009 au 30-06-2011).

Résultats :18,7% ont contracté une infection nosocomiale soient 6% des admis pour pneumothorax.Les patients sont essentiellement de sexe masculin, avec une médiane d'âge de 55 ans. 75 % sont fumeurs ayant une maladie sous-jacente,dont une BPCO chez 50%.

L'analyse microbiologique retrouve une prédominance du Pseudomonas Aëroginosa (42%) et du Staphylocoque Aureus (42%).La conduite à tenir était un traitement local associé à une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme. L'évolution était favorable pour tous les patients avec une durée moyenne d'hospitalisation et de drainage respectivement de 25 et 10j. Nous ne déplorons aucun décès.

Conclusion : La confirmation d'une infection nosocomiale est essentiellement radio clinique, car malgré la disponibilité de la microbiologie mais l'absence d'une étude de phénotype bactérien, il est impossible de différencier un pathogène infectant d'un pathogène contaminant. Nous soulignons la responsabilité et le rôle du personnel médical, paramédical, et de tous les services de l'hygiène de l'hôpital dans la maîtrise de l'infection nosocomiale.

Analyse de la mortalité imputable aux pneumonies dans le service de pneumophtisiologie du CHU de Tizi-Ouzou

N.Hammache

Service de Pneumophtisiologie, CHU Tizi-Ouzou

email: nadia.hammache@yahoo.fr

auteur2: D.Hacid lieu exercice Auteur2: Service de Pneumophtisiologie, CHU Tizi-Ouzou

auteur3: M.S.Messadi lieu exercice Auteur3: Service de Pneumophtisiologie, CHU Tizi-Ouzou

abstract: Certaines pathologies respiratoires sont grevées d'une mortalité considérable, telles que le cancer bronchique, les insuffisances respiratoires chroniques mais aussi les pneumonies survenant sur un terrain particulier, riche en comorbidités surtout chez le sujet âgé.

Notre étude a pour d'objectif d'estimer la mortalité imputable à la pneumonie et d'en déterminer les facteurs de risque.

Il s'agit d'une étude rétrospective des décès survenus pendant la période allant de Janvier 2004 à Octobre 2012 (9 ans). Sur 6668 patients au status vital connu à la fin de la période d'hospitalisation, 236 patients sont décédés en 9 ans soit une prévalence de 2,44 %.

La mortalité chez les patients admis pour pneumonie représente 6%, ce qui rejoint les données récentes portants sur des malades hospitalisés rapportant 4 à 21% pour les uns et entre 5 à 15% pour les autres.

En dehors de la pathologie cancéreuse, la mortalité globale est de 3,2 % avec 17 % des décès imputables à la pneumonie. Une prédominance du sexe masculin est noté avec 2/3 des décès. Plus de 80% sont âgés de plus de 60 ans dont près d'1/3 ont plus de 80 ans.

Pour ce qui est de l'imputabilité, la cause est multifactorielle ; elle est en grande partie imputable à l'âge avancé, à la complication de la tare associée et le délai entre l'apparition de la pneumopathie et l'instauration d'une antibiothérapie curative. Le diagnostic de pneumonie est retenu sur des arguments cliniques radiologiques et parfois biologiques ; mais cela ne suffit pas car l'absence d'un diagnostic de certitude, notamment bactériologique mais surtout l'absence d'une expertise médico-légale rend difficile la confirmation avec certitude de l'étiologie infectieuse.

Profil des dyspnées aiguës chez le sujet de 3ème âge : A propos d'une série de 1017 cas.

orateur: Souad HAMOUD lieu exercice orateur: E.P.H.Batna

email: hamoudsouad@yahoo.fr

auteur2: A.OUAHCHI lieu exercice Auteur2: E.P.H.Batna

auteur3: A.DJEBBAR lieu exercice Auteur3: E.P.H.Batna

abstract: Les études sur les dyspnées aiguës chez le sujet âgé sont très peu documentées dans la littérature mondiale, alors qu'elles sont le plus souvent à l'origine de décès chez ces patients de troisième âge.

Le vieillissement des organes vitaux, ainsi qu'une fréquence élevée de comorbidité dans cette tranche d'âge, font que la symptomatologie aiguë, mise en avant, serait l'expression d'un tableau clinique complexe et atypique, souvent intriqué par l'association d'une symptomatologie pulmonaire et cardiaque. De ce fait le diagnostic étiologique est rendu fréquemment difficile. Les auteurs se sont intéressés aux différentes étiologies de la dyspnée aiguë rencontrées chez les sujets de 3ème âge. Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 2 années, portant sur 1017 dossiers de malades, âgés de 65 ans et plus, colligés dans 2 services différents, pneumologie (n : 314) dénommé G1 et Cardiologie (n : 703) dénommé G2, du CHU de Batna.

Le but de notre travail est:

-De cerner le profil de ces malades à travers l'étiologie de cette détresse respiratoire aiguë.

-De proposer une conduite à tenir devant améliorer la prise en charge de l'I.R.A. chez le sujet âgé.

Si les décompensations de BPCO occupent le 1er rang chez les malades en G1 avec une fréquence de 57,64%, par contre l'étiologie des dyspnées aiguës en G2 est dominée par la décompensation cardiaque gauche, représentant à elle seule 67,81 %.

La comorbidité apparaît plus élevée que variée dans G1 que dans G2. L'imprégnation tabagique est présente chez 85 % en G1 versus 53 % en G2. Le taux de létalité global est proportionnellement proche dans les 2 groupes. Il est de 5,73% en G1 et de 5,83% en G2.

etiologies des pleuresies hemorragiques et place de la pleuroscopie medicale dans le DG etiological

orateur: Sahraoui.K

lieu exercice orateur: CHUORAN

email: sahraouipneumo@yahoo.fr

auteur2: Ziane.B lieu exercice Auteur2: CHUORAN

auteur3: Berrabeh.Y lieu exercice Auteur3: CHUORAN

abstract: Introduction : les pleurésies serohématiques ou hémorragiques (PSH-PH) sont assez fréquentes en pratique courante et leurs fréquences augmentent avec l'âge. Dans les pays développés et en Afrique leurs étiologies sont dominées par la pathologie maligne plus particulièrement le cancer métastatique, lorsque l'atteinte maligne primitive est identifiée elle est habituellement représentée par le cancer bronchique chez l'homme et les cancers genito-mammaires chez la femme. Objectif de l'étude:

Le but de ce travail est non seulement de préciser les principales étiologies des pleurésies serohématiques et hémorragiques chez les sujets âgés et de les comparer avec celles habituellement décrites dans la littérature médicale ; mais surtout de préciser l'apport de la pleuroscopie médicale comme un moyen de diagnostic sûr, Simple et fiable

Patients et méthodes : Une étude rétrospective portant sur l'analyse de 78 dossiers de patients âgés entre (60-90) ans hospitalisés dans le service cours de la période allant de Janvier 2008 à mai 2012, les paramètres analysées : cliniques biologiques radiologiques endoscopiques ainsi que les étiologies de ces pleurésies hémorragiques.

Les résultats: les Pleurésies hémorragiques chez les sujets âgés représentent 8% de l'ensemble des épanchements pleuraux liquidiens identifiés. Leurs étiologies sont dominées par le cancer qui occupe le premier rang avec 66,6 %.Il s'agit dans la majorité des cas de métastases dont le siège primitif demeure inconnu dans 25% des cas. Vient ensuite la pathologie infectieuse avec 29% des cas. L'enquête étiologique a été infructueuse dans 5% des cas. La nature maligne des pleurésies a été confirmée par l'examen cytologique du liquide pleural et l'examen anatomo-pathologique des fragments de biopsie (biopsie pleurale à l'aveugle-biopsie sous pleuroscopie) Toutefois certaines pleurésies survenues chez des patients déjà porteurs d'un carcinome connu ont été considérées comme des métastases, en l'absence de toute preuve histologique formelle. La certitude diagnostique de la tuberculose a été apportée par la présence de follicules tuberculeux à l'examen anatomo-pathologique.

Carcinome trichoblastique cutané révélateur des métastases endobronchiques, choroïdiens et osseuses vertébrales

orateur: SAHRAOUI.K (1)

lieu exercice orateur: service de pneumologie CHUORAN(1)

email: sahraouipneumo@yahoo.fr

auteur2: SIARI.H(2)

lieu exercice Auteur2: service de dermatologie CHUORA(2)

auteur3: CHIALI.N(2)

lieu exercice Auteur3: service de dermatologie CHUORAN(2)

auteur4: ZIANE-CHERIF .N(3)

lieu exercice Auteur4: CENTRE ANTI CANCER EMIR AEK ORAN(cacoran)(3)

auteur5: BERRABEH .Y (1)

lieu exercice Auteur5: service de pneumologie CHUORAN(1)

abstract: Le carcinome trichoblastique est une tumeur cutanée maligne des annexes est très rare il intéresse les personnes âgées 75 ans au moyenne atteint préférentiellement le cuir chevelu le torse et les extrémités, il se développe aux dépens de l'épithélium de la gaine pilaires, classiquement sur un trichoblastome après une longue période d'évolution. L'OMS ne reconnaît pas dans sa classification 2006 des tumeurs cutanées, le carcinome trichoblastique comme une entité distincte du carcinome basocellulaire. Il est proposée que tous les carcinomes basocellulaires soient renommés sous le terme plus approprié de carcinome trichoblastique du fait de leur origine pileuse.

Nous vous rapportons un cas d'un patient âgé de 47 ans marié et père de 03 enfants, non tabagique, commerçant de profession, aux antécédents d'une maladie de Behçet sous colchicine et prédnisone compliquée d'une thrombophlébite du membre inférieur, orienté par nos confrères dermatologues pour des douleurs basithoraciques droite et une gêne respiratoire. Un angioscanner thoracique est demandé en urgence où le DG d'un angio-behçet est éliminé même le parenchyme pulmonaire était sain. 02 mois plus tard devant l'apparition des lésions cutanées au niveau du thorax une biopsie cutanée avec étude anapath : révèle un aspect d'un carcinome trichoblastique.

Le bilan d'extension à s'avoir : le scanner thoracique avec fibroscopie et biopsie bronchique, IRM cérébrale, vertébrale et angiographie oculaire retrouve des localisations secondaires métastatiques. Le carcinome trichoblastique à l'inverse du carcinome basocellulaire est considéré dans la littérature

(05 cas publiés seulement) comme une tumeur malpighienne non keratinisante de haut grade de malignité avec risque métastatique élevé avec une particularité dans notre cas outre la rareté de ce type de cancer, le jeune âge de survenue, des localisations secondaires endobronchiques et choroïdiens.

Diagnostic étiologique des pneumothorax spontanés secondaires, hospitalisés au service de pneumologie de Bab El Oued durant 2 ans (2011-2012)

orateur: Kacimi.M

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Yahiaoui.R

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur3: Khenouf. K

lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur4: Fissah.A

lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur5: Amrane.R

lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Objectif de l'étude: Le but du travail est de déterminer les étiologies des pneumothorax spontanés et d'en décrire les caractéristiques cliniques et para cliniques.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée de Janvier 2011 jusqu'à Décembre 2012 au service de pneumologie du CHU de Bab El Oued à Alger. Les données sociodémographiques, radio cliniques et biologiques étaient recueillies chez tous les patients hospitalisés présentant un pneumothorax spontané.

Résultats : Nous retrouvons un nombre total de 44 cas de pneumothorax hospitalisés pendant la période d'étude ; (pneumothorax spontanés primitifs, secondaires, iatrogènes) ; dont 14 pneumothorax primitifs et 28 pneumothorax secondaires.

La moyenne d'âge était de 43 ans avec des extrêmes de 19 à 68 ans.

Le sexe ratio H/F était de 10/1

L'étiologie principale des pneumothorax spontanés secondaires était la BPCO 10 cas (23%) suivie de la tuberculose pulmonaire 6 cas (14 %) ; le reste était réparti entre bulles, séquelles de tuberculose pulmonaire et néoplasie bronchique.

Conclusion : Les pneumothorax spontanés restent dominés par les pneumothorax secondaires, la BPCO constitue la principale étiologie

du pneumothorax spontané secondaire et près du tiers des pneumothorax spontanés.

Hypoplasie de l'artère pulmonaire droite: A propos d'un cas

orateur: Kaddouche .S

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Yahiaoui.R

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur3: Khanouf.K

lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur4: Fissah.A

lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

auteur5: Amrane.R

lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Introduction : L'hypoplasie de l'artère pulmonaire (droite ou gauche) est une des rares anomalies vasculaires pulmonaires qui doit être dépistée et traitée précocement.

Observation : H.M âgé de 23 ans, sans antécédents particuliers est admis pour une suspicion d'embolie pulmonaire devant une hémoptysie de petite abondance, aggravation de la dyspnée d'effort qui évolue depuis 18 mois. L'examen cardio-pulmonaire à l'admission note, une polypnée (FR : 28 cycles/mn), une tachycardie (FC : 110 btt/mn) et une légère hypoxie à l'effort. La radiographie thoracique montre un petit poumon droit sombre attirant le médiastin avec emphysème compensateur du poumon controlatéral. L'angio-scanner thoracique révèle une dextrocardie, une amputation totale de la branche droite de l'artère pulmonaire avec une discrète circulation médiastinale, une absence d'opacification des veines pulmonaires droites et une rétraction de l'hémithorax avec une hernie transmédiastinale antérieure du poumon controlatéral. Les D.Dimères sont négatifs, pro-BNP < 100 pg/ml, le reste du bilan biologique est normal. L'absence de la perfusion du poumon atteint est notée à la scintigraphie de ventilation/perfusion

L'ensemble de ces anomalies morphologiques permettent le diagnostic d'hypoplasie de l'artère pulmonaire droite. Par ailleurs on retrouve un trouble ventilatoire restrictif à l'exploration fonctionnelle respiratoire (CVF : 68%). L'ECG et l'échographie cardiaque couplée au Doppler ne décèlent pas de malformations cardiaques associées et ne montrent pas de stigmates compatibles avec un accident thromboembolique (pas de dilatation des cavités droites, PAPS à 28 mmHg et pas de thrombus intracardiaque). Discussion : L'hypoplasie de l'artère pulmonaire est diagnostiquée tardivement chez notre patient resté asymptomatique pendant plusieurs années. La décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire est l'abstention chirurgicale et la surveillance du patient avec recours à une embolisation, voire une lobectomie ou une pneumonectomie en cas de complications graves (hémoptysies).

Conclusion : Autrefois l'hypoplasie de l'artère pulmonaire était de découverte chirurgicale. Aujourd'hui son diagnostic est facilité par le scanner et l'imagerie par résonnance magnétique dès lors que le dépistage fœtal est défaillant. Le pronostic dépend de l'association à des malformations cardiaques congénitales (situation plus bruyante et donc de découverte plus précoce) et de complications thrombotiques.

Kyste hydatique géant intra médiastinal : à propos d'un cas

orateur: KESSIRA.T.M

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU HASSANI AEK,

Sidi belabbes

email: tampneumo@voila.fr

auteur2: TALEB.A

abstract: L'hydatidose est une infection par la forme larvaire d'un ténia du chien : Echinococcus Granulosus, elle sévit surtout dans les zones d'élevage des ovins et bovins. En Algérie le taux se situe à 4,6/100 000h. cette maladie n'est généralement reconnue qu'au stade de complications par rupture ou compression.

nous rapportons un cas d'un kyste hydatique géant intra médiastinal, chez une femme âgée de 79 ans, ayant un contage animal positif pour l'EG, consultant pour des douleurs thoraciques à type de point de coté et paresthésies aux deux membres supérieurs. la radiographie thoracique a été faite retrouvant un élargissement du médiastin moyen et inférieure. au scanner thoracique, la formation était de nature liquidienne, saine sans fissuration. sérologie hydatique(hémagglutination indirecte) positive. une thoracotomie avec exérèse a été réalisée, les suites opératoires ont été simples et l'étude anatomo-pathologique a confirmé l'origine hydatique du kyste.

Tuberculome cérébral : à propos d'un cas

orateur: KESSIRA.T.M

Sce de Pneumologie, CHU Hassani Aek, Sidi Bel Abbès

email: tampneumo@voila.fr

auteur2: TALEB.A lieu exercice Auteur2: Sce de Pneumologie, CHU Hassani Aek, Sidi Bel Abbès
auteur3: BENAMAR.S lieu exercice Auteur3: Sce de Pneumologie, CHU Hassani Aek, Sidi Bel Abbès
auteur4: HAMEL.Y lieu exercice Auteur4: Sce de Pneumologie, CHU Hassani Aek, Sidi Bel Abbès

abstract: le tuberculome cérébral est la deuxième localisation de la tuberculose au système nerveux central (après la méningite), de haute gravité, son taux reste inchangé dans certains pays en voie de développement de forte endémie tuberculeuse, ou les tuberculomes restent la première cause des "tumeurs cérébrales", les signes cliniques sont ceux d'une lésion cérébrale focale ou HIC, il peut se localiser n'importe où dans le SNC (hémisphère, sous tentoriel, moelle).

nous rapportons le cas d'une femme de 42 ans, présentant des céphalées intenses avec fièvre et crises convulsives. au scanner: processus tissulaire, dense, hétérogène, de structure spongieuse, arrondie, de 35/33mm, développée dans la région fronto-pariétale droite avec important effet de masse.l'étude anatomopathologique des fragments biopsiques retrouve un tissu glial siège de lésion granulomateuse et giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. La réponse au traitement antituberculeux a été très bonne, avec réduction importante de la masse à la TDM et amélioration clinique.

sarcoidose alvéolaire aigue: à propos de deux cas

orateur: M.Khammes

lieu exercice orateur: service de pneumologie A CHU Oran

email: khammes84@gmail.com

auteur2: M.Métahri lieu exercice Auteur2: service de pneumologie A CHU Oran
auteur3: A.N.Benkerroua lieu exercice Auteur3: service de pneumologie A CHU Oran
auteur4: N.Dali Youcef lieu exercice Auteur4: service de pneumologie A CHU Oran
auteur5: M.Guermaz lieu exercice Auteur5: service de pneumologie A CHU Oran

abstract: Introduction: La sarcoidose est une granulomatose systémique bénigne, d'étiologie inconnue. L'atteinte parenchymateuse interstitielle est habituelle. La forme alvéolaire est atypique, souvent d'installation aiguë, de diagnostic difficile mais d'évolution rapidement favorable sous corticothérapie.

Cas n°1 :Femme âgée de 55 ans admise pour toux, expectorations muqueuses, dyspnée d'effort et fièvre, avec poly-adénopathies périphériques et altération de l'état général. L'examen clinique pleuro-pulmonaire montrait un syndrome de condensations à droite avec une pleurésie. La SpO2 est à 84%. La radiographie thoracique montrait un syndrome interstitiel diffus péri-hilaire droit associé à une pleurésie droite de petite abondance. La tomodensitométrie (TDM) thoracique mettait en évidence des images condensations parenchymateuses droites confluentes, avec bronchogramme aérique ainsi que des adénopathies médiastinales bilatérales, Les bacilloscopies des expectorations et l'intradermoréaction à la tuberculine étaient négatives. Le diagnostic de sarcoidose a été confirmé par la mise en évidence du granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse. Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (E.C.A) montrait une activité sérique élevée. Une corticothérapie à raison de 40 mg/jour de prednisone était mise en route avec une bonne évolution clinique et radiographique au bout de 2 semaines.

Cas n°2 :Femme F.H âgée de 72 ans aux antécédents de PAC traitée 3 mois auparavant. Consultait pour douleur thoracique, une toux productive avec expectoration verdâtre et une dyspnée d'effort, fièvre ainsi qu'une altération profonde de l'état général. L'examen clinique trouvait une cyanose, des signes de lutte avec des râles ronflants. La radiographie thoracique montrait une opacité en plage basale gauche avec un bronchogramme aérien en son sein, des clartés arrondies jointives hilobasales évoquant a priori une DDB. L'intradermoréaction à la tuberculine et les bacilloscopies des expectorations étaient négatives. L'hémogramme, l'hémogramme montrait une hyperleucocytose 16300 GB/mm3. La spirométrie montrait un trouble ventilatoire mixte avec une obstruction sévère. La bronchoscopie montrait une inflammation bronchique diffuse avec épaississement des éperons et les biopsies étagées et le lavage broncho-alvéolaire étaient non contributifs. La (T.D.M) thoracique montrait plusieurs foyers de condensation apicales bilatérales et basales gauches, un syndrome interstitiel bilatéral, des broncheectasies de traction ainsi que des adénopathies hilaires bilatérales. Une biopsie des glandes salivaires mettait en évidence un syndrome sec évoquant dans ce contexte une sarcoidose. Le dosage de l'E.C.A retrouvait alors une activité sérique de 34 UI/L. la patiente était mis sous corticothérapie orale (prednisone 1 mg.k.j) avec un régime hyposodé et une supplé-

mentation potassique. Ceci avait permis la régression de la dyspnée au bout d'un mois de traitement.

discussion: Il faut mettre l'accent sur la rareté de cette forme alvéolaire aigue de la sarcoidose ainsi que sur ses caractéristiques radiologiques. On insiste sur la difficulté d'en faire le diagnostic précoce et l'intérêt d'y penser précocement pour éviter tout retard de prise en charge. Nous soulignons enfin la grande sensibilité de cette forme inhabituelle de la sarcoidose à la corticothérapie et proposons une revue de la littérature. conclusion: La sarcoidose alvéolaire aigue forme exceptionnelle de la sarcoidose souvent méconnue prêtant à confusion avec une pneumopathie infectieuse, d'où l'intérêt d'y penser et de confirmer le diagnostic par les explorations nécessaires.

Inhalation d'un corps étranger intra bronchique (à propos de 39 cas). Service des urgences respiratoires du CHU Beni Messous Alger.

orateur: KHELAFI RACHIDA

lieu exercice orateur: CHU BENI MESSOUS ALGER

email: kherachi@yahoo.fr

auteur2: OUSSEDIK FOUZIA lieu exercice Auteur2: CHU BENI MESSOUS ALGER
auteur3: BOUDJEMAA AMEL lieu exercice Auteur3: CHU BENI MESSOUS ALGER
auteur4: FEZAA KENZA lieu exercice Auteur4: CHU BENI MESSOUS ALGER
auteur5: SKANDER FARIDA lieu exercice Auteur5: CHU BENI MESSOUS

abstract: Introduction : L'inhalation accidentelle de corps étrangers chez l'adulte est peu fréquente et potentiellement grave. Le syndrome de pénétration intra bronchique est souvent rapporté par les patients.

Observation : 39 cas d'inhalation de corps étrangers intra bronchiques ont été diagnostiqués entre 2009 et 2012. L'âge moyen des patients était de 23 ans avec une prédominance féminine (79,5% femmes et 20,5% hommes). Le délai moyen de consultation était de 5 jours. Les symptômes respiratoires rencontrés ont été la toux sèche incessante (76,9% des cas), hémoptysies (15,4%) et infections respiratoires basses (7,7%). La radiographie thoracique a permis de visualiser le corps étranger radio opaque intra bronchique chez 33 patients, une pneumonie chez 2 patients et a été normale dans 4 cas. Les corps étrangers ont été extraits par le fibroscope bronchique souple dans 33 cas, rejetés spontanément par un effort de toux dans 2 cas et après thoracotomie dans 4 cas. Ils étaient de nature variable, dominés par des épingles dans 79,5% des cas (96,8% des femmes), végétal (10,2%) et autres (10,3%). Après extraction du corps étranger, tous les patients avaient bénéficié d'une corticothérapie orale en courte cure associée à une antibiothérapie en cas de surinfection bronchique.

Conclusion: L'inhalation accidentelle de corps étrangers est une urgence respiratoire assez fréquente. Elle est constatée majoritairement chez les femmes voilées qui utilisent des épingles pour fixer leur foulard. La difficulté de l'extraction des corps étrangers, particulièrement les épingles, par le fibroscope bronchique souple rend nécessaire la mise en place de la bronchoscopie rigide dans les services de pneumologie.

Pneumonie sévère et Leishmaniose cutanée diffuse chez un patient infecté par le HIV

orateur: KHELAFI RACHIDA

lieu exercice orateur: CHU BENI MESSOUS

email: kherachi@yahoo.fr

auteur2: OUSSEDIK FOUZIA lieu exercice Auteur2: CHU BENI MESSOUS
auteur3: MOUSSAOUI HAMZA lieu exercice Auteur3: CHU BENI MESSOUS
auteur4: MECHERI RAZIKA lieu exercice Auteur4: CHU BENI MESSOUS
auteur5: SKANDER FARIDA lieu exercice Auteur5: CHU BENI MESSOUS

abstract: Introduction : Les leishmanioses sont des affections parasitaires de plus en plus associées à l'immunodépression et plus particulièrement la Leishmaniose cutanée diffuse et viscérales (pulmonaires et digestives) au cours de l'infection à VIH.

Observation: Il s'agit d'un patient âgé de 47 ans, originaire de Biskra, agriculteur, tabagique, alcoolique, ayant des partenaires sexuelles multiples, traité pour leishmaniose cutanée diffuse depuis 01 an par Glucantime. Hospitalisé pour pneumonie sévère. Deux jours avant son admission, il présentait un syndrome infectieux avec toux et dyspnée de repos. A l'admission, il avait une dyspnée de repos, une fièvre à 39°C, des râles crépitants diffus et des lésions cutanées à type de nombreux nodules disséminés sur l'ensemble du corps et une splénomégalie. La radiographie thoracique montrait des lésions interstitielles bilatérales diffuses. Une hypoxémie en air ambiant sur les gaz du sang (Sao2= 89%). La CRP à 120mg/L, leucopénie à 2400/mm3 et lymphopénie à 770/mm3. Le taux de LTCD4 n'a pas été spécifiquement dosé. Les sérologies virales : HIV positif, HBS et HBC : négatives. Le diagnostic d'une pneumonie à germe opportuniste a été suspecté et Le traite-

ment par Triméthoprim -sulfaméthoxazol, corticoides par voie parentérale ainsi que l'oxygénothérapie à fort débit a été rapidement instauré. Après trois jours de traitement, le patient décédait dans un tableau de détresse respiratoire aigue.

Discussion : La co-infection VIH/ Leishmaniose mérite une attention particulière. Elle est associée à un pronostic sombre. La Leishmaniose survient principalement en cas de déficit immunitaire sévère (taux de CD4 <200 par microlitre. La co infection est aussi à l'origine d'une évolution plus rapide de l'infection rétrovirale, ce qui favorise des infections pulmonaires soit à leishmania soit à d'autres germes opportunistes.

Conclusion: Une pneumonie sévère chez des patients présentant une leishmaniose cutanée doit faire rechercher systématiquement une infection à VIH car les deux pathogènes diminuent la réponse immunitaire cellulaire.

Epidémiologie de l'asthme dans la Wilaya d'Alger

R.Khelafi, F Skander

Service des urgences respiratoires CHU de Béni-messous

Introduction : La prévalence de l'asthme dans la population générale de la Wilaya d'Alger a été analysée dans le cadre d'une étude plus vaste sur la consommation de tabac et de la santé respiratoire.

Méthode : Il s'agit d'une étude par questionnaire réalisée au niveau des ménages sur un échantillon aléatoire à 3 degrés (la commune, le district, le ménage). Elle a intéressé tous les occupants des ménages âgés de 11 ans et plus, soit 234 jeunes âgés de 11-14 ans et 2166 adultes âgés de 15 ans et plus. Les personnes âgées de plus de 21 ans (1800) ont bénéficié d'une spirométrie.

Résultats : La prévalence de l'asthme est de 4,7% chez les 11-14 ans et de 5,9% chez les sujets plus âgés. La différence en fonction du sexe n'est observée que chez les 15 ans et plus, avec une prévalence plus importante chez les femmes (7,5% contre 4,5%)(p<0,03), alors qu'elle est de 4,8% chez les garçons et 4,6% chez les filles. La fréquence de l'asthme diminue avec l'âge dans les deux sexes. Les 11-14 ans asthmatiques sont non fumeurs, alors que les plus âgés ont une consommation non négligeable. Les femmes asthmatiques sont aussi souvent fumeuses qu'au niveau de la population générale (6,3% contre 6,6%) alors qu'une différence significative est observée chez les hommes (28% contre 35,4%)(p<0,02). L'obstruction bronchique évaluée par spirométrie est retrouvée chez 6,9% des asthmatiques âgés de plus de 21 ans. Le taux de patients traités est de 82% chez les jeunes et 71,3% chez les adultes. Parmi les patients traités, le traitement de fond est prescrit que chez 77,8% des enfants et 35,9% des adultes.

Conclusion : La prévalence de l'asthme dans la wilaya d'Alger, a augmenté cette dernière décennie aussi bien chez les jeunes (3,6% contre 4,7%) que chez les adultes (3,4% contre 5,9%), l'obstruction bronchique qui reflète la sévérité de l'asthme est rare et le traitement de fond est plus fréquemment prescrit chez les jeunes que chez les adultes

La lipoprotéinose alvéolaire pulmonaire primitive : à propos d'un cas- KHELIOUEN ASSIA

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-phtisiologie A, CHU Béni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : A.Khelouen ; AK.Saadi ; H.Sid ; S.Touati ; R.Hitachi ; D.Mekideche ; L.Baough ; N. Zidouni.

La lipoprotéinose alvéolaire pulmonaire (LAP) est une pneumopathie infiltrative diffuse caractérisée par l'accumulation intra-alvéolaire d'une grande quantité de matériel PAS (periodic acid-Schiff) positif proche du surfactant pulmonaire. Deux types de LAP sont individualisés :

– les formes primitives : les plus fréquentes, elles surviennent en l'absence d'étiologie sous-jacente ;

– les formes secondaires : elles sont associées à certaines affections ou conditions particulières. Leur distinction est difficile car les tableaux cliniques et histologiques sont très similaires. Elle pourrait être facilitée par une coloration du liquide de LBA utilisant une réaction d'immunoperoxydase avec une apoprotéine spécifique du surfactant.

Nous rapportons un (01) cas de protéinose alvéolaire primitive révélé par une miliaire froide chez un patient âgé de 27 ans, sans antécédents médico- chirurgicaux particuliers.

Téléthorax : opacités micronodulaires très denses homogènes uniformément réparties aux deux champs pulmonaires.

La TDM thoracique : aspect reticulonodulaire bilatéral avec épaississement des septas.

Le diagnostic a été posé par :

L'aspect laiteux du liquide de lavage broncho-alvéolaire

La biopsie bronchique distale qui confirme la protéinose alvéolaire.

Un traitement à base de lavage broncho alvéolaire thérapeutique a été instauré.

Evolution : bonne amélioration clinique mais persistance des images radiologiques

Schwannome du médiastin postérieur A propos d'un cas.

orateur: Kheloufi S.

lieu exercice orateur: service de pneumologie- CHU Tizi-ouzou

email: messadi.mohamesalah@yahoo.fr

auteur2: ; Meguenni W. lieu exercice Auteur2: service de pneumologie-CHU Tizi-ouzou

auteur3: ; Messadi MS lieu exercice Auteur3: service de pneumologie-CHU Tizi-ouzou

abstract: Le schwannome est une tumeur nerveuse bénigne développée à partir des cellules de Schwann. Elle représente 40 à 50% des tumeurs nerveuses du médiastin. Elle est souvent asymptomatique et reste de découverte fortuite. Son traitement est chirurgical. Nous vous présentons le cas d'une patiente âgée de 32 ans, sans aucun antécédent pathologique, qui a consulté pour une symptomatologie respiratoire faite de toux et de douleurs basi thoraciques gauches. La radiographie de thorax demandée a objectivé un foyer pneumonique de la base gauche mais elle a aussi révélé l'existence d'une grosse opacité arrondie du médiastin moyen dont la radio de profil confirmera son siège postérieur. Notre attitude était de réaliser dans les meilleurs délais une TDM thoracique afin de mieux préciser les caractéristiques de l'image (densité, contours, rapports). notre patiente ne présentait aucun symptôme particulier, l'opacité médiastinale a été découverte au décours d'une pneumonie bactérienne ayant bien évolué sous traitement antibiotique. La malade a été confiée, par la suite, au service de chirurgie thoracique pour une thoracotomie avec exérèse de la masse. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire montre une masse d'aspect encapsulé, bosselée et hétérogène dont l'examen microscopique retrouve une prolifération mésenchymateuse encapsulée faite de faisceaux courts de cellules de Schwann ondulées à noyaux effilés et réguliers sans la présence de mitoses anormales ; et nous a permis d'établir le diagnostic de schwannome. En conclusion, le schwannome est une tumeur rare qui reste longtemps asymptomatique dont la chirurgie permet à la fois un geste diagnostique et thérapeutique.

Synoviosarcome primitif de la plèvre propos d'un cas

orateur: Kheloufi S.

lieu exercice orateur: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi Ouzou.

email: ms.messadi@yahoo.fr

auteur2: Ouerdi S lieu exercice Auteur2: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi Ouzou.

auteur3: Remidi A. lieu exercice Auteur3: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi Ouzou.

auteur4: Meguenni W. lieu exercice Auteur4: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi Ouzou.

auteur5: Messadi MS. lieu exercice Auteur5: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi Ouzou.

abstract: Le Synoviosarcome est une tumeur mésenchymateuse maligne très rare. Elle représente 5 à 10% des tumeurs malignes des tissus mous. Elle touche principalement l'enfant et l'adulte jeune avec une prédominance masculine. Malgré son nom, le Synoviosarcome ne dérive pas du tissu synovial. Comme pour la plupart des sarcomes des tissus mous, son origine tissulaire est encore inconnue et les facteurs de risques de cette tumeur ne sont pas clairement établis.

L'atteinte primitive pleurale ou pulmonaire est rare voire même exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise dans notre service pour une dyspnée et douleurs latéro thoraciques gauches. Le bilan radiologique effectué chez la patiente (Radiographie standard et TDM thoracique) ainsi que l'échographie montrait une volumineuse formation kystique occupant tout l'hémi thorax gauche et refoulant le médiastin. Aucune atteinte extra thoracique n'a été décelée. La malade est rapidement confiée en chirurgie thoracique ; l'origine néoplasique n'est établie qu'en per opératoire par la découverte d'une carcinose pleurale. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a établi le diagnostic de Synoviosarcome.

syndrome de stovin huggues associee a une tuberculose pulmonaire; particularites diagnostiques et therapeutiques.

orateur: KHERBI lieu exercice orateur: HMRUC

email: kherbi1972@yahoo.fr

auteur2: DR GUITARI lieu exercice Auteur2: sde de medecine interne/HMRUC

auteur3: DR OTHMANI lieu exercice Auteur3: sde de RADIOLOGIE /HMRUC

abstract: Syndrome de Hughes-Stovin est une variante de la maladie de Behçet. C'est une affection rare de cause inconnue caractérisée par une combinaison de plusieurs anévrysmes des artères pulmonaires et

thromboses veineuses profondes. Elle touche les sujets jeunes de sexe masculin âgés de 20 à 40.

En l'absence d'un traitement standard de ce syndrome, on adopte une approche thérapeutique similaire à celle de la maladie de Behçet basée sur les corticoïdes seuls ou associés aux immunosuppresseurs.

Le pronostic reste tributaire de la survenue d'une potentielle hémoptysie foudroyante. Dans ce contexte nous exposons le cas d'un jeune militaire retraité âgé de 36 ans qui consulte pour hémoptysie récidivante ayant motivé la réalisation en ambulatoire d'un scanner thoracique qui a révélé la présence d'une masse tissulaire solide dont la biopsie scanoguidée est revenue en faveur d'une tuberculose caseofolliculaire.

La persistance des hémoptysies l'a motivé à consulter chez nous ou le diagnostic de Syndrome de Stovin-Hughes liée à une maladie de Behçet a été confirmé sur l'association des critères cliniques et radiologiques selon l'International Study Group for Behçet's Disease.

Pour le traitement on a opté pour l'association de corticoïdes et d'immunosuppresseur au long cours, laquelle thérapeutique a donné un effet sur le tarissement des hémoptysies et une réduction du volume des ectasies des artères pulmonaires toute en gardant le traitement anti bacillaire jusqu'à la fin de la cure.

HYDATIDOSE MEDULLAIRE ET COSTOVERTÉBRALE REVELE PAR UN TABLEAU DE COMPRESSION MEDULLAIRE:DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

orateur: DR KHERBI lieu exercice orateur: HMRUC
email: kherbi1972@yahoo.fr

auteur2: DR SELMANI lieu exercice Auteur2: sce radiologie/hmruc
auteur3: DR AGGOUNE lieu exercice Auteur3: sce radiologie/hmruc
auteur4: DR TABET lieu exercice Auteur4: sce neurochirurgie/hmruc

abstract: INTRODUCTION : L'hydatidose est une affection endémique en Algérie. Les localisations hépatiques et pulmonaires sont les plus fréquentes. L'hydatidose osseuse est très rare, elle ne représente que 1 à 2% de l'ensemble des localisations du kyste hydatique. Parmi les différentes localisations costo-vertébrale et spinale sont encore plus rare. **OBSERVATION :** La patiente T N âgée de 47 ans sans antécédents pathologique, a présenté 01 année avant son admission une symptomatologie neurologique faite de dorsalgies et une claudication intermittente réduisant progressivement le périmètre de marche à aboutissant 15 jours avant son admission à une impotence complète.

- L'examen clinique retrouve un syndrome médullaire complet en rapport avec une compression intra-canalair de la moelle épinière.

- La radiologie (IRM+TDM) : montre une compression médullaire postérieure étendue de D3 à D7 d'origine échoncosique associée à une atteinte costo-vertébrale au niveau de D10/ D11.

- La sérologie hydatique était positive.

- La chirurgie a permis un geste thérapeutique de décompression et diagnostique en mettant en évidence de multiples vésicules échoncosiques. Suivie d'un traitement médical à base d'albendazole avec rééducation fonctionnelle.

- L'étude anatomopathologique confirmait l'origine hydatique des vésicules. - Une reprise chirurgicale pour la localisation costo-vertébrale est programmée.

DISCUSSION : L'hydatidose est une affection endémique. Les localisations hépatiques et pulmonaires sont les plus fréquentes. L'hydatidose osseuse est très rare, elle ne représente que 1 à 2% de l'ensemble des localisations du kyste hydatique.

Les différentes localisations osseuses du kyste hydatique sont : vertébrale dans 35 % des cas, pelvienne dans 21 %, fémorale dans 16 %, tibiale dans 10 %, costale dans 6 %, scapulaire dans 4 %, humérale dans 2 % et pelvienne dans 2 % des cas.

Dans l'hydatidose costovertébrale, la lésion initiale siège le plus souvent au niveau vertébral puis l'extension se fait par contiguïté vers les côtes adjacentes. Dans les formes avancées d'hydatidose costovertébrale, il est difficile de localiser la lésion hydatique initiale qui serait vertébrale dans la majorité des cas publiés.

L'atteinte spinale de l'échinococcose représente 1 % des localisations [1, 2] et 40 à 50 % des atteintes hydatiques osseuses [2, 3]. Elle est particulièrement grave du fait de l'aspect étendu et complexe des lésions et par la fréquence de l'extension endo canalair et de l'atteinte neurologique par compression médullaire. Dans les pays situés en zones endémiques, 10 à 15 % des compressions médullaires opérées dans un service de neurochirurgie sont d'origine hydatique.

Chez l'enfant après les étiologies bactériennes pyogènes, l'échinococcose représente la cause la plus fréquente des compressions médullaires.

La symptomatologie est habituellement insidieuse, souvent progressive [3, 6], faite de troubles moteurs rarement sensitifs, parfois de troubles de la marche ou de troubles sphinctériens. D'autres localisations viscérales, abdominales ou thoraciques peuvent dominer le tableau clinique. Le diagnostic de cette maladie repose sur l'IRM, les coupes pondérées en T2 permettent de bien étudier l'extension locorégionale et endocanalair de l'hydatidose. L'exérèse chirurgicale reste le seul traitement efficace, le taux de récurrence est très important,

CONCLUSION : L'hydatidose costovertébrale et spinale sont des affections rares. Son diagnostic repose sur l'imagerie et en particulier l'imagerie par résonance magnétique qui représente un élément essentiel du diagnostic positif et du bilan d'extension à la moelle épinière.

La chirurgie est le traitement de choix mais non dénué de risques surtout quand l'envahissement médullaire est important. Les récurrences après chirurgie restent fréquentes.

localisation pulmonaire isolée de maladie de Wegener : difficultés diagnostiques et thérapeutiques

orateur: kherbi1972@yahoo.fr

lieu exercice orateur: HMRUC

email: kherbi1972@yahoo.fr

auteur2: DR GUITARI lieu exercice Auteur2: SCE MEDECINE INTERNE/HMRUC

auteur3: DR SELMANI lieu exercice Auteur3: SCE RADIOLOGIE/HMRUC

abstract: INTRODUCTION : La maladie de Wegener est une granulomatose disséminée et rare, elle atteint les vaisseaux de petit et de moyen calibres. L'affection, si elle est classiquement diffuse, touche avec prédilection la sphère oto-rhino-laryngologique, les poumons et les reins. D'évolution lente le plus souvent, la maladie est volontiers trompeuse et de diagnostic difficile. L'atteinte pulmonaire n'est pas constante mais fréquente, lorsqu'elle est isolée, cette forme pose d'énormes problèmes au diagnostic et au traitement.

OBSERVATION : Monsieur B M âgé de 51 ans aux antécédents d'un DNID depuis 10 ans traité, nous a été envoyé pour l'exploration d'une pleuro-pneumopathie fébrile rebelle au traitement antibiotique, annoncée 20 jours avant l'admission par une toux ramenant une expectoration blanchâtre, évoluant dans un contexte de fièvre intermittente avec des pics à 40 °C.

- La radiologie montre des opacités excavées des 02 plages pulmonaires.

- La recherche des BAAR est négative.

- Le bilan biologique retrouve un syndrome inflammatoire sévère.

- La recherche des ANCA entaient positive, confirmant l'hypothèse d'une vascularite de Wegener.

La normalité du bilan rénal, de l'examen ORL et de la TDM des sinus nous a permis d'éliminer les deux localisations les plus fréquentes de la maladie. Un traitement a été instauré à base de 03 bolus de corticoïdes à J1, J2, J3 suivie d'une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j pendant 03 mois, puis dégression. L'évolution a été favorable marquée par la disparition de la fièvre et l'amélioration de l'état général.

DISCUSSION ET CONCLUSION : Les manifestations respiratoires de la maladie de Wegener sont peu fréquentes par rapport à l'atteinte ORL et rénale, cependant leur diagnostic positif reste difficile, puisqu'elles posent souvent le problème de diagnostic différentiel avec la tuberculose pulmonaire qui est fréquente dans notre contexte.

Des nodules pulmonaires sont les lésions les plus caractéristiques de la maladie, constatés chez 40 à 66 % des patients. Ils sont uni ou bilatéraux, uniques ou multiples, excavés dans la moitié des cas, avec souvent une paroi épaisse. Leur nombre est variable, mais reste en général < 10, de même que leur taille, de 0,5 à 10 cm de diamètre.

Une bonne analyse des manifestations extra-thoraciques (ORL et rénale) ainsi que le dosage des ANCA orientent le diagnostic, qui sera confirmé par la biopsie d'un site souvent ORL ou rénal lorsque cela est possible. Le pronostic de la maladie de Wegener est conditionné par l'atteinte rénale.

particularités cliniques et évolutives des carcinomes sarcomatoïdes du poumon : à propos d'un cas

orateur: kherbi salah

lieu exercice orateur: HMRUC

email: kherbi1972@yahoo.fr

auteur2: dr othmani lieu exercice Auteur2: sce radiologie/HMRUC

auteur3: dr djerfali lieu exercice Auteur3: sce chirurgie thoracique/HMRUC

auteur4: dr madoui lieu exercice Auteur4: sce anatomopathologie/HMRUC

auteur5: dr dekoumi lieu exercice Auteur5: sce oncologie/HMRUC

abstract: INTRODUCTION : Les carcinomes sarcomatoïdes du poumon sont des tumeurs rares représentant moins de 1,5 % des can-

cers bronchopulmonaires. L'âge moyen de survenue est autour de 60 ans (hormis pour les blastomes pulmonaires, qui concernent des sujets plus jeunes). La prépondérance masculine n'est pas toujours retrouvée. Quatre-vingt-dix pour cent des malades sont fumeurs, quelques cas ont été imputés à une exposition professionnelle à l'amiante.

OBSERVATION : C'est un patient de 73 ans avec notion d'un tabagisme sévère évalué à 35 paquets/années, on ne retrouve pas une exposition professionnelle à l'amiante. Le performans status était à 3. La radiographie thoracique montrait une opacité de la région sous claviculaire du champ pulmonaire droit envahissant la paroi thoracique avec lyse de l'arc antérieur de la 4ème cote confirmée par la tomodensitométrie.

- L'obtention du diagnostic histologique a nécessité la réalisation de 03 ponctions biopsies transthoraciques et 02 chirurgies à visée diagnostique.
- Le diagnostic était celui d'un carcinome sarcomatoïde peu différencié.
- Le bilan d'extension retrouve un processus localement avancé stadifié T3N1M0.

- Un traitement oncologique a été administré à base de Gemzar + sel de platine associé à une radiothérapie palliative.

L'évolution a été marquée par l'apparition de métastases pulmonaires et hépatiques sous traitement et le décès est survenu avant la fin de la cure.

DISCUSSION : Ce cas illustre la problématique des carcinomes sarcomatoïdes du poumon. Qui bien que rare pose un véritable problème diagnostique ayant nécessité le recours à 03 biopsies trans-thoraciques et 02 chirurgies. Sur le plan thérapeutique, hormis la chirurgie l'efficacité de la chimiothérapie est hypothétique.

CONCLUSION : Les carcinomes sarcomatoïdes pulmonaires sont des tumeurs rares grevées d'un pronostic sombre. Le diagnostic est difficile à obtenir avant la chirurgie. La taille de la tumeur au moment du diagnostic et la présence d'un envahissement ganglionnaire N1 sont les principaux facteurs de mauvais pronostic.

Cancer bronchique familial: à propos de 07 cas issus de trois familles. orateur: Khodja.S

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: Souilah.S lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur3: El allia.FZ lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur4: Fissah.A lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur5: Amrane.R lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Introduction : Seuls 20 % des fumeurs auront un cancer bronchique et le risque est majoré chez les individus ayant des antécédents familiaux de cancer bronchique.

Récemment un locus de susceptibilité a été mis en évidence au niveau du chromosome 6 (6q23-25).

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons 07 cas de cancers bronchiques familiaux issus de trois familles différentes sur deux générations, pris en charge entre 2007 et 2012.

Résultats : Parmi les cas étudiés, quatre patients avaient un adénocarcinome et les trois autres un carcinome épidermoïde ; cinq patients sur sept étaient âgés de moins de 56 ans. La première famille comportait 02 frères et leur oncle paternel, la seconde famille 2 cousins germains et pour la troisième un père et son fils. La notion de tabagisme a été retrouvée chez tous les malades à raison d'un paquet par jour depuis plus de 20 ans.

Discussion : Les deux tiers des patients atteints avaient moins de 56 ans démontrant ainsi que le risque augmente pour les patients jeunes par rapport à la population générale.

La totalité des patients de notre étude avaient des carcinomes non à petites cellules, la littérature rapportant le fait que l'histoire familiale de cancer bronchique est associée à une augmentation des adénocarcinomes et des carcinomes épidermoïdes.

Conclusion : Tous les fumeurs ne développeront pas un cancer du poumon. Pour l'instant, aucun test ne permet d'évaluer au plan individuel la susceptibilité au cancer du poumon, le dépistage dans une sous population à haut risque serait bénéfique.

Prise en charge diagnostic et thérapeutique du carcinome à petites cellules (CPC) 2010-2012 au service de pneumologie de Bab el oued. orateur: Khodja.S

lieu exercice orateur: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
email: dr_fissah@yahoo.fr

auteur2: El Alia. FZ lieu exercice Auteur2: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur3: Souilah.S lieu exercice Auteur3: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur4: Fissah.A lieu exercice Auteur4: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued
auteur5: Amrane.R lieu exercice Auteur5: Service de Pneumologie, CHU de Bab el oued

abstract: Le CPC se caractérise par une symptomatologie parlante, des signes paranéoplasiques fréquents, un pronostic défavorable et une radiochémiosensibilité élevée.

Notre étude est rétrospective portant sur 37 cas CPC pris en charge au niveau du service de pneumologie de Bab el oued entre 2010 et 2012. Elle a pour objectif de décrire les caractéristiques cliniques, les modalités diagnostiques et thérapeutiques ainsi que l'évolution.

Résultats: 37 cas de CPC parmi 368 cas de cancer bronchique soit 10,3%, 33 hommes et 4 femmes dont la médiane d'âge se situe à 62 ans chez les hommes et à 72 ans chez les femmes (âges extrêmes de 42 et de 82 ans). La notion de tabagisme a été retrouvée chez tous les hommes dont 22 étaient des fumeurs actifs.

Les symptômes révélateurs étaient dans la plupart des cas une toux, une dyspnée et la douleur thoracique à un degré moindre un syndrome cave supérieur, syndrome paranéoplasique ou une hémoptysie, chez 2 malades la découverte était fortuite.

Le diagnostic a été posé dans la majorité des cas par biopsie bronchique (24 cas), l'aspect endoscopique le plus fréquent était l'infiltration bourgeonnante de la muqueuse.

Seulement 26 malades avaient un CPC localisés et avaient bénéficié d'une association chimio radiothérapie les autres étaient au stade métastatique et la décision était chimiothérapie seule.

La première évaluation de traitement avait conclu à une réponse complète ou partielle dans 72% des cas. Parmi les 22 qui ont été évalués, 9 malades sont décédés avant le traitement et les autres ne sont pas encore évalués. La médiane de survie après le début de traitement était de 8 mois (17 décès).

Exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

orateur: Kwas Hamida

lieu exercice orateur: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

email: kwassmedecine@yahoo.fr

auteur2: Zendah Ines

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur3: Elmjendel Imen

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur4: Ayari Aymen

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur5: Ghédira Habib

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

Introduction : La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est en augmentation constante par tout dans le monde. Le risque majeur de cette affection est la survenue des épisodes d'exacerbations. Ces événements aigus sont source importante de morbidités et mortalités.

But du travail : Décrire les particularités cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives des exacerbations de BPCO.

Patients et méthode : Etude rétrospective portant sur les patients hospitalisés dans notre service entre 1998 à 2008 pour exacerbation de BPCO.

Résultats : Il s'agit de 103 hommes. La moyenne d'âge était de 65,8 ans. L'intoxication tabagique est retrouvée chez 98 patients avec 46,93% des malades qui étaient des anciens fumeurs alors que 48,93% étaient des fumeurs actifs. La cause de l'exacerbation de la BPCO était une infection broncho-pulmonaire dans 83 cas, une décompensation de cardiopathie gauche dans 8 cas, un pneumothorax dans 6 cas, une tuberculose pulmonaire dans un cas et la décompensation d'un overlap syndrome dans un cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16 jours. Tous les patients sont mis sous oxygénothérapie, bronchodilatateurs et anticoagulant à visé préventif. Dans 64% des cas, une corticothérapie par voie générale est associée pendant une courte durée. La ventilation non invasive est indiquée chez 22 patients ayant une hypercapnie associée ou non à des signes d'encéphalopathie respiratoire. L'antibiothérapie est instaurée dans 80 % des cas. L'évolution est marquée par l'amélioration de l'état respiratoire chez 84 patients, l'aggravation nécessitant le transfert en réanimation chez 17 patients et le décès en milieu hospitalier chez 2 malades.

Conclusion : Les exacerbations de BPCO sont des motifs fréquents d'hospitalisation en milieu de pneumologie. Elles sont responsables de surmortalité et d'augmentation des coûts de santé. Une prise en charge adéquate de ces événements aigus peut permettre de réduire les complications graves de la maladie et d'en améliorer le pronostic.

Corps étranger endobronchique chez le sujet âgé: a propos d'un cas

orateur: Kwas Hamida

lieu exercice orateur: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

email: kwassmedecine@yahoo.fr

auteur2: Bayoudh Ayda

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur3: Zendah Ines

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur4: Habibech Sonia

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur5: Ghédira Habib

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

abstract: Corps étranger endobronchique chez le sujet âgé: a propos d'un cas

Kwas. H, Bayoudh. A, Zendah. I, Habibech. S, H. Ghedira.

Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

Introduction : L'inhalation d'un corps étranger est un phénomène assez fréquent chez le sujet âgé. Cet accident est souvent en rapport avec un mauvais état dentaire, des troubles de déglutition, l'arriération mentale, la maladie de Parkinson et la prise médicamenteuse en particulier les barbituriques.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 78 ans, aux antécédents de diabète et d'hypertension artérielle, tabagique à 100 PA, qui est hospitalisé dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë en rapport avec une pneumopathie infectieuse bilatérale. L'évolution sous antibiothérapie était défavorable sur le plan clinique et radiologique. La TDM thoracique a conclu à un aspect de pneumopathie interstitielle avec présence d'un corps étranger d'allure métallique obstruant le tronc intermédiaire. La fibroscopie bronchique a permis de visualiser le corps étranger au niveau de la lobe inférieure droite avec présence tout autour, d'une importante réaction inflammatoire bourgeonnante obstruant la bronche lobe moyenne. L'extraction de ce matériel étranger est réalisée par fibroscopie rigide avec cryothérapie. Il s'agissait d'un corps étranger de nature osseuse. L'évolution ultérieure était favorable sur le plan clinique avec nettoyage des images radiologiques.

Conclusion : L'inhalation de corps étranger est une pathologie potentiellement grave chez le sujet âgé. Elle peut avoir non seulement des conséquences ventilatoires mais également infectieuses pouvant menacer le pronostic vital. En effet, tout corps étranger doit être extrait. La bronchoscopie rigide demeure la technique de référence.

Mésothéliome pleural malin biphasique. A propos d'un cas.

orateur: Kwas Hamida

lieu exercice orateur: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

email: kwassmedecine@yahoo.fr

auteur2: Habibech Sonia

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur3: Zendah Ines

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur4: Khattab Amel

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur5: Khouja Ibtihel

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

Introduction : Le mésothéliome est une tumeur maligne primitive de la plèvre. Elle représente 20% des tumeurs malignes pleurales. Le mésothéliome biphasique est un sous type rare, formé d'une composante épithélioïde et autre sarcomatoïde. Il représente 10 à 20% des cas.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 60 ans, non tabagique, ancien fonctionnaire à la poste, qui est admis dans notre service pour une douleur thoracique droite évoluant depuis 2 mois. La radiographie thoracique a objectivé une opacité d'allure pleurale occupant tout le champ pulmonaire droit. La ponction pleurale a ramené un liquide sérohématique exsudatif à prédominance lymphocytaire. La biopsie pleurale à l'aiguille d'Abrams était négative. Le scanner thoracique a objectivé un épanchement pleural droit de grande abondance associé à un important épaississement pleural. Le patient a bénéficié d'une thoracotomie exploratrice qui a permis de découvrir des nodules au niveau du cul de sac costo médiastinal postérieur. L'examen anatomopathologique a montré la présence de deux contingents fait de cellules épithéliales malignes associé à des cellules fusiformes avec stroma fibreux collagénisé et hyalinisé. L'immunohistochimie était en faveur d'un mésothéliome malin biphasique. Le traitement a associé une radiothérapie prophylactique au niveau de l'orifice de la thoracoscopie avec une chimiothérapie. La pleuro pneumonectomie élargie est non fait à cause de l'aggravation rapide de l'état du patient.

Conclusion : Le mésothéliome pleural malin reste une tumeur de mauvais pronostic. L'amélioration de la prise en charge commence par une meilleure caractérisation histologique et l'identification de nouveaux marqueurs biologiques ainsi que la standardisation des différents protocoles thérapeutiques.

Hypertension artérielle pulmonaire idiopathique: A propos de deux cas

orateur: Kwas Hamida

lieu exercice orateur: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

email: kwassmedecine@yahoo.fr

auteur2: Bayoudh. Ayda

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur3: , Zendah. Ines

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur4: Habibech. Sonia

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

auteur5: , Khattab. Amel

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie.

Introduction : L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) idiopathique est une maladie rare. Elle est définie par l'augmentation des résistances artérielles pulmonaires évoluant souvent vers l'insuffisance cardiaque droite. L'HTAP idiopathique touche essentiellement la femme avec un de fréquence situé entre 20 et 40 ans.

Nous rapportons deux observations d'HTAP idiopathique. **Observations :** 1er cas : Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, non tabagique, qui consulte pour syncopes et une dyspnée d'effort évoluant depuis 6 mois. L'examen physique était normal. La radiographie du thorax a objectivé un gros hile gauche. L'électrocardiogramme (ECG) a montré des signes d'hypertrophie auriculaire et ventriculaire droites. L'échographie cardiaque transthoracique a trouvée une pression artérielle pulmonaire moyenne à 130 mm Hg. L'enquête étiologique était négative. La patiente est mise sous Sildénafil. A trois mois de traitement, le contrôle échographique a objectivé une baisse de la pression artérielle pulmonaire moyenne à 100 mm Hg.

2ème cas : Il s'agit d'un homme âgé de 33 ans, tabagique à 3 PA, admis pour une dyspnée d'effort évoluant depuis deux ans. L'examen physique ainsi que la radiographie du thorax étaient normales. L'ECG a montré des signes d'hypertrophie ventriculaire et auriculaire droites. La gazométrie artérielle a objectivé une hypoxémie à 58 mmHg. L'échographie cardiaque transthoracique a mis en évidence une HTAP à 66 mm Hg. Le cathétérisme cardiaque droit a confirmé la présence d'une HTAP pré-capillaire fixe avec un test de réversibilité au NO négatif. Le caractère primitif de l'HTAP est retenu après une enquête étiologique exhaustive. Le malade est mis sous Bosentan et Sildénafil avec oxygénothérapie à domicile. Une transplantation pulmonaire est actuellement proposée pour le patient.

Conclusion : L'HTAP idiopathique est une maladie grave. Elle peut conduire au décès en l'absence de traitement. Une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques à l'origine de l'HTAP est nécessaire au développement d'un traitement curatif de cette affection orpheline.

Profil de sévérité de la bronchopneumopathie chronique obstructive

orateur: Kwas Hamida

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie

email: kwassmedecine@yahoo.fr

confirmation email: kwassmedecine@yahoo.fr

Type de communication: Thématique

Type de presentation: Poster

auteur2: Zendah. Ines

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie

auteur3: Habibech. Sonia

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie

auteur4: Elmjendel. Imen

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie

auteur5: Khattab. Amel

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie I, Hôpital Abderahman Mami, Ariana. Tunisie

Introduction:

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est un pro-

blème majeur de santé publique en Tunisie. En 2020, elle sera la 3ème cause de décès dans le monde. La sévérité de cette affection est sous-estimée par les médecins et les patients.

But de l'étude : Préciser le profil de sévérité de la BPCO chez nos patients.

Patients et méthodes: Etude rétrospective colligeant 103 patients hospitalisés dans notre service pour une BPCO durant la période allant de 1998 à 2008.

Résultats: Tous nos patients étaient de sexe masculin. L'âge moyen était de 65,8 ans (60 à 70 ans). Le tabagisme actif est noté chez 95,15% des patients. Parmi ces malades, seulement 46,93% sont sevrés. Les comorbidités sont dominées par l'HTA (25 cas) et le diabète (23 cas). Le motif d'hospitalisation était une exacerbation aigue d'origine bactérienne dans 83 cas, une décompensation de cardiopathie gauche dans 8 cas, un pneumothorax dans 6 cas, une tuberculose pulmonaire dans un cas et la décompensation d'un overlap syndrome dans un cas. La Spirométrie pratiquée chez tous les patients a montré un trouble ventilatoire obstructif sévère irréversible sous salbutamol dans 55 %, modéré dans 27%, très sévère dans 16 % et léger dans 2 % des cas. L'HTAP est retrouvée dans 17 % des cas et le stade de CPC dans 14 % des cas. A la sortie de l'hôpital, tous nos patients sont mis sous traitement de fond, associé à l'oxygénothérapie à domicile dans 17 cas. L'évolution est marquée par la stabilité de l'état respiratoire dans 49 % des cas, la survenue d'autres exacerbations dans 46 % des cas, et on déplore 6 décès.

Conclusion: A travers notre étude, nous soulignons la fréquence élevée des BPCO sévères, et nous insistons sur la prise en charge adéquate de cette pathologie et l'importance de la lutte antitabac.

SUPPURATION PLEURO-PULMONAIRE A CHROMOBACTER XYLOSOXYDANS CHEZ UN SUJET IMMUNOCOMPÉTENT (A PROPOS D'UN CAS)

L. Boudjit, A. Lebib, D.Ihadadene, R. Zamoum, M.Benrouba, M. Aouadi, R.Alloula

Service de Pneumophtisiologie, EPH de Rouiba

INTRODUCTION :

Achromobacter Xylosoxidans est un bacille gram négatif (BGN) aérobie stricte oxydante rapide non fermentant, appartient à la famille alcaligenaceae, présent dans l'environnement (eau, sol, et hôpital) responsable d'infection opportuniste chez les immunodéprimés, notamment d'infections respiratoires chez les individus atteints de la mucoviscidose (pseudocactériémie) son traitement pose un grand problème et de fait de sa résistance naturelle aux antibiotiques.

CAS CLINIQUE

Nous rapportons l'observation d'un patient de 73 ans, suivi pour BPCO, traité en ambulatoire il y a quelques années pour infections respiratoires répétées, qui consulte dans un tableau d'infectieux avec altération de l'état général, un amaigrissement et une dyspnée de repos.

L'imagerie thoracique met en évidence une suppuration d'une bulle d'emphysème à droite ainsi qu'un pyopneumothorax cloisonné, controlatéral, la FNS montre une hyperleucocytose, la sérologie HIV est négative, et on ne retrouve pas de déficit de l'immunité humorale ou cellulaire. La ponction pleurale ramène du pus dont l'examen bactériologique révèle la présence de l'Achromobacter-Xylosoxidans. L'antibiothérapie adaptée à la sénilité du germe à base de ciprofloxacine associée d'Imipenem à un drainage pleurale aspiratif a permis une évolution favorable.

Ce cas illustre la possibilité d'une infection à Achromobacter Xylosoxidans d'origine communautaire, chez l'immunocompétent sans notion de mucoviscidose, par ailleurs la présentation sous forme de suppuration de bulle d'emphysème et de pyopneumothorax reste exceptionnelle.

CONCLUSION : Achromobacter Xylosoxidans BGN rare opportuniste des immunodéprimés isolés de plus de plus chez les mucoviscidoses mais il faut y penser chez les immunocompétents.

Tuberculose ganglionnaire : A propos de 185 cas

Auteur :Y.LAHCENE

UCTMR de Sidi Mbarek

La tuberculose ganglionnaire reste la localisation la plus fréquente des tuberculoses extrapulmonaires avec un taux estimé à 37.9%, son caractère paucibacillaire donne une place majeure à l'étude cytohistologique dans le diagnostic de cette entité.

Elle pose essentiellement des difficultés thérapeutiques. Nous rappor-

tons une série de 185 cas de tuberculose ganglionnaire colligée dans l'UCTMR de Sidi Mbarek sur une période de 5 ans (2008 - 2012).

L'objectif de l'étude : Évaluer Le profil épidémiologique, diagnostic et thérapeutique de la tuberculose ganglionnaire

Résultats : L'âge moyen des patients est de 32 ans (extrême d'âge : 08mois-86 ans), avec un sexratio H/F de 0.5 (66.5% de femme).

Les adénopathies sont cervicales à 79% des cas (n=147), sus claviculaires à 3.24%(n=6), axillaires à 4.86%(n=9), médiastinales à 2.7%(n=5), abdominales à 0.54%(n=1), inguinales à 1.62% (n=3), pluriganglionnaires dans 7.56% des cas.

L>IDR à la tuberculine est positive dans 55.7%des cas, négative dans 20%des cas et non faite dans 24.3%.

Le diagnostic de certitude est confirmé par la cytologie dans 62.1% des cas (115/185), par l'histologie dans 21.6% des cas (40/185), culture à la recherche du BK positive dans 2.7% (n=5), 13.5% (n=25) des adénopathies tuberculeuses sont non prouvées.

7 cas sont associés à une autre localisation (pulmonaire, pleurale, thyroïdienne, hépatique, et au niveau du cavum).

Le régime antituberculeux le plus préconisé est 2RHZ/4RH (sauf pour les cas associés à une localisation pulmonaire), La durée du traitement est de 6 mois pour 66.5% des cas, 9 mois pour 15% des cas et de 12 mois pour 13.5% des cas, taux d'abandon du traitement 4.3% et un décès. Une exérèse chirurgicale complémentaire en fin de cure est réalisée dans 13.5%.

Taux de récurrence 8.5%

Discussion et Conclusion : La tuberculose ganglionnaire reste fréquente, touche préférentiellement les femmes d'âge jeune, elle est le plus souvent de siège cervical, une IDR négative n'élimine pas le diagnostic et La cytologie reste préconisée en première intention. Son traitement n'est toujours pas codifié.

le mésothéliome pleural malin: à propos d'un cas.

orateur: Laidi. A

grade: Docteur

lieu exercice orateur: Service de pneumophtisiologie .CHU Dr Hassani AEK.SBA

email: hadoo60@yahoo.fr

auteur2: Fettel.N

lieu exercice Auteur2: Service de pneumophtisiologie .CHU Dr Hassani AEK.SBA

auteur3: Amroune.S

lieu exercice Auteur3: Service de pneumophtisiologie .CHU Dr Hassani AEK.SBA

auteur4: Taleb.A

lieu exercice Auteur4: Service de pneumophtisiologie .CHU Dr Hassani AEK.SBA

abstract: Introduction : Le Mésothéliome pleural malin est la tumeur maligne primitive de la plèvre développée à partir du tissu mésenchymateux de la plèvre, C'est une pathologie relativement rare ; elle représente 2_3% des pleurésies malignes, liée à une exposition à l'amiante, mais elle est absente dans 20_40% des cas.

Observation :

Mr S.M âgé de 58 ans, non-fumeur retraité depuis 6 ans, ancien ouvrier dans une usine de production d'amiante pendant 26 ans.et sans antécédents particuliers consulte pour une douleur basithoracique droite et une dyspnée d'effort modérée évoluant depuis 2 mois, l'examen clinique trouve chez un patient apyrétique et en bon état général un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit de moyenne abondance.

La radiographie thoracique de face montre une pleurésie droite de petite abondance et un épaississement pleural nodulaire homolatéral, dont la ponction exploratrice est revenue blanche.

La fibroscopie bronchique n'a objectivé qu'une muqueuse bronchique inflammatoire.

La TDM thoracique a objectivé un épaississement nodulaire de la plèvre droite, un syndrome de condensation broncho_ alvéolaire du segment postéro basal du lobe inférieur droit associés à des grosses adénopathies médiastinales latéro_aortique et précarinaire.

une ponction biopsie transpariétale scanno_guidée dont l'étude histopathologique des prélèvements est en faveur d'un processus carcinomateux, complétée par un immunomarquage en faveur d'un mésothéliome malin

Vu l'altération de l'état général le patient a bénéficié d'une seule cure de chimiothérapie palliative L'évolution était défavorable avec une extension tumorale à la paroi thoracique et au poumon controlatérale, la maladie est décédée 6 mois après.

Conclusion :

Les aspects médico-sociaux du Mésothéliome pleural justifient un déve-

loppement spécifique. En effet, il s'agit d'un volet important de la prise en charge médicale, le praticien
Ayant un rôle-clé dans l'information du patient sur les droits sociaux dont il peut bénéficier.

Tuberculose multifocale: gonglionnaire et cutané, à propos d'un cas

orateur: Laidi.A

grade: Docteur

lieu exercice orateur: Service de pneumophtisiologie CHU Dr HASSANI AEK ,SBA

email: hadoo60@yahoo.fr

auteur2: Fettal.N

lieu exercice Auteur2: Service de pneumophtisiologie CHU Dr HASSANI AEK ,SBA

auteur3: Abdelmalek.M

lieu exercice Auteur3: Service de pneumophtisiologie CHU Dr HASSANI AEK ,SBA

auteur4: Benamar.S

lieu exercice Auteur4: Service de pneumophtisiologie CHU Dr HASSANI AEK ,SBA

auteur5: Taleb.A

lieu exercice Auteur5: Service de pneumophtisiologie CHU Dr HASSANI AEK ,SBA

abstract: Introduction : La tuberculose extra pulmonaire peut toucher tous les organes : ganglion, os, viscères, peau ..., la localisation ganglionnaire est la plus fréquente elle est périphérique et profonde, la tuberculose cutanée est une localisation peu fréquente, et leur association est rare.

Observation :

Mme T. D âgée de 50 ans, sans antécédents pathologiques qui consulte pour une dyspnée d'effort et une asthénie évoluant depuis 05 mois. L'examen clinique trouve des multiples adénopathies cervicales bilatérales de 1-3 cm du diamètre, qui sont mobiles indolores non inflammatoires et une lésion cutanée nodulaire érythémato-violacée et non prurigineuse de siège frontal, chez une patiente apyrétique et en bon état général.

La radiographie thoraciques objective deux opacités hilaires bilatérales grossièrement ovalaires et polylobées non compressives.

La TDM thoracique a révélé des adénopathies hilaires bilatérales, de la loge de Baryté et retro carinaire.

Le bilan biologique est normal, la bascilloscopie et l'IDRT sont négatives.

Une biopsie exérèse des 02 adénopathies cervicales et de la lésion cutanée sont effectuées dont l'examen anatomopathologique a révélé la présence d'une réaction granulomateuse spécifique faite des follicules tuberculoïdes avec des foyers de nécrose caséuse.

La patiente est mise sous antituberculeux 2RHZ/4RH.

Après 02 mois de traitement l'évolution clinique est marquée la disparition de la dyspnée et de l'asthénie est radiologiquement une régression des adénopathies cervicales et médiastinales

Discussion :

La tuberculose des ganglions représente 45% des cas de tuberculose extra-pulmonaire, elle concerne surtout l'adulte jeune. Les formes cutanées de la tuberculose sont rares (1 à 2% de l'ensemble des tuberculoses), La tuberculose cutanée résulte le plus souvent d'une localisation généralisée (miliaire) ou localisée à un organe de voisinage (ganglion, os)

Conclusion : L'association des deux localisations de tuberculose extra pulmonaire est exceptionnelle mais elle existe.

titre: Pneumopathie infiltrante diffuse dans une consultation spécialisée : étude descriptive de 34 cas

orateur: L Laouar , B Larbani, K kadi, MT Makhloufi, S Nafti

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: Alger ; Algérie;

email: laouar_leila@yahoo.fr

auteur2: B.LARKANI

lieu exercice Auteur2: Alger

auteur3: K.KADI

lieu exercice Auteur3: Alger

auteur4: MT.MAKHLOUFI

lieu exercice Auteur4: Alger

auteur5: S.NAFTI

lieu exercice Auteur5: Alger

Les pneumopathies infiltrantes diffuses PID est un groupe hétérogène d'affections du tissu pulmonaire pouvant être idiopathique ou secondaire à plusieurs pathologies. La PID Demeure l'une des pathologies qui pose problème au praticien, de part son diagnostic étiologique difficile dont rend compte la multiplicité des étiologies, et le long délai de prise en charge.

Patients et Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période 2 ans au sein de l'unité de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoire

Léon Bernard d'Alger. 34 cas de pneumopathie infiltrante diffuse ont été colligés, dont le but est de décrire le profil étiologique de ses PID

Résultats //Il s'agissait de 10 Hommes et 24 femmes soit un sex-ratio de 0,42. L'âge moyen est de 59 ans (extrême de 42 à 78 ans). Un tiers des hommes était tabagique, les antécédents de maladies de système étaient retrouvés dans 3 cas. La toux représente le signe d'appel le plus fréquent (86%), puis la dyspnée (50 %); le délai entre le premier symptôme et la consultation médicale spécialisée était long d'environ 15 mois. L'examen physique retrouve des râles crépitants dans la moitié des cas, un hippocratisme digital dans 35% des cas, une atteinte cutanée chez 5 patients. L'imagerie thoracique retrouve un syndrome interstitiel isolé dans 18% des cas, associé à des adénomégalies médiastinales et hilaires dans 68% des cas, PID au stade de fibrose dans 34% des cas. A l'exploration fonctionnelle respiratoire, un syndrome restrictif (20 cas), un syndrome mixte (7 cas), et normale (7 cas). L'étiologie a été reconnue dans 11 cas : PID liée à une connectivité (7 cas), sarcoïdose (10 cas), origine médicamenteuse au Tegretol (1 cas), alvéolite allergique extrinsèque (1 cas), pneumoconiose (1 cas). Chez 14 malades soit 36% des cas, aucune étiologie n'a été retrouvée après exploration et la pneumopathie interstitielle a été classée alors idiopathique.

La corticothérapie per os et au long cours était prescrite chez 14 patients, traitement immunosuppresseur chez un malade, abstention et surveillance chez 19 patients. L'évolution a été marquée par la stabilisation de la maladie dans 5 cas, chez 6 malades l'installation de fibrose pulmonaire avec HTAP, diabète cortico induit chez deux patients, cataracte bilatérale chez un cas, et le décès d'une malade dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue.

Conclusion : La pneumopathie interstitielle qu'elle soit idiopathique ou secondaire à une autre pathologie est grave. Le risque majeur est l'installation d'une insuffisance respiratoire. La décision thérapeutique demeure une étape délicate de la prise en charge qui doit tenir compte des bénéfices attendus et des risques encourus par les thérapeutiques.

titre: Au delà des résultats du score de contrôle de l'asthme

orateur: Brahim Larbani

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: Clinique des maladies respiratoires « Djillali Larbaoui »,CHU Mustapha, Alger

email: blarbani@yahoo.fr

auteur2: Salim Nafti

lieu exercice Auteur2: Clinique des maladies respiratoires « Djillali Larbaoui »,CHU Mustapha, Alger

abstract: La stratégie initiée par le Global Initiative Asthma « GINA » en 2006 basée sur le contrôle de l'asthme a révolutionné la prise en charge de l'asthme ; il est utile d'évaluer le niveau d'adaptation de cette stratégie dans notre société, et ceci en attendant les nouvelles recommandations de la société Algérienne de pneumo-phtisiologie « SAPP ».

Cette stratégie a été adoptée au niveau de notre consultation spécialisée depuis 2008, le support utilisé est basé sur l'« Asthma Test Control » (ACT) qui consiste en cinq items à cinq réponses, rempli par le patient et vérifié par le médecin à chaque consultation, delà un score est établi. Grace à ce dernier, différents aspects sont relevés, en rapport avec la compréhension de la maladie, l'observance, le retentissement sur la vie quotidienne, la reconnaissance des symptômes et enfin une insuffisance thérapeutique. L'aspect psycho-social du patient est abordé et permettant ainsi un meilleur partenariat médecin-patient. Cette approche va permettre au médecin de mieux identifier les causes de mauvais contrôle et les éradiquer en collaboration avec le patient. L'éducation thérapeutique va permettre au patient d'identifier les symptômes pour une auto-évaluation et une prise de décision. Il s'agit d'un programme de soins adapté au patient qui conduit à l'amélioration du contrôle. Les exacerbations de l'asthme témoignent souvent d'un mauvais contrôle de la maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un moyen indispensable pour atteindre un contrôle optimal de cette maladie.

Choriocarcinome primitif pulmonaire à propos d'un cas

LEBBAZ Aziz Samir

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumophtisiologie A, CHU Beni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : A.S. LEBBAZ , A. KADI ,Y.BOUQUERRA , H. GHENDIR AOUN; S. ALI HALASSA, M. GHARNAOUT, N ZIDOUNI. Le choriocarcinome primitif pulmonaire (CPP) est une tumeur rare. C'est une tumeur trophoblastique gestationnelle parfois elle survient en de-

hors de grossesse et les lésions primitives extra-gonadiques sont rares (notamment pulmonaire). C'est une tumeur germinale caractérisée histologiquement par des cellules cytotrophoblastiques et syncytiotrophoblastiques avec à l'analyse immunohistochimique un marquage caractéristique de sous unité bêta de l'hormone gonadotrope humaine (b-HCG). Le pronostic est habituellement sombre. Son diagnostic est difficile vu le caractère non spécifique de ses signes cliniques et vu l'absence de signes radiologiques caractéristiques.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 45 ans aux antécédents médicaux de stérilité primaire (oligospermie). Il a présenté une dyspnée d'effort avec une douleur thoracique droite et une hémoptysie.

La radiographie thoracique a retrouvé une opacité apicale droite avec un épanchement pleural liquidien homolatéral de petite abondance.

La TDM thoracique est en faveur d'une masse tissulaire homogène apicale droite bien limitée de 13 x 12 cm

La fibroscopie bronchique a objectivé une muqueuse inflammatoire avec compression extrinsèque du lobaire moyen.

Le taux de b-HCG est de 2066 mUI/ml.

Le diagnostic a été porté par une biopsie transpariétale revenant en faveur d'une prolifération maligne faite de cordons et de travées cellulaires, qui sont de grande taille au noyau basophiles augmentée de taille.

pourvu de nombreuses atypies et de mitoses avec cytoplasme abondant. L'étude immunohistochimique montre une expression marquée de b-HCG des cellules tumorales.

Nous insistons à travers cette observation sur la rareté de la localisation pulmonaire des choriocarcinomes.

Le traitement est basé sur une chimiothérapie adjuvante associée à une chirurgie.

Dysembryome médiastinal postérieur et Hyperparathyroïdie a propos d'un cas

LEBBAZ. Aziz Samir.

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumophtisiologie A, CHU Beni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : A.S.LEBBAZ, Y. BOUGUERRA ; H.GHENDIR AOUN, F.BOUKHEZAR, S. ALI HALASSA ; M.GHARNAOUT, N.ZIDOUNI.

L'hyperparathyroïdie primaire se complique au cours de son évolution de calcifications extraosseuses secondaires à l'excès de sécrétion de parathormone (PTH). Ces calcifications, dites métastatiques, siègent fréquemment au niveau des poumons, du cœur, des reins et de l'estomac et évoluent, en dehors d'un diagnostic précoce et d'un traitement adéquat, vers des complications parfois très sévères.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 39 ans admise au service pour une opacité médiastinale postérieure. Aux antécédents d'HTA et d'insuffisance rénale chronique terminale depuis 8ans.

La TDM thoracique mis en évidence une formation tissulaire de 41x 28 mm au niveau de la paroi postérieure thoracique en regard de la 6ème cote dorsale dont le point de départ est osseux.

Une biopsie transpariétale scannoguidée objective un tissu osseux comblé par des travées fibreuses comportant des amas d'histiocytes sidérophagiques associés des mottes de pigment hémossidérique (granulome histiocyttaire). Le taux de parathormone est de 927.8 pg/ml (13 fois la normale). Bilan phospho-calcique normal.

Nous insistons à travers cette observation sur la rareté de la localisation médiastinale des calcifications extraosseuses secondaires à l'excès de sécrétion de parathormone. Le traitement reste étroitement lié à l'étiologie.

Spécificités du cancer bronchique primitif du sujet âgé.

orateur: Lekehal.N

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: service pneumoB.Chu Oran

email: dr.lekehal@gmail.com

Auteur2: Didouna.R

lieu exercice Auteur2: service pneumoB.Chu Oran

auteur3: Bentata.K

lieu exercice Auteur3: service pneumoB.Chu Oran

auteur4: Ziane.B

lieu exercice Auteur4: service pneumoB.Chu Oran

auteur5: Berrabah.Y

lieu exercice Auteur5: service pneumoB.Chu Oran

abstract: Le cancer bronchique primitif est le cancer le plus fréquent en incidence dans le monde. Au diagnostic plus de 50% des patients ont plus de 65ans et 30% plus de 70ans, à partir de cet âge la prise en charge thérapeutique devient plus difficile en raison des comorbidités, l'altération de l'état général et du pronostic réservé du cancer bron-

chique non opérable.

Le but de notre étude prospective type descriptive durant le premier semestre 2012 est d'établir un profil clinique et histologique du cancer bronchique primitif du sujet âgé (âge >ou =70ans).

50 patients ont été inclus, le diagnostic histologique est posé sur des biopsies faites par fibroscopie bronchique.

Tous les patients sont de sexe masculin, l'âge moyen est de 74,8ans (70-81).la consommation du tabac est en moyenne de 37,14paquets/année (16-120).seulement 5 patients (10%) sont non tabagiques. l'exposition professionnelle à un carcinogène est retrouvée chez 21(42%) patients ;tous retraités. Le motif de consultation est principalement l'Altération de l'état général (60%)ont un performance statut PS entre 3 et4) plutôt que les symptômes respiratoires. On retrouve une comorbidité chez 29((58%) patients.la masse tumorale est proximale dans 78%des cas.la répartition histologique est la suivante : carcinome épidermoïde 58%.adénocarcinome 34%.carcinome a petite cellules 08%. le tabagisme et l'exposition professionnelle restent les principaux facteurs de risque, l'âge n'en est pas un mais il compromet lourdement les choix thérapeutiques.

pneumopathie d'hypersensibilité du dentiste :à propos d'un cas.

orateur: Lekehal.N

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: service de pneumoB.Chu ORAN.

email: dr.lekehal@gmail.com

auteur2: Lekehal.N

lieu exercice Auteur2: service pneumoB.chu Oran.

auteur3: Guezza.N

lieu exercice Auteur3: service pneumo.Ehu Oran.

auteur4: Medjane.R

lieu exercice Auteur4: service medecine de travail.Ehu Oran

auteur5: Berrabah.Y

lieu exercice Auteur5: service pneumoB.chu Oran.

abstract: Les pneumopathies d'hypersensibilité (phs) ou alvéolite allergique extrinsèque (AAE) relèvent d'un mécanisme d'hypersensibilité retardée.les antigènes incriminés sont de plus en plus nombreux à être identifiés.de nombreuses professions sont exposés.

Nous rapportons le cas d'une phs chez une patiente de 55ans dentiste de profession en activité sans antécédents particuliers .chez cette patiente des symptômes d'allergie respiratoire sont constatés 6mois avant l'épisode aigue ,des antihistaminiques et bronchodilatateurs sont alors prescrit ;l'évolution est marquée par l'aggravation de la toux sèche , puis apparition d'un syndrome pseudo grippal, fièvre, toux invalidante ,sueur nocturne, et altération de l'état général ;l'auscultation pulmonaire objective des râles crépitant bilatéraux ; l'imagerie thoracique montrent de multiples condensations parenchymateuses en verre dépoli plus importantes au niveau des lobes inférieurs avec adénopathies médiastinales et hilaires infra centimétriques, vs a 146 mm deuxième heure. BK directs et en culture négatifs.

La fibroscopie bronchique avec biopsies étagées et Lavage Broncho Alvéolaire(LBA) revient en faveur d'une bronchioloalveolite interstitielle aigue avec hyper lymphocytose sup à 25%.

Le diagnostic de phs est retenue, une corticothérapie 40mg /jours pendant 6semaines est prescrite avec un arrêt de travail, une amélioration clinique manifeste est constatée très rapidement.

Cette patiente est déclarée au titre de maladie professionnelle.des prélèvements des produit utilisés ONT 2T2 effectué au niveau de son cabinet dentaire (méthacrylates, cobalt) avec étude immunologique afin d'écarter le produit responsable en prévision de la reprise de travail.

Le diagnostic de phs doit être évoqué devant toutes manifestations respiratoires récentes chez les professions exposés afin d'éviter un retard diagnostic et ainsi l'évolution vers fibrose .devant des tableaux cliniques parfois peu spécifiques le diagnostic repose le plus souvent sur le LBA.

Le syndrome de Reynolds

orateur: LOUAIL AISSA

lieu exercice orateur: SERVICE D'IMMUNOLOGIE EHU 1ER NOVEMBRE ORAN

email: louailaissa@hotmail.fr

auteur2: YUCEF BOUALI YUCEF

lieu exercice Auteur2: SERVICE D'IMMUNOLOGIE EHU 1ER NOVEMBRE ORAN

auteur3: T.TILMATINE

lieu exercice Auteur3: Service de dermatologie CHU Oran Algérie.

abstract: Le syndrome de Reynolds est une pathologie auto-immune rare décrite dès 1971 et définie par l'association d'une cirrhose biliaire

primitive (CBP) et d'une sclérodémie systémique (ScS) type CREST avec présence régulière d'auto anticorps anti centromère.

La fréquence de la sclérodémie au cours des cirrheses biliaires primitives est estimée entre 2 et 15% selon les études.

Nous rapportons ici un cas de Syndrome de Reynolds révélé par la présence de l'association exceptionnelle d'autoanticorps antinucléolaire et d'auto anticorps anti mitochondrie.

Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans présentant depuis 03 mois des signes de sclérodémie avec sclérodactylie diffuse, dysphagie et une dyspnée. Le bilan immunologique montre la présence d'autoanticorps antinucléolaire (IFI sur cellules Hep-2) qui dans ce cas confirme le diagnostic de ScS

D'autre part nous avons détecté la présence d'une fluorescence cytoplasmique sur le même substrat, qui nous a poussé à rechercher la présence d'autres autoanticorps sur triple substrat, qui révélé la présence d'autoanticorps anti mitochondrie, dont la présence nous a amené à effectuer un bilan biochimique (résultats ci-joints) qui a montré une cholestase anictérique avec augmentation de la gGT, augmentation transaminase et de la PAL confirmant le diagnostic de la CBP.

Les manifestations cutanées au cours de la cirrhose biliaire primitive doivent amener à rechercher les anticorps antinucléolaires et inversement la CBP devrait être évoquée et recherchée systématiquement en cas de ScS

Etude sur les connaissances attitudes et comportements des patients hospitalisés au chu de babel oued vis-à-vis du tabagisme

orateur: Dr Lyazidi Abdeslem

lieu exercice orateur: service d'épidémiologie CHU bab el oued

email: rafik.zed@gmail.com

auteur2: Dr Zenad Rafik

lieu exercice Auteur2: service d'épidémiologie CHU bab el oued

auteur3: Dr Belaoudemou Ramzeddine

lieu exercice Auteur3: service d'épidémiologie CHU bab el oued

auteur4: Dr Dahmoune Abdelkrim

lieu exercice Auteur4: service d'épidémiologie CHU bab el oued

auteur5: Dr Hamchaoui F

lieu exercice Auteur5: service d'épidémiologie CHU bab el oued

abstract: Introduction :Le tabagisme, véritable problème de santé publique, est au centre de l'actualité médicale, il représente l'une des principales causes de morbidité et de mortalité accessible à la prévention. Il provoque chaque année le décès de 6 millions de personnes dont 70% dans les pays en développement, l'OMS a estimé à 1.1 milliard le nombre de fumeurs .En Algérie, L'enquête TAHINA retrouve un taux de 11,22 % de fumeurs parmi une population âgée de 35 à 70 ans. Peu d'études se sont intéressées au tabagisme chez les patients hospitalisés.

Objectifs

L'Objectif principal de notre étude est d'étudier les connaissances, comportements et attitudes des patients hospitalisés vis-à-vis du tabagisme. cette enquete a permis aussi de déterminer la prévalence du tabagisme chez les patients hospitalisés et le rôle du personnel médical dans la prévention et la lutte contre le tabagisme.

Methodologie

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, par interview des patients hospitalisés, sur leurs habitudes tabagiques, l'enquête s'est déroulée du 10 au 17 juin 2012. Ont été inclus tous les patients hospitalisés au CHU durant cette période, âgés de 18 ans et plus, quelque soit leur comportement tabagique. L'équipe d'enquêteurs composée de médecins. La dépendance au tabagisme a été évaluée par du test de Fagerström

Resultats

Au total 236 patients ont été inclus, l'âge variait de 18 à 83 ans avec une moyenne de 43.2 ± 15.2 ans. Plus de la moitié des patients inclus avaient au moins une pathologie sous jacente; l'HTA (17,4%), le diabète (16,1%) ...

Sur les 236 patients interrogés: 11,7% étaient des fumeurs quotidiens au moment de l'étude , L'âge moyen d'initiation était de 20.9 ± 8.6 ans . Le nombre moyen de cigarettes fumées par jours ete de 20.2 ± 14.6

La majorité des patients interrogés (99.2%) reconnaissaient la nocivité du tabac et faisaient le lien avec certains pathologies (Le cancer du poumon, BPCO, pathologies cardiovasculaire...)

Discussion

Peu d'études se sont intéressées au tabagisme chez les patients hospitalisés rendant difficile la comparaison de nos résultats , Une étude faite à Casablanca , sur un échantillon de 200 patients a re-

trouvé que 20% de fumeurs et 23% des ex-fumeurs mais l'étude n'a concerné que les services de cardiologie et des maladies respiratoires.

La majorité des fumeurs débutent le tabagisme à un âge jeune, dans notre série ,plus de la moitié (55.8%) affirment avoir débuté le tabagisme avant l'âge de 20 ans avec une moyenne de 20.9 ± 8.6 ans, ceci rejoint les données TAHINA (19.43 ans).

Conclusion

Les connaissances sur les méfaits du tabagisme sont généralement satisfaisantes malgré certaines lacunes mais les expériences sur le terrain ont montré que la seule connaissance d'un risque, ne suffit pas à modifier un comportement. Environ 89,3% des patients fumeurs ont fait au moins une tentative de sevrage manifestant leur volonté d'arrêter de fumer; c'est dire la nécessité d'intégrer le milieu hospitalier dans la stratégie de lutte anti-tabac par des mesures locales comme l'instauration d'une consultation d'aide au sevrage tabagique.

Profil étiologique des pneumopathies infiltrantesdiffuses chroniques chez la femme :à propos de 15 cas

orateur: K. Machou

lieu exercice orateur: Service pneumologie, CHU d'Oran

email: machoupneumo@yahoo.fr

auteur2: M. Metahri

lieu exercice Auteur2: Service pneumologie, CHU d'Oran

auteur3: M.A. Bennani

lieu exercice Auteur3: Service pneumologie, CHU d'Oran

auteur4: A. Snouber

lieu exercice Auteur4: Service pneumologie, CHU d'Oran

auteur5: M. Guermaz

lieu exercice Auteur5: Service pneumologie, CHU d'Oran

abstract: Introduction :Les pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) rassemblent près de 200 entités différentes, dont certaines sont rares et beaucoup sont d'étiologie inconnue. Le diagnostic repose sur l'analyse de données épidémiologiques, clinico-biologiques, histopathologiques, fonctionnelles et surtout de la TDM thoracique haute résolution.

But :analyser les principales étiologies de PIDC et soulever les difficultés dans sa prise en charge.

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective entre janvier 2012 et Novembre 2012 incluant 15 patientes hospitalisées au service de pneumologie du CHU d'Oran , pour lesquels le diagnostic de PIDC est retenu.

Résultats : la moyenne d'âge était de 62 ans. Une exposition environnementale ou professionnelle a été retrouvée dans 3cas (tabac passif, tissage). Les symptômes initiaux étaient dominés par la toux sèche dans tous les cas et la dyspnée dans 12 cas. Le scanner thoracique a montré des signes de fibrose dans 60 %(rayon de miel ,DDB par traction ,réticulation irrégulière) et des micronodules(2cas),images linéaires(3 cas) et aspect en verre dépoli d'allure évolutive (3), adénopathies médiastinales dans 2 cas . L'exploration fonctionnelle respiratoire a révélé un syndrome restrictif chez 12 malades et obstructif chez trois autres dont deux patientes étaient au stade d'insuffisance respiratoire chronique. Le LBA a objectivé une alvéolite lymphocytaire (4 cas), à neutrophiles (8cas)et à une formule panachée (3 cas). Le bilan immunologique était positif dans 2 cas(ECA++).Les diagnostics retenus étaient une fibrose

pulmonaire idiopathique (6 cas), une sarcoïdose (5cas), une pneumopathie interstitielle non spécifique idiopathique (1cas), pneumopathie d'hypersensibilité(2cas).

Conclusion : Il est important de souligner que les pneumopathies infiltrantes

diffuses imposent une approche multidisciplinaire impliquant des cliniciens d'horizons variés, en particulier pneumologues et internistes, et des radiologues, anatomopathologistes et chirurgiens qui collaborent activement à l'établissement d'un diagnostic de certitude permettant une proposition thérapeutique adaptée.

Mélanome primitif endo-bronchique à propos d'un cas au service de pneumo-htisiologie du CHU de Tizi-Ouzou

orateur: S. Mahiouf

lieu exercice orateur: Service de pneumo-htisiologie CHU de Tizi-Ouzou

email: ms.messadi@yahoo.fr

cauteur2: M.S. Messadi.

lieu exercice Auteur2: Service de pneumo-htisiologie CHU de Tizi-Ouzou

abstract: Le mélanome malin est dans plus de 90% des cas une tumeur cutanéomuqueuse. La localisation primitive extra cutanée et en particulier, l'atteinte des voies aériennes inférieures est exceptionnelle.

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 68 ans (en 2010) hospitalisée pour prise en charge d'une atélectasie lobaire supérieure droite.

ATCDS : hypertendue sous trithérapie.

Signes fonctionnels : toux sèche + crachats hémoptoïques

L'examen clinique : Bon état général avec un syndrome de condensation de la moitié supérieure de hémithorax droit.

La chimie des urines est négative. La biologie est sans anomalies, en dehors d'une insuffisance rénale légère.

Radiographie thoracique : atélectasie lobaire supérieure droite.

TDM thoracique : image de condensation + pneumopathie interstitielle diffuse et adénopathies de la loge de Bariety.

Fibroscopie bronchique : bourgeon grisâtre obstruant totalement l'orifice de la lobaire supérieure droite. L'histologie est non concluante.

Thoracotomie + histologie de la pièce opératoire : Mélanome endobronchique + tuberculose ganglionnaire associée.

Traitement : Lobectomie lobaire supérieure droite avec chimiothérapie adjuvante après concertation avec les oncologues Patient décédé après une survie de 03 ans.

Discussion : le diagnostic histologique du mélanome malin extra cutané est habituellement aisé, dès lors que la présence de mélanine est attestée par la réaction de Fontana, en revanche, la difficulté réside pour établir sa nature primitive.

Evaluation de la prise en charge et facteurs pronostics du cancer bronchique

orateur: MT Makhloufi

lieu exercice orateur: service de pneumophtisiologie Djillali Larbaoui CHU Mustapha

email: makhloufityeb@yahoo.fr

auteur2: S Nafti

lieu exercice Auteur2: service de pneumophtisiologie Djillali Larbaoui CHU Mustapha

auteur3: et collaborateurs

lieu exercice Auteur3: service de pneumophtisiologie Djillali Larbaoui CHU Mustapha

Les facteurs pronostiques permettent de sélectionner les patients pour un traitement donné. Différents facteurs pronostiques ont pu être identifiés : cliniques sexe, âge, perte de poids, l'extension de la maladie, l'indice de performance, biologiques taux d'hémoglobine des leucocytes. LDH, calcémie, NSE, le traitement appliqué chirurgie, radiothérapie, et chimiothérapie.

Le but de notre travail est d'étudier la survie des carcinomes bronchiques classés stade IIIB et stade IV avec PS 0-1 traités par chimiothérapie exclusive dans notre service et d'en déduire les éventuels facteurs influençant cette survie.

Cette étude rétrospective porte sur 110 patients avec cancer bronchique non à petites cellules CBNPC. La médiane de survie est de 9 mois avec un intervalle de confiance à 95 % de 1,5 mois à 32 mois. La survie à 2 ans a été de 4,5%.

Matériels et méthodes du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2010: 150 patients atteints de cancers bronchiques ont été pris en charge dont 110 ont été colligés avec 95 hommes, et 15 femmes. Le staging était de 2 cas stade IIIa, 42 cas stade IIb, 66 cas stade IV, l'histologie : 44 adénocarcinomes, 30 épidermoïdes, 3 bronchiolo-alvéolaires 3 grandes cellules et 8 autres carcinomes, 7 CPC, 5 carcinomes. Le traitement : 3 patients opérés. La chimiothérapie palliative a été prescrite pour 80 patients dont 24 patients un seul régime (cisplatine + gencitabine), 4 patients par la 2ème ligne (docétaxel), 33 patients par 1ère ligne suivie de 2ème ligne, 19 patients par 1ère, 2ème, puis 3ème ligne (pemetrexed). Le nombre de cures de chimiothérapie moins de 4 cures pour 30 patients, 4 à 6 cures pour 30 plus de 6 cures pour 20 patients. Résultats : décès : 43 patients avant 9 mois, 27 patients entre 9 et 12 mois, 26 patients entre 18 mois et 24 mois, 10 perdus de vue, 4 transférés,

Apports de la Broncho fibroscopie dans le diagnostic du Carcinome Bronchique

orateur: MAREF.B

grade: Docteur

lieu exercice orateur: Service de pneumologie CHU Hassani Abdelkader SIDI BEL ABBES

email: tampneumo@voila.fr

auteur2: TALEB.A

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie CHU Hassani Abdelkader SIDI BEL ABBES

auteur3: KESSIRA.T.M

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie CHU Hassani Abdelkader SIDI BEL ABBES

auteur4: BENAMAR.S

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie CHU Hassani Abdelkader SIDI BEL ABBES

abstract: L'apport de la fibroscopie bronchique est incontestable dans l'établissement du diagnostic des cancers bronchiques,

Afin d'apprécier cet apport nous proposons une étude rétrospective des résultats de 186 examens fibroscopiques pratiqués dans le service de pneumologie de CHU de Sidi Bel Abbès

De Janvier 2009 à août 2012, 186 dossiers de cancers bronchiques primitifs, histologiquement confirmés ont été repris pour cette étude, représentant 39% des 477 bronchoscopies réalisées.

Les prélèvements effectués lors des examens fibroscopiques sont traités et interprétés au laboratoire d'anatomie pathologique du CHU Sidi Bel Abbès

Nous nous sommes proposé de déterminer la rentabilité diagnostique des prélèvements effectués sous fibroscopie bronchique dans le cadre du cancer bronchique primitif.

La moyenne d'âge des patients est de 56ans (extrêmes: 32-80 ans). Les hommes représentent 76,9 % et les femmes 23,1 %. L'intoxication tabagique a été retrouvée dans 66,6 % des cas.

L'infiltration sténosante est la lésion endoscopique la plus fréquente avec 38,1 % suivie de près par le bourgeon tumoral avec 36,5 %.

La rentabilité diagnostique de l'examen cytologique du liquide de fibroaspiration est de 61,9 % et le rendement diagnostique de la biopsie bronchique, de 68,2 %.

Le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome sont les types histologiques les plus fréquents avec respectivement 38,4 % et 21,5 %. Les carcinomes anaplasiques viennent en troisième position avec 14 %.

Prévalence des maladies allergiques de l'enfant à Oran: résultats de la phase I de l'enquête ISAAC

orateur: Métahri.M

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: service de pneumophtisiologie A CHU.Oran

email: m_metahri@yahoo.fr

auteur2: Snouber.A

lieu exercice Auteur2: service de pneumophtisiologie A CHU.Oran

auteur3: Kebbatli.S

lieu exercice Auteur3: service de pneumophtisiologie A CHU.Oran

auteur4: Bencharef.B

lieu exercice Auteur4: service d'épidémiologie CHU.Oran

auteur5: Guermaz.M

lieu exercice Auteur5: service de pneumophtisiologie A CHU.Oran

abstract: Objectif : Estimer la prévalence de l'asthme et des maladies allergiques de l'enfant scolarisé à Oran.

Méthode : Une enquête descriptive transversale basée sur le protocole de la phase I de l'enquête ISAAC (International Study Asthma and Allergies in Childhood) a été effectuée auprès d'un échantillon de 2860 élèves scolarisés âgés de 6-7 ans et 2560 élèves âgés de 13-14 ans des établissements scolaires Oranais, durant la période avril - mai 2010. Fait sur la base du questionnaire écrit traduit en Arabe, distribué aux élèves des écoles tirées au sort et rempli par les parents, L'enquête a été menée par 2 médecins

Résultats

La prévalence de l'asthme diagnostiqué était de 4,6% (6-7ans) et de 6,1% (13-14 ans), la prévalence des symptômes évocateurs (sifflement, sifflement à l'effort, toux sèche nocturne) était respectivement de 11,5%, 8,7%, 16,6% chez les enfants de 6-7ans et de 13%, 11,6%, 13% chez les adolescents de 13-14 ans. Par ailleurs, il a été noté que parmi les enfants de 6-7 ans 199 enfants (7%) avaient 2 voire 3 symptômes évocateurs d'asthme malgré qu'il ne sont pas connus comme étant asthmatiques, et parmi les adolescents de 13-14 ans 188 (7,34%) avaient 2 ou 3 symptômes évocateurs mais ne sont pas connus comme asthmatiques. La prévalence de la rhinite allergique et de la dermatite atopique a été estimée respectivement à 23% et 3% chez les enfants de 6-7 ans et de 37,3% et 4,3% chez les adolescents de 13-14 ans

Conclusion : 6,1% des adolescents de 13-14ans et 4,6% des enfants de 6-7ans ont un asthme diagnostiqué, La prévalence actuelle de l'asthme est de 11,5% (6-7ans) et de 13%(13-14ans). On note qu'environ 7% des enfants présentent une symptomatologie respiratoire évocatrice

mais ne sont pas connu comme étant asthmatiques , Cette étude suggère que l'asthme chez l'enfant est sous-diagnostiqué d'ou l'intérêt de former et sensibiliser les médecins des unités de dépistage scolaire(UDS) pour le diagnostic de l'asthme. Par ailleurs, on note la fréquence accrue des maladies allergiques de l'enfant et de l'adolescent dans notre ville notamment la rhinite allergique (37,3%)

Une analyse des facteurs environnementaux est nécessaires (phase II de l'enquête ISAAC) pouvant contribuer à expliquer cette élévation des maladies allergiques de l'enfant à Oran.

Tuberculose ganglionnaire peripherique, étude rétrospective sur 3 ans.

orateur: MEBREK. A

lieu exercice orateur: SCTMR de l'EPSP de Ouled Yaich. Blida

email: amina10_81@yahoo.fr

auteur2: GRABA. L

lieu exercice Auteur2: SCTMR de l'EPSP de Ouled Yaich. Blida

abstract: Introduction: La tuberculose ganglionnaire peripherique est la localisation la plus frequente des TEP dans notre service avec une nette predominance feminine.

Methode:Notre etude a porte sur 344 patients portant une tuberculose ganglionnaire peripherique prouvée sur une periode de 3 ans (2009 a 2011). Ces patients ont tous entame leur traitement antituberculeux au niveau de notre SCTMR ou ils ont ete suivis regulierement .

Objectifs de l'etude:Le but de notre etude est d'etudier la nature de la preuve retenue pour le diagnostic, la frequence de la fistulisation, la duree de traitement necessaire pour obtenir une guerion (criteres de guerion : disparition de l'adenopathie, persistance d'une adenopathie< 1 cm, cicatrice cheloide), et la proportion des patients chez qui une cure chirurgicale a ete realisee ainsi que le nombre de recidives apres traitement.

Conclusion: Les adenopathies peripheriques tuberculeuses sont difficile a traiter avec une prolongation tres frequente du traitement au dela de 6 mois et une difficulte au recours a la chirurgie pour une curage ganglionnaire complet.

Forme pseudo tumorale de la tuberculose pulmonaire à propos d'une observation

orateur: Medani.Yassine

lieu exercice orateur: Service de pneumologie A. CHU.Oran

email: mdnyassine@hotmail.fr

auteur2: Drissi.F.Z

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie A. CHU.Oran

auteur3: Métaht.M

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie A. CHU.Oran

auteur4: Snouber.A

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie A. CHU.Oran

auteur5: Guermez.M

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie A. CHU.Oran

abstract: Introduction: La tuberculose se présente souvent sous des aspects classiques, facile à diagnostiquer. La forme pseudo tumorale à localisation médiastinale, entité rarissime, constitue un tableau radio clinique trompeur, qui pose de vrais problèmes de diagnostic différentiel faisant discuter à priori chez le sujet âgé ; un processus néoplasique

Observation : Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 78ans présentant à la TDM une volumineuse masse médiastino pulmonaire gauche nécrosée rehaussée en périphérie d'allure néoplasique associée à des opacités macro-nodulaires et une pleurésie homolatérale évoluant depuis plus de 05 mois. La fibroscopie bronchique montrait une compression extrinsèque de la lobaire inférieure gauche , la recherche de BK dans les crachats et le liquide d'aspiration bronchique est négative. Le diagnostic de tuberculose est confirmé par biopsie trans-pariétale scanno-guidée. L'évolution sous traitement anti-bacillaire a permis une amélioration clinique et radiologique.

Conclusion : La tuberculose ne cesse de tromper le clinicien par son grand polymorphisme radio clinique, elle doit être évoquée devant toute image radiologique, même atypique n'ayant pas fait sa preuve de néoplasie. La localisation médiastinale d'allure pseudo tumorale étant exceptionnelle mais de pronostic généralement favorable.

titre: Quels sont les risques de la chirurgie du cancer bronchopulmonaire chez le sujet âgé: A propos d'une étude de 54 cas

orateur: Y.M.Medjdoub

grade: Maitre de conférence

lieu exercice orateur: Chirurgie thoracique C.H.U Mustapha

email: yacine955@live.fr

auteur2: A.Nekhla

lieu exercice Auteur2: Chirurgie thoracique C.H.U.Mustapha

auteur3: C.Bechikhi

lieu exercice Auteur3: Chirurgie thoracique C.H.U.Mustapha

auteur4: H.Chaouche

lieuexercice Auteur4: Chirurgie thoracique C.H.U.Mustapha

abstract: But : L'objectif de cette étude est de preciser les risques de la chirurgie chez les sujets âgés par rapport au pronostic de ce même risque chez les sujets plus jeunes

Methodes: Sur une période de quatre années (2004-2008) ,8% des patients opérés pour cancer bronchopulmonaire non à petites cellules avaient plus de 65 ans .

Les patients ont été opérés à ciel ouvert par thoracotomie et précédés par une exploration pré opératoire particulièrement exhaustive dans cette catégorie d'âge et comprenant systématiquement un examen cardiovaseculaire , une exploration fonctionnelle respiratoire avec scintigraphie ainsi qu'une évaluation de la fonction post opératoire prédictive pouvant parfois contre indiquer le geste chirurgical.La lobectomie a été le geste le plus souvent réalisé suivie de la bilobectomie et de la pneumonectomie . 2 patients ont bénéficié d'une thoracotomie exploratrice associée à une biopsie.

Conclusion: Bien que les resultats de la morbi-mortalité soient élevés chez les sujets âgés ces derniers doivent quand même bénéficier de la chirurgie qui permet d'obtenir de les optimiser.Cette attitude passe obligatoirement par une amélioration de la detection du stade précoce de la maladie.

masses médiastinale: à propos de 24cas.

orateur: MEHAL.N

grade: Docteur

lieu exercice orateur: service pneumologie, unité balloua, CHU Tizi Ouzou

email: mehal.naima2010@yahoo.fr

auteur2: MESSADI.MS

lieu exercice Auteur2: service pneumologie, unité balloua, CHU Tizi Ouzou

abstract: La découverte d'une masse médiastinale demeure un problème majeur du clinicien vu leurs hétérogénéités : cliniques, aspects radiologiques et étiologiques allant d'une origine banale à une cause très agressive. La démarche diagnostique va d'une simple biologie à une thoracotomie.

Le but de notre étude est d'évaluer les caractéristiques de ces masses et surtout la qualité de la prise en charge diagnostique reflétée directement par la hiérarchie des examens et les délais d'explorations

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 24dossiers de malades hospitalisés pour masses médiastinales , allant du Janvier 2009 à JUIN 2012, au service de Pneumo-phtisiologie du CHU de Tizi-Ouzou.

Résultats : elles occupent 2% des hospitalisations. Sexe ratio 3F/1H, plus de 80% de nos malades sont âgés de moins de 40ans. Chez 4cas présence d'un syndrome cave supérieur. Atteinte dominante est le médiastin antero superieur. La ponction biopsie transparietale demeure l'outil diagnostique principal, chez 03cas recour à la thoracotomie. Le délai diagnostique est en moyen 35jours. L'étiologie dominante reste les lymphomes (hodgkiniens et a grande cellules B) dans 75% des cas suivis de thymomes. Deux cas de tumeurs rares (tumeurs d'ASKIN ayant les particularités de difficultés diagnostiques et sombres pronostics). Une surprise d'une volumineuse masse se révélant par un syndrome cave supérieur dont le diagnostic fait par thoracotomie est en faveur d'un kyste thymique simple.

On déplore deux décès au cours de l'hospitalisation dont un sans étiologie diagnostique.

Conclusion : un acharnement d'exploration est satisfaisant dans notre étude mais grevé d'un délai diagnostique parfois long en raison d'absence de réunions multidisciplinaires

l'analyse cytogénétique d'une biopsie ganglionnaire lymphatique d'un patient présentant le lymphome folliculaire

orateur: S. Mellali

lieu exercice orateur: Laboratoire de Biotoxicologie, Université Djillali Liabès, Sidi Bel Abbès, Algérie

email: sara.mellali@yahoo.fr

auteur2: L. Mohamadi

lieu exercice Auteur2: Laboratoire de Biotoxicologie, Université Djillali Liabès, Sidi Bel Abbès, Algérie
 auteur3: K. Haoud
 lieu exercice Auteur3: Service de cytogénétique médicale, Faculté de médecine, Clermont-Ferrand ; France
 auteur4: S. Moulessehoull
 lieu exercice Auteur4: Laboratoire de Biotoxicologie, Université Djillali Liabès, Sidi Bel Abbès, Algérie

abstract: Les lymphomes folliculaires sont relativement fréquents : ils représentent de 20% à 30% des lymphomes non hodgkiniens. La translocation t (14;18) (q21;q32) ou l'une de ses translocations variantes, sont généralement retrouvés dans 80 % des lymphomes dits folliculaires . Au cours des dernières années, l'analyse cytogénétique a largement contribué au diagnostic, au pronostic et à la classification de différentes entités des LNH.

Nous rapportant ici le caryotype d'un patient atteint du LNH folliculaire réalisé à partir d'une biopsie ganglionnaire en raison d'une suspicion de récurrence. Dans ce but nous avons procédé à un marquage chromosomique en bande G, l'analyse cytogénétique par la méthode conventionnelle a révélé des caryotypes normaux, sans aucune anomalie chromosomique de nombre ou de structure détectable pour toutes les plaques métaphases observées.

La réalisation du caryotype conventionnelle à l'aide d'un marquage en bande G nous a fournis une meilleure identification des chromosomes et facilite la détection d'éventuel remaniement chromosomique. Cependant cette méthode conventionnelle représente une faible résolution et peut s'avérer insuffisante pour aboutir à un diagnostic, donc des examens complémentaires par des techniques de la biologie moléculaire telle que FISH est indispensables pour un bon diagnostic.

titre: AneuVysion : une nouvelle méthode pour un diagnostic prénatal rapide de la trisomie 21 et des anomalies chromosomiques fréquentes.

orateur: Sarah Mellali

lieu exercice orateur: Laboratoire de Biotoxicologie, Université Djillali Liabès, Sidi Bel Abbès, Algérie

email: sara.mellali@yahoo.fr

auteur2: L. Mohamadi

lieu exercice Auteur2: Laboratoire de Biotoxicologie, Université Djillali Liabès, Sidi Bel Abbès, Algérie

auteur3: K. Haoud

lieu exercice Auteur3: Service de cytogénétique médicale, Faculté de médecine, Clermont-Ferrand; France

auteur4: S. Moulessehoull

lieu exercice Auteur4: Laboratoire de Biotoxicologie, Université Djillali Liabès, Sidi Bel Abbès, Algérie

abstract: L'émergence de la FISH a permis des progrès diagnostiques importants et une meilleure prise en charge des patients. Cette technique est très fiable pour l'identification des anomalies de nombre et de structure de tous les chromosomes de cellules fœtales prélevées par chorioncentèse ou amniocentèse selon l'âge de la grossesse ainsi elle est devenue une méthode de référence pour établir un dépistage précoce et rapide des aneuploïdies les plus fréquentes.

Nous rapportant ici l'analyse cytogénétique par la FISH interphasique (AneuVysion Kitt) sur trois prélèvements de villosités chorales au cours de la 11ème semaine chez des femmes âgées de 41 à 45 ans sur indications du gynécologue pour "âge maternel élevé" et sur signes d'appels échographiques. Dans notre étude nous avons ciblé les pathologies numériques des autosomes 13, 18 et 21 ainsi que celles des chromosomes X et Y.

Les résultats montrent la présence d'un cas de monosomie X « Syndrome de Turner » et les autres résultats ont été équilibrés pour les chromosomes ciblés. L'interphasique sur prélèvement de villosités chorales est la technique de choix au niveau des laboratoires pour réaliser un diagnostic prénatal précoce et rapide car elle permet de rendre un résultat précis et fiable en 12 à 24 heures, mais reste une technique particulièrement onéreuse et ne détectant que des anomalies ciblées.

Traitement chirurgical du mal de Pott : A propos d'une série de 62 cas
 orateur: MERAGHNI N

grade: Docteur

lieu exercice orateur: Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Mustapha - Alger centre

email: nadhir.meraghni@gmail.com

auteur2: CHAAL L

lieu exercice Auteur2: Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Mustapha - Alger centre

auteur3: BENKAIDALI R

lieu exercice Auteur3: Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Mustapha - Alger centre

auteur4: KHAL M

lieu exercice Auteur4: Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Mustapha - Alger centre

auteur5: NOUAR M

lieu exercice Auteur5: Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Mustapha - Alger centre

abstract: Introduction:

Il s'agit d'une étude rétrospective de 62 cas de maux de Pott traités chirurgicalement dans le service.

Objectif:

Déterminer la place du traitement chirurgical dans le traitement de la spondylodiscite tuberculeuse.

Matériels et méthodes:

Il s'agit de 62 cas traités dans le service de janvier 1998 à mars 2012.

L'âge moyen des patients était de 35 ans.

La localisation était cervicale (1 cas), thoracique (30 cas), lombaire (15 cas), charnière thoraco-lombaire (16 cas).

Clinique : La majorité des patients présentaient des troubles neurologiques incomplets sauf dans deux cas (Frankel A).

Radiologie : L'atteinte osseuse était le plus souvent importante atteignant le corps vertébral et le disque intervertébral, affectant les 2 colonnes antérieure et moyenne, facteur d'instabilité.

L'intervention a été réalisée après une chimiothérapie anti-tuberculeuse de 21 jours en moyenne.

Pour la chirurgie par voie antérieure, l'intervention consistait en un drainage de l'abcès associé à une greffe seule (11 cas) ou complété par une ostéosynthèse (21 cas).

Pour la chirurgie par voie postérieure, l'intervention consistait en une décompression associée à une ostéosynthèse.

Résultats:

Parmi les complications, nous rapportons :

- 2 décès.

- 10 infections de paroi.

Sur le plan neurologique, tous les malades ont eu une amélioration de leurs troubles neurologiques, sauf dans 2 cas (Frankel A).

Sur le plan radiologique, tous les cas opérés par voie antérieure associée à une greffe, la fusion osseuse a été obtenue.

Conclusion:

La tuberculose osseuse reste fréquente en Algérie, son traitement reste médical (12 mois de chimiothérapie anti-tuberculeuse)

Le traitement chirurgical est indiqué lors d'apparition de troubles neurologiques, l'existence de volumineux abcès et de destruction osseuse importante, source d'instabilité.

Hygiène et désinfection chez le sujet âgé insuffisant respiratoire traité à domicile

orateur: MERATI.M (1)

grade: Docteur

lieu exercice orateur: Oran 15 rue des Invalides médiouni

email: mimerati@hotmail.com

auteur2: BENOURAD.D (2)

lieu exercice Auteur2: Mostaganem 6 ilot A7 Kharouba

auteur3: SAHRAOUI.K (3)

lieu exercice Auteur3: Oran CHU service de pneumologie

auteur4: JEANNIN (4)

lieu exercice Auteur4: Dijon rue de Cromois

abstract: Introduction :

Les maladies infectieuses représentent la 3ème cause de mortalité après 65 ans, le déficit lié à l'âge, les pathologies sous-jacentes fréquentes favorisent les infections. Alizé de Bourgogne un service d'assistance respiratoire à domicile (SARD) assure le suivi de plus de 2000 patients dont 68% sont âgés de plus de 65 ans. Le suivi est assuré par des techniciens et des infirmières. Une réflexion a été élaborée, mise en œuvre pour réduire le risque d'infection; ce sont les bonnes pratiques d'hygiène et de désinfection.

Protection du personnel :

Vaccination afin de le protéger du risque infectieux.

Respect du code du travail et de la santé publique.

Formation et information du personnel sur le risque encourus.

La protection du risque infectieux en cas d'accident avec l'apprentissage des gestes d'urgence.

Moyens et technique :

Lavage des mains systématique avant chaque geste propre et après chaque geste sale.

Utiliser un savon liquide ou simple et s'essuyer les mains avec du papier

jetable. Port de vêtements destinés à protéger le personnel, le malade et son entourage.

Entretien des locaux : Séparer le matériel propre du sale afin d'éviter de les contaminer.

Séparer les lieux de lavage, de désinfection, des lieux de séchage, de stockage et de préparation du matériel et consommables destinés aux patients.

Entretien des véhicules de transport de matériel : Les mêmes réflexions s'appliquent pendant le transport, séparer à l'intérieur du véhicule le matériel propre du sale, disposer de lingettes désinfectantes nettoyage régulier du véhicule.

Conclusion : La personne âgée présente un haut risque infectieux du fait du déficit immunitaire lié à l'âge et aux co-morbidités, la mortalité augmente après 65 ans. Les règles d'hygiène et de désinfection instaurées par les SARD permettent de réduire le risque des transmissions manu portées, aéroportées et par le matériel, les véhicules et locaux utilisés.

hypersensibilite cutanee aux antituberculeux : a propos de 2 cas

orateur: Merghache Assya

grade: Docteur

lieu exercice orateur: service pneumologie CHU Tlemcen

email: merghacheassya@yahoo.fr

auteur2: M.Benmansour

lieu exercice Auteur2: service pneumologie CHU Tlemcen

auteur3: F.Bouddour

lieu exercice Auteur3: service pneumologie CHU Tlemcen

auteur4: M.Benghera

lieu exercice Auteur4: service pneumologie CHU Tlemcen

auteur5: M.Hadjadj aoul

lieu exercice Auteur5: service pneumologie CHU Tlemcen

INTRODUCTION : Les réactions d'hypersensibilité cutanée aux antituberculeux sont relativement rares, survenant dans 4 à 5 % des cas. Ces réactions nécessitent généralement la cessation et la modification du traitement.

OBSERVATIONS : Nous rapportons 2 observations d'hypersensibilité cutanée aux antituberculeux. Le premier cas d'une jeune fille de 16ans, chez qui la rifampicine, l'isoniazide, l'éthambutol et la pyrazinamide étaient administrés pour tuberculose pulmonaire bacillifère bilatérale. 12 heures après la première prise médicamenteuse, un prurit est apparu suivi par une éruption cutanée généralisée prurigineuse. La biologie montrait une anémie hypochrome microcytaire et une hyper éosinophilie. La patiente était mise sous antihistaminiques et soins locaux. Les anti bacillaires étaient arrêtés pendant 3 semaines avec guérison spontanée des lésions. Leur réintroduction progressive était effectuée. Une récurrence était constatée pour la rifampicine. Elle était substituée par la streptomycine. Vue l'étendue des lésions, la malade a été mise sous schéma 2 mois SIEZ puis 7 mois IE. L'évolution sur 9 mois était satisfaisante. Le deuxième cas concerne une femme de 38 ans présentant une tuberculose ganglionnaire. Un traitement avec la rifampicine, l'isoniazide et la pyrazinamide a été prescrit. Quinze jours après, la patiente développait une urticaire généralisée. Le traitement a été interrompu et la patiente a été hospitalisée pour évaluation. L'examen cutané révélait des lésions maculo papuleuses prurigineuses disséminés au niveau du tronc, des membres et le visage. La patiente était mise sous antihistaminiques. Les anti bacillaires étaient arrêtés pendant 1 semaine avec disparition des lésions. L'épreuve d'identification montrait une hypersensibilité à tous les antituberculeux. La malade avait bénéficié d'une désensibilisation aux anti bacillaires en introduisant les médicaments antituberculeux à doses progressives avec une corticothérapie. Le régime thérapeutique était 2 mois RZE et 7 mois RE. L'évolution était favorable.

DISCUSSION : Les réactions d'hypersensibilité aux antituberculeux sont rares. Les complications cutanées peuvent être banales transitoires. Des réactions allergiques, plus dangereuses, peuvent également survenir. Il faut alors arrêter tout le traitement jusqu'à disparition de la réaction, identifier le ou les médicaments responsables. On doit éliminer le médicament coupable d'allergie, le substituer par un autre anti bacillaire c'est le cas de la première patiente ou bien tenter une désensibilisation orale progressive c'est le cas de la deuxième patiente.

CONCLUSION: La tuberculose est une maladie infectieuse devenue aujourd'hui curable moyennant un traitement médicamenteux bien conduit. Si l'efficacité des médicaments actuellement disponibles est indéniable, leur mauvaise tolérance constitue souvent la rançon de leur succès thérapeutique.

Complication respiratoire inattendue chez une femme agee presentant une tuberculose pulmonaire.

orateur: Merghache Assya

grade: Docteur

lieu exercice orateur: service pneumologie CHU Tlemcen

email: merghacheassya@yahoo.fr

auteur2: M.Benghera

lieu exercice Auteur2: service pneumologie CHU Tlemcen

auteur3: Y.Bennaceur

lieu exercice Auteur3: service pneumologie CHU Tlemcen

auteur4: A.Mansouri

lieu exercice Auteur4: service pneumologie CHU Tlemcen

auteur5: M.Benmansour

lieu exercice Auteur5: service pneumologie CHU Tlemcen

INTRODUCTION : La tuberculose pulmonaire reste un problème majeur de santé publique en Algérie, touchant essentiellement les sujets jeunes. Chez le sujet âgé, le diagnostic doit être évoqué même en présence de symptômes non spécifiques.

OBSERVATION : Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 78 ans qui présentait une atelectasie aigue suite à une hémoptysie compliquant une tuberculose pulmonaire .Il s'agissait d'une patiente, hypertendue, non vaccinée qui était hospitalisée pour une hémoptysie de moyenne abondance. Le début remontait à 06 mois marqué par une toux sèche, douleur thoracique, asthénie et amaigrissement puis l'apparition de l'hémoptysie. L'examen physique retrouvait une patiente en état général moyen, apyrétique, avec des râles crépitants basaux droits. Télé thorax de face objectivait une opacité para cardiaque droite. Biologie montrait une anémie normocytaire hypochrome et une hyperglycémie. 6 BKD revenaient négatifs. IDRT était négative. Au cours de son séjour, la malade présentait une dyspnée d'installation brutale. Un telethorax de face a été fait objectivant une atelectasie totale du poumon droit. Une fibroscopie bronchique a été réalisée révélant un caillot de sang brunâtre obstruant totalement la bronche souche droite .Après instillation SSI et aspiration du caillot ,la muqueuse était inflammatoire saignant au moindre contact.BKdans le liquide d'aspiration bronchique revenait positif.Telethorax de face de contrôle révélait un nettoyage radiologique avec absence de trouble de ventilation. La TDM thoracique montrait une condensation type alvéolaire para cardiaque. La malade était mise sous traitement antituberculeux. On notait une bonne évolution clinique, radiologique et bactériologique.

DISCUSSION : Dans la population gériatrique, la présentation clinique et radiologique de la tuberculose pulmonaire peut être atypique (atteinte des lobes inférieurs, ...) ou non spécifique et retarder le diagnostic .Les complications liées à la tuberculose sont les mêmes que chez le sujet jeune, à savoir l'hémoptysie, et le pyopneumothorax. C'est le cas de notre patiente qui a présenté une hémoptysie de moyenne abondance compliquée d'une atelectasie totale du poumon droit par un caillot de sang. Cependant La mortalité chez les personnes âgées est globalement élevée.

CONCLUSION : La tuberculose du sujet âgé est particulière par son diagnostic difficile et tardif lié à des présentations cliniques et radiologiques peu spécifiques.

Spondylodiscite tuberculeuse (mal de pott) à propos de 05 cas.

orateur: Marouani. A

grade: Maitre-assistant

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Moumeni. A

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

abstract: Introduction :

L'atteinte du rachis est la plus fréquente des ostéo- arthrites tuberculeuses. Le mal de pott est une spondylodiscite tuberculeuse, elle est souvent associée à une atteinte vertébrale et des abcès froids qui peuvent fuser le long des gaines à distance du foyer initial, la complication majeure en est la compression médullaire

Objectif :

Déterminer les aspects : clinique, épidémiologique et l'évolution sous traitement du mal de pott.

Matériel et Méthode :

Nous rapportons 03 cas de malades hospitalisés au niveau du service de pneumo-ptisiologie (CHU de Sétif)

Résultats :

- Il s'agit de 05 femmes dont l'âge moyen est de 38 ans.
 - Le syndrome phthisiogène est noté chez toutes les patientes.
 - L'examen de l'appareil locomoteur révèle une limitation des mouvements avec douleur des épineuses chez 03 malades.
 - L'examen neurologique objective un syndrome pyramidal droit chez 02 patientes.
 - L'examen des aires ganglionnaires montre des adénopathies périphériques chez une malade.
 - La radiographie du thorax montre : un foyer parenchymateux chez toute les malades.
 - La radiographie du rachis dorsal objective une scoliose dorsale avec un pincement de l'espace intervertébral D8-D9 chez 02 patientes.
 - La TDM thoracique détecte en plus des lésions rachidiennes, des abcès épiduraux chez 04 malades.
 - L'IDR à la tuberculine est positive dans tous les cas.
 - Les bacilloscopies des crachats : positives dans 04 cas
 - La ponction de l'abcès froid avec étude bactériologique est réalisée chez 03
 Malades (examen direct et culture de BK, positif).
 - Le traitement anti tuberculeux est instauré chez toutes les patientes.
 - L'évolution est favorable chez 03 de nos malades avec des complications neurologiques chez deux autres.
Conclusion :
 La spondylodiscite tuberculeuse est la plus fréquente des localisations ostéo-articulaires, le diagnostic doit être précoce ainsi que le traitement car le pronostic fonctionnel est le plus souvent mis en jeu.

Profil clinique et étiologique des pleurésies hémorragiques : à propos de 20 malades

orateur: Marouani. A
 grade: Maître-assistant
 lieu exercice orateur: CHU de Sétif
 email: hakmoumeni@yahoo.fr
 auteur2: Moumeni. A
 lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif
 abstract: INTRODUCTION :
 La pleurésie hémorragique est caractérisée par l'aspect rosé ou franchement rouge du liquide pleural, contenant un grand nombre d'hématies plus ou moins lysées. L'incoagulabilité du liquide est la règle, les étiologies sont le plus souvent dominées par la pathologie néoplasique et tuberculose.
MATERIELS ET METHODES :
 Nous avons colligés 20 cas de pleurésies hémorragiques, hospitalisés durant la période 2006-2012. Il s'agit de 16 hommes et 04 femmes avec une moyenne d'âge de 42 ans.
 Le délai moyen de diagnostic est de 02 mois. La symptomatologie clinique est dominée par la douleur thoracique, la dyspnée et la toux sèche pénible.
 La radiographie du thorax réalisée chez tous nos patients objective une pleurésie de grande abondance chez 08 patients, de moyenne abondance chez 06 et enkystée chez 06 autres.
 La TDM thoracique est pratiquée chez 15 patients, objectivant en plus de l'épanchement liquidien, des plaques et des calcifications pleurales chez 04 patients, un processus tumoral pulmonaire chez 05, une condensation parenchymateuse chez 02 et un infiltrat micro nodulaires chez 03 autres.
 Le diagnostic étiologique est confirmé par la biopsie pleurale dans 15 cas et par la thoracoscopie (étude histologique et immuno-histochimique) chez 05 patients.
RESULTATS :
 Les étiologies sont dominées par des pleurésies métastatiques chez 10 malades, tuberculeuses chez 05 et un mésothéliome pleural chez 05 autres.
CONCLUSION :
 Les pleurésies hémorragiques restent le plus souvent d'origine maligne avec un pronostic redoutable, mais la pleurésie hémorragique d'origine tuberculeuse existe toujours dont il faut y penser.

Le mesotheliome pleural malin : à propos des 05 malades

orateur: Marouani. A
 grade: Maître-assistant
 lieu exercice orateur: CHU de Sétif
 email: hakmoumeni@yahoo.fr
 auteur2: Moumeni. A
 lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif
 abstract: INTRODUCTION :
 Le mésothéliome pleural malin (MPM) est une tumeur agressive rare. Son incidence augmente fortement dans le monde, liée à une utilisation massive d'amiante depuis plusieurs décennies, son facteur étiologique principal, dont la recherche d'une exposition doit être systématique devant toute suspicion ou confirmation de MPM.
MATERIELS ET METHODES :
 Nous vous rapportons 05 dossiers de malades colligés au service de pneumologie, durant la période allant de 2006-2010.
 Il s'agit exclusivement de 05 hommes, dont l'âge moyen est de 58 ans. Tous nos malades sont fumeurs, l'exposition à l'amiante est retrouvée dans les 05 cas. La symptomatologie est dominée par la douleur thoracique atroce et la dyspnée d'effort. L'examen physique objective, un syndrome d'épanchement pleural liquidien dans tous les cas, une extension pariétale sous forme d'une masse pariétale douloureuse est notée dans 02 cas. La radiographie et la TDM thoracique montrent : une pleurésie chez tous les malades, un épaississement pleural mamelonné dans 03 cas, un foyer parenchymateux dans un autre et des adénopathies médiastinales dans deux malades. L'endoscopie bronchique est normale chez tous les patients.
 Le diagnostic est confirmé par biopsie pleurale (étude anatomo-pathologique et immuno-histochimie) dans un cas, une biopsie trans-pariétale de la plèvre dans un cas et une biopsie chirurgicale après thoracoscopie dans trois autres.
 Le traitement est basé sur la chimiothérapie à base de cisplatine –pemetrexed dans trois cas, une pleurodèse dans un cas, la radiothérapie palliative est indiquée chez trois malades, mais réalisée uniquement chez un malade. Le dernier malade a reçu uniquement un traitement symptomatique. Le pronostic est péjoratif dans tous les cas avec une moyenne de survie de 04 à 10 mois.
CONCLUSION : -Le mésothéliome pleural malin (MPM) est une tumeur agressive, rare, mais d'incidence croissante dont l'exposition à l'amiante est le principal facteur de risque. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire (pneumologue, chirurgien thoracique, chimiothérapeute et radiothérapeute)
 -Le pronostic reste sombre malgré le développement et le perfectionnement des avancées thérapeutiques diversifiées.

Melanome endobronchique : à propos d'une observation exceptionnelle

orateur: Marouani. A
 grade: Maître-assistant
 lieu exercice orateur: CHU de Sétif
 email: hakmoumeni@yahoo.fr
 auteur2: Moumeni. A
 lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif
 abstract: INTRODUCTION :
 Le mélanome malin est une tumeur fréquente à un pouvoir métastatique vulnérable. Les métastases pulmonaires du mélanome sont généralement parenchymateuses, cependant la localisation endobronchique reste très rare et pose un problème de son origine primitive ou secondaire.
OBSERVATION :
 Nous rapportons le cas de la patiente G .L., âgée de 38 ans, non fumeuse, opérée sur une tumeur étiquetée bénigne du cuir chevelu Il y a trois ans, admise au service de pneumo-phthisiologie (CHU de Sétif) pour une douleur thoracique et des épisodes d'hémoptysies récidivantes
 L'examen physique trouve une malade en état général conservé, des macules hyper pigmentées au niveau de la joue et la partie supérieure du thorax.
 La radiographie du thorax complétée d'une TDM thoracique objectivent, une masse de densité tissulaire, hétérogène lobaire inférieure droite, associée à des lésions nodulaires diffuses. La fibroscopie bronchique objective un bourgeon, au niveau de la pyramide basale droite, l'étude anatomo-pathologique du bourgeon conclue à une localisation bronchique du mélanome. Une relecture de la tumeur du cuir chevelu est

demandée, confirmant sa nature maligne initialement considérée comme une tumeur bénigne.

La malade a bénéficié également d'autres explorations à la recherche d'autres localisations secondaires.

Au terme de ce bilan la malade est orientée au centre anticancéreux pour une éventuelle radio-chimiothérapie.

CONCLUSION

Le poumon est le site métastatique classique des tumeurs extra thoraciques, cependant les métastases endobronchiques sont des localisations secondaires exceptionnelles. La distinction entre métastase endobronchique et tumeur primitive s'avère très difficile parfois et le pronostic du mélanome pulmonaire reste sombre malgré les progrès de la radio chimiothérapie.

Les tumeurs thymiques : à propos de 04 malades

orateur: Marouani. A

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Moumeni. A

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

abstract: Introduction : Les tumeurs thymiques regroupent 20% des tumeurs médiastinales

Elles représentent un ensemble hétérogène de tumeurs situées au sein de la loge thymique

Objectif : étudier les aspects cliniques, radiologiques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques des tumeurs thymiques

Méthode et matériel : étude rétrospective portant sur 04 dossiers de malades hospitalisés au niveau du service de pneumo phtisiologie (CHU de Sétif

Résultats :

- Il s'agit de 04 patients : 02 femmes et 02 hommes
- L'âge moyen est de 38 ans
- La symptomatologie respiratoire est dominée par : la douleur thoracique et la dyspnée
- La myasthénie est rapportée chez un malade
- Un syndrome VCS noté chez deux malades
- La radiographie thoracique montre une opacité du médiastin antéro-supérieur chez les quatre malades
- La TDM thoracique réalisée chez tous les patients objective, en plus de la masse médiastinale, un envahissement des gros vaisseaux pulmonaires et du péricarde dans deux cas
- Tous nos malades ont bénéficié d'une fibroscopie bronchique qui s'est révélée normale.

- Le diagnostic histologique est obtenu par biopsie trans- pariétale dans 03 cas et une biopsie chirurgicale dans 01 cas

- L'étude anatomopathologique et l'immuno- marquage confirment le diagnostic des tumeurs lympho-épithéliales.

- Le traitement chirurgical n'a concerné qu'un seul malade.

La chimiothérapie néo- adjuvante est préconisée chez 02 malades.

Deux malades ont bénéficié de la radiothérapie.

-L'évolution est favorable pour un malades et défavorable pour deux autres.

Un malade est décédé.

Conclusion : les tumeurs thymiques sont les plus fréquentes des tumeurs médiastinales. Leur pronostic reste lié à la précocité du diagnostic du stade de la maladie du type histologique et de l'engagement thérapeutique polyvalent.

Les corps étrangers endo-bronchiques : à propos de 07 cas

orateur: Marouani. A

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Moumeni. A

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

abstract: INTRODUCTION :

L'inhalation de corps étranger est un accident rare chez l'adulte mais potentiellement grave, car elle peut engager le pronostic vital, en immédiat et entraîner des séquelles pulmonaires importantes, à long terme.

MATERIELS ET METHODES :

Nous rapportons 07 cas de malades, adultes, victimes d'inhalation accidentelle de corps étrangers endo-bronchiques, colligés au service de

pneumo-phtisiologie (CHU de Sétif) durant la période 2007-2011. Il s'agit exclusivement, de 07 femmes dont l'âge moyen est de 24 ans.

Le délai moyen de consultation est de deux jours, le motif de consultation est dominé par le syndrome de pénétration chez 03 patientes, une toux sèche incessante chez 03 et une hémoptysie minime chez une autre.

L'examen clinique est normal chez toutes les femmes.

La radiographie du thorax objective : un corps étranger radio-opaque (épingle à foulard) chez 07 patientes et une atélectasie chez une autre. Une endoscopie bronchique est réalisée chez toutes les malades montrant l'épingle à foulard au niveau de la bronche principale gauche chez 02 patientes, la pyramide basale droite chez 03 autres, au niveau de la pyramide basale gauche chez 02 et au niveau de la bronche lobaire moyenne chez une patiente.

L'extraction du corps étranger est réalisée chez 06 femmes par le bronchofibroscope souple et une patiente a subi une sanction chirurgicale.

CONCLUSION :

L'inhalation des corps étrangers représente un accident peu fréquent chez l'adulte, mais elle peut mettre en jeu le pronostic vital du patient ou être à l'origine de séquelles broncho-pulmonaires graves.

L'endoscopie bronchique reste un moyen important pour leur extraction.

titre: Le syndrome de Pancoast-Tobias : à propos de 15 cas

orateur: Moumeni. A

grade: Professeur

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Marouani. A

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

abstract: Introduction :

Le syndrome de Pancoast-Tobias est défini par l'association d'une tumeur de l'apex pulmonaire, une lyse costale ou vertébrale et d'un syndrome de Claude Bernard Horner

Objectif de l'étude :

Etudier le profil épidémiologique, clinique et évolutif des malades présentant un syndrome de Pancoast-Tobias.

MATERIELS ET METHODES :

Etude rétrospective de 15 dossiers colligés au service de pneumologie (CHU de Sétif), durant la période 2006 -2012. Il s'agit exclusivement de 15 hommes dont l'âge moyen est de 62 ans, le tabagisme est retrouvé chez tous les patients. La symptomatologie initiale est dominée par la douleur thoracique chez les 15 patients, des névralgies cervico-brachiales chez 10 autres.

Dix patients ont consulté chez plusieurs médecins (généralistes, pneumologues et neurologues) et ont bénéficié d'un traitement antalgique.

Le délai moyen entre le début des symptômes et l'hospitalisation est de 5 mois. Tous nos malades ont Bénéficié d'une radiographie du thorax ainsi qu'une TDM thoracique objectivant une masse apicale avec lyse costale chez 10 patients, une lyse vertébrale chez 05 autres, une pleurésie dans 05 cas et un envahissement médiastinal dans 04 cas.

L'endoscopie bronchique objective un bourgeon endobronchique dans 04 cas et une sténose dans 06 autres. Le diagnostic histologique a été confirmé par biopsie trans-pariétale chez 10 malades, biopsie bronchique chez 03, et par biopsie pleurale chez deux autres.

Le type histologique est dominé par le cancer épidermoïde dans 12 cas, adénocarcinome dans 02 cas et le cancer à grandes cellules chez un malade. 11 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie, 05 patients d'une radiothérapie et 04 autres uniquement de soins palliatifs.

CONCLUSION : Les tumeurs de l'apex pulmonaire constituent une entité rare et hétérogène, certes, mais le diagnostic étiologique reste tardif posant souvent un retard dans la prise en charge thérapeutique engageant un pronostic sombre et mortel.

Kyste hydatique du médiastin postérieur avec lyse vertébrale : à propos d'un cas

orateur: Marouani. A

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: Hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Bougharnout. K

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

auteur3: Moumeni. A

lieu exercice Auteur3: CHU de Sétif

abstract: INTRODUCTION :

Le kyste hydatique médiastinal est extrêmement rare, même en pays d'endémie hydatique, Il se manifeste généralement par une masse médiastinale et pose un véritable problème de diagnostic étiologique. Il représente selon la littérature 0,1-0,5% des localisations hydatiques et 4% des masses médiastinales.

OBSERVATION : Nous rapportons le cas du patient A.M âgé de 28ans, ex fumeur 4PA, sans profession et sans ATCD pathologique particulier. Admis pour l'exploration d'une opacité para vertébrale suspecte de malignité. La symptomatologie est dominée par la douleur thoracique.

Une radiographie du thorax ainsi qu'une TDM thoracique sont demandées chez ce patient, objectivant la présence d'une masse de densité hétérogène médiastinale postérieure associée à une lyse vertébrale en regard.

Une IRM thoracique est demandée afin d'apprécier l'envahissement canalaire. Une fibroscopie bronchique est sans anomalies, une échographie abdominale révèle une formation kystique au niveau du dôme hépatique et la sérologie hydatique est fortement positive. Enfin une biopsie trans-pariétale est réalisée confirmant la présence de membranes hydatiques. Le malade est confié au service de chirurgie thoracique pour une éventuelle cure chirurgicale.

CONCLUSION : Le kyste hydatique médiastinal est une affection très rare posant le plus souvent un problème de diagnostic différentiel.

L'imagerie thoracique permet une meilleure précision topographique et une étude des rapports de cette image avec les structures avoisinantes. Son diagnostic étiologique reste subordonné à une thoracotomie à visée diagnostique et thérapeutique.

Kyste bronchogénique pulmonaire: à propos d'une observation

orateur: Marouani. A

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: Hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Belleouz. Y

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

auteur3: Moumeni. A

lieu exercice Auteur3: CHU de Sétif

abstract: INTRODUCTION :

Le kyste bronchogénique pulmonaire résulte du développement autonome d'un bourgeon détaché de l'arbre bronchique lors de son développement.

Les kystes broncho géniques sont des dysembryomes kystiques qui s'intègrent dans le spectre des malformations broncho-pulmonaires.

OBSERVATION :

Nous rapportons le cas de la patiente R.H, âgée de 44 ans, sans profession et sans aucun ATCD pathologique particulier.

Sa symptomatologie respiratoire est dominée par une douleur thoracique, une toux sèche et une dyspnée d'effort avec un état général très conservé.

La radiographie du thorax objective une opacité para-cardiaque droite, bien limitée.

LA TDM Thoracique confirme l'existence d'une masse de densité liquidienne lobaire inférieure droite

Devant cette image radiologique, le diagnostic du kyste hydatique du poumon est très probable, mais l'échographie abdominale et la sérologie hydatique sont normales.

Après avoir complété le bilan préopératoire (TDM cérébrale, une spirométrie et...) la malade est confiée au chirurgien thoracique, l'approche chirurgicale est une thoracotomie postéro-latérale droite et l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à un kyste broncho génique. Les suites opératoires de la patiente étaient bonnes. Aucune récurrence n'est objectivée.

CONCLUSION :Le kyste bronchogénique du poumon est une affection rare, le tableau radio-clinique est souvent polymorphe posant un problème de diagnostic différentiel.

En l'absence de toute contre-indication, le diagnostic et le traitement restent pour toujours, un traitement chirurgical.

titre: Hydatidose thoracique multiple à propos de 05 cas

orateur: Marouani. A

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Belleouz. Y

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

auteur3: Moumeni. A

lieu exercice Auteur3: CHU de Sétif

abstract: Introduction :

L'hydatidose est une infection parasitaire accidentelle de l'homme, due au *tænia échinococcus granulosus*. Les localisations thoraciques sont dominées par l'atteinte pulmonaire et la prise en charge doit être précoce afin d'éviter la survenue de complications fatales.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons 05 cas de kystes hydatiques thoraciques colligés au service de pneumologie (CHU de Sétif). Il s'agit de 4 hommes et une femme dont l'âge moyen est de 27ans. L'origine rurale est retrouvée chez 03 patients. Le tableau clinique est dominé par la douleur thoracique dans 03 cas, une toux dans 02 cas, hémoptysie minime dans 02 cas et une vomique salée dans deux autres. L'état général est conservé chez les 05 patients. La radiographie du thorax révèle une image excavée chez deux malades, lâcher de ballon chez un malade et un épanchement mixte chez deux autres. La TDM thoracique a mis en évidence de multiples kystes hydatiques non rompus chez deux malades, un kyste remanié chez trois malades et un épanchement mixte (KHP rompu dans la plèvre) chez deux autres. Une endoscopie bronchique est réalisée chez trois malades objectivant des membranes hydatiques chez deux patients. La sérologie hydatique est positive chez les 05 patients. Une échographie abdominale montre de multiples kystes hydatiques chez un patient, un seul kyste hydatique chez deux autres. Deux malades ont été drainés en urgence puis orientés au service de chirurgie thoracique, les 03 autres, ont été orientés d'emblée vers le service de chirurgie thoracique.

L'évolution est favorable pour deux malades, défavorable pour deux autres et un patient est perdu de vue.

CONCLUSION : Nous insistons à travers cette présentation sur la fréquence de cette pathologie et sur le polymorphisme clinique et radiologique. Le pronostic de l'hydatidose thoracique multiple est le plus souvent redoutable, du fait des difficultés de prise en charge thérapeutique et de la gravité des complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Hamarto-chondrome du poumon à propos d'un cas

orateur: Marouani. A

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Boughamout. K

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

auteur3: Moumeni. A

lieu exercice Auteur3: CHU de Sétif

abstract: Introduction :

L'hamarto-chondrome est une tumeur bénigne qui siège dans le parenchyme pulmonaire, il représente 03% des tumeurs bénignes du poumon et 06% des nodules solitaires.

Cette tumeur est le plus souvent asymptomatique de découverte fortuite

Observation : Nous rapportons le cas du malade T.A âgé de 44 ans, ex fumeur 40 P/A, administrateur de profession, sans ATCD pathologique particulier.

La symptomatologie respiratoire est dominée par une douleur thoracique, crachats hémoptiques.

La radiographie du thorax a révélé une opacité para-cardiaque gauche dont les contours sont réguliers, de 7cm de diamètre. La TDM Thoracique a confirmé la présence d'une volumineuse masse de densité tissulaire lobaire supérieure gauche, siège de quelques calcifications. L'endoscopie bronchique est sans particularité.

Le malade a bénéficié également d'une TDM cérébrale et d'une EFR revenant sans anomalies.

Ce malade est confié au service de chirurgie thoracique, bénéficiant d'une thoracotomie postéro-latérale gauche et l'étude anatomo-pathologique extemporanée du fragment de la biopsie chirurgicale confirme le diagnostic d'hamarto-chondrome pulmonaire.

Les suites évolutives du patient sont favorables.

Conclusion : L'hamarto-chondrome est la tumeur bénigne la plus fréquente du poumon, le diagnostic positif repose souvent sur l'image radiologique. Cependant cette tumeur peut se présenter sous forme d'une volumineuse masse pulmonaire posant un énorme problème de diag-

nostic différentiel.

En l'absence de contre indication, le traitement chirurgical constitue la thérapeutique de choix.

titre: BPCO et SAOS «Overlap syndrome » à propos de 06 cas de malades hospitalisés au service de pneumologie CHU Sétif

orateur: Marouani. A

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

confirmation email: hakmoumeni@yahoo.fr

Type de communication: Libre

Type de presentation: Poster

auteur2: Moumeni. A

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

abstract: INTRODUCTION :

DAVID FLENLEY a décrit en 1985 « l'overlap syndrome » qui associait SAOS et BPCO a une fréquence plus grande que la simple rencontre des 2 pathologies.

Il ne semble pas exister un lien entre les deux pathologies

Le diagnostic précoce des cas d'overlap est une priorité, d'où l'intérêt de demander un enregistrement polysomnographique chez tout malade présentant des signes en faveur du diagnostic

MATERIELS ET METHODES :

Nous rapportons une étude portant sur six patients hospitalisés au service de pneumologie pour suspicion de SAOS (syndrome d'apnée obstructive du sommeil).

Tous les malades présentent une BPCO confirmée par spirométrie

Il s'agit de 06 hommes dont l'âge moyen est 52 ans. Tous les patients sont fumeurs, une dyslipidémie est retrouvée dans un cas, une HTA dans deux cas et un diabète dans deux cas.

L'obésité est retrouvée dans tous les cas dont l'IMC moyen est 32kg/m2. Les signes cliniques sont dominés par la somnolence diurne (score d'epworth moyen est 12), réveils nocturnes et des ronflements.

Le SAOS est confirmé chez tous les malades par enregistrement polysomnographique.

Le SAOS est modéré dans quatre cas et sévère dans deux autres.

Tous les malades sont mis sous traitement de la BPCO en fonction de leur stade, 04 malades sont mis sous ventilation à pression positive.

CONCLUSION : L'aggravation de l'hypoxémie est fréquente au cours de la BPCO, en particulier au cours du sommeil paradoxal.

Les conséquences de la désaturation nocturne sur le pronostic, la qualité de vie le risque cardio-vasculaire, les complications métaboliques, les fonctions cognitives sont mieux connus.

L'association SAOS /BPCO est fortuite. La polysomnographie ne doit être envisagée qu'en cas de BPCO, si l'on suspecte un SAOS, dans les autres cas l'oxymétrie nocturne est suffisante.

tre: 8. Moyens d'exploration et PEC des hémoptysies de l'adulte Etude de 105cas observés au service de pneumologie de Tizi-Ouzou

orateur: MS. Messadi

grade: Professeur

lieu exercice orateur: Service de pneumologie CHU de Tizi-Ouzou

email: ms.messadi@yahoo.fr

auteur2: K.Bennamane

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie CHU de Tizi-Ouzou

Résumé : L'hémoptysie est une urgence thérapeutique qui pose un problème diagnostique dont les causes sont multiples et varient selon l'âge des patients.

Objectif: adopter une hiérarchie des examens complémentaires réalisables selon l'étiologie recherchée.

Etablir une PEC basée sur l'étiologie en cause.

Méthodes: Etude rétrospective des patients adultes hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU de Tizi-Ouzou pour hémoptysie de Janvier 2010 à novembre 2012. -

Résultats:105 patients hospitalisés pour hémoptysie (5,11%) de l'ensemble des admissions, sexe ratio : 2H/ 1F. L'âge varie entre 15 et 92 ans .Les hémoptysies étaient essentiellement de faible abondance (75cas :71,42%), de moyenne abondance (29cas :27,61%) de grande abondance : 01 cas. La durée moyenne d'hospitalisation: 10 jours.

Radiographie du thorax de face : faite chez tous les malades dont90/105(85,71%) avaient une image radiologique anormale.TDM ,

angioscanner thoracique, et fibroscopie bronchique ont été demandés selon l'orientation diagnostique. les principaux diagnostics retenus étaient la TPM+ pour la tranche d'âge de 15 a 24 ans et ses séquelles pulmonaires, la DDB, la néoplasie bronchique chez l'homme de plus de 65 ans. et les cardiopathies notamment

28 patients avec un diagnostic inconnu (26 ,66%) ,15 cas avaient une radiographie pulmonaire normale et 13 patients avaient une anomalie radiologique.

Discussion : Dans notre étude l'hémoptysie de petite abondance est la forme clinique la plus fréquente. Le téléthorax montre souvent une image anormale. l'origine inconnue reste élevée (40,36%) et est liée en partie à l'insuffisance en moyens d'exploration.

Après hospitalisation , repos et traitement hémostatique prescrit en 1e intention avec surveillance hémodynamique et correction en cas de spoliation sanguine .

la demande des D-dimères sanguins est faite à partir des données radiocliniques et anamnestiques évocatrices surtout en cas d'embolie pulmonaire.

Le bilan doit être élargi comportant l'examen cardio-vasculaire voir un angio scanner ou angio-IRM .

Conclusion : L'hémoptysie reste un symptôme alarmant de pronostic vital . Pour la recherche étiologique sur radiographie du thorax normale, malgré une hiérarchie bien définie des investigations complémentaires à réaliser celle-ci peut varier selon les équipes.

titre: A propos de cas familiaux de cancers bronchiques

orateur: Messaoud. M

grade: Docteur

lieu exercice orateur: Service de pneumologie A. CHU.Oran

email: docmessaoud@hotmail.fr

auteur2: Metahri.M ,

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie A. CHU.Oran

auteur3: Kebbatli.S,

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie A. CHU.Oran

auteur4: Hadjoudj.A

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie A. CHU.Oran

auteur5: Guermaz..M

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie A. CHU.Oran

abstract: Introduction : L'incidence du cancer bronchique est incontestablement corrélée au tabagisme, qui est le facteur de risque principal dans 85% des cas. Cependant d'autres facteurs de risque ont été identifiés tel que la prédisposition génétique, l'exposition professionnelle, l'effet des irradiations, la pollution, les virus, les facteurs hormonaux...etc.)

Par ailleurs, il a été établi que les antécédents familiaux de cancer du poumon constituent un facteur de risque de cancer du poumon il existe certainement des prédispositions génétiques individuelles mais les familles à cancer du poumon sont moins fréquentes que pour les cancers du sein ou les cancers coliques.

Nous rapportant deux observations de deux familles atteintes de cancer pulmonaire dont la notion de tabagisme est retrouvée dans l'une et absente dans l'autre.

Observation -1: Femme de 67ans, non tabagique qui présente un carcinome bronchique à petites cellules, avec antécédents familiaux d'adénocarcinome bronchique chez 3 soeurs déjà décédées sans aucune notion de tabagisme actif ou passif

Observation -2 : Femme de 68 ans, tabagique, asthmatique depuis l'enfance, qui présente un cancer bronchique épidermoïde découvert fortuitement lors d'un bilan pour asthme sévère, l'interrogatoire retrouve des antécédents familiaux de cancer bronchique chez une sœur et chez deux frères déjà décédées, avec notion de tabagisme chez les derniers.

Conclusion : Ces deux observations permettent d'apporter la preuve de cas familiaux de cancer du poumon chez des fumeurs, suggérant alors des interactions entre certaines particularités génétiques et le tabac dans la genèse de cette maladie

D'autres part, l'existence d'une histoire familiale de cancer du poumon ou « prédisposition génétique » augmente le risque de cancer bronchique chez les non-fumeurs.

titre: STATUS OXYDANT, ANTIOXYDANT CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE MYÉLOME MULTIPLE A SIDI BEL ABBÉS ET TLEMEN.

orateur: Latifa Mohamadi

lieu exercice orateur: Laboratoire de biotoxicologie, Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université Djillali Liabès, Sid Bel Abbès, Algérie

email: mohamadi.latifa@yahoo.fr

auteur2: S. Mellali

lieu exercice Auteur2: Laboratoire de biotoxicologie, Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université Djillali Liabès, Sid Bel Abbès, Algérie

auteur3: K. Haoud

lieu exercice Auteur3: Service de cytogénétique médicale, Faculté de médecine, Clermont-Ferrand, France

auteur4: S. Moulessehouli

lieu exercice Auteur4: Laboratoire de biotoxicologie, Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université Djillali Liabès, Sid Bel Abbès, Algérie

abstract: Introduction : Le myélome multiple (MM), ou maladie de Kahler est une hémopathie maligne caractérisée par l'accumulation des plasmocytes dans la moelle osseuse. Ces lymphocytes B différenciés produisent une immunoglobuline identique connue sous le nom de protéine monoclonale. Les espèces oxygénées activées (EAO) et d'autres radicaux libres conduisent à des modifications phénotypiques et génotypiques, de la mutation au néoplasme dans tous les cancers, y compris le myélome multiple

Objectif : Nous avons tenté de démontrer si le myélome multiple a été associé avec un statut oxydant, antioxydant ou non.

Matériel et méthodes : Dans cette étude, 20 patients diagnostiqués avec MM au stade III selon la classification de Durie et Salmon. Les taux des marqueurs du stress oxydatif et antioxydants ; catalase ; malondialdéhyde (MDA), la vitamine C ; ORAC (capacité d'absorbance des radicaux oxygénés) ont été estimés par des protocoles spectrophotométriques.

Résultats : Les estimations des valeurs moyennes pour les antioxydants : catalase, vitamine C, ORAC a été trouvés à 0,02 U/min/ml, 21,31 mg/ml et 0,68 U respectivement pour les patients et de 0,05 U/min/ml, 22,51 mg/ml et 0,94 U pour les contrôles. Les taux de la catalase sont inférieurs chez les patients par rapport aux témoins. Il y a lieu de signaler qu'aucune différence de la concentration de la vitamine C entre les patients et les témoins. Cependant, on a constaté que la valeur moyenne de MDA est de 0,59 µmol/L chez la patients a été trouvée augmentée par rapport aux contrôles 0,27 µmol/L. La valeur élevée de MDA chez les patients est une indication de l'augmentation de la peroxydation lipidique.

Conclusion : Les résultats suggèrent que le myélome multiple est étroitement associé au stress oxydatif et de réduction de la capacité antioxydante. Une enquête plus approfondie pourrait fournir un aperçu pour comprendre un lien de causalité possible entre le stress oxydatif et progression de myélome multiple.

titre: EVALUATION ET IDENTIFICATION DU PROFIL PROTEIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE MYÉLOME MULTIPLE DANS L'OUEST ALGÉRIEN

orateur: Latifa Mohamadi

grade: Docteur

lieu exercice orateur: Laboratoire de biotoxicologie, Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université Djillali Liabès, Sid Bel Abbès, Algérie

email: mohamadi.latifa@yahoo.fr

confirmation email: mohamadi.latifa@yahoo.fr

Type de communication: Libre

Type de presentation: Poster

auteur2: S. Mellali

lieu exercice Auteur2: Laboratoire de biotoxicologie, Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université Djillali Liabès, Sid Bel Abbès, Algérie

auteur3: K. Haoud

lieu exercice Auteur3: Service de cytogénétique médicale, Faculté de médecine, Clermont-Ferrand, France

auteur4: S. Moulessehouli(1)

lieu exercice Auteur4: Laboratoire de biotoxicologie, Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université Djillali Liabès, Sid Bel Abbès, Algérie

abstract: Introduction : Le myélome multiple (MM) ou maladie de Kahler, est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération plasmocytaire monoclonale. C'est une maladie rare (1% des cancers), son incidence augmente avec l'âge. Ainsi, la CRP et la molécule C3 sont associées à de nombreuses maladies cancéreuses et inflammatoires. Lors de l'évolution de la maladie, le profil protéique d'orientation est remplacé par un profil plus ciblé, réduit à deux ou trois protéines permettant la suivie sous traitement.

Objectifs : L'objectif de ce travail est l'évaluation d'un profil protéique ciblé par la détermination des taux circulants de: la CRP, du Complément C3 et des Gammaglobulines, ainsi que, l'identification de la fréquence et de la nature des pics monoclonaux pour observer l'évolution du myélome multiple sous chimiothérapie.

Méthodologie : La mesures des taux circulants de la CRP a été réalisé par une technique d'immunoagglutination, la protéine du complément

C3 et les gammaglobulines par électrophorèse sur gel d'agarose (SEBIA@HYDRAGEL). 20 patients avec MM admis au niveau Service d'Hématologie des Centres Hospitaliers Universitaires de Sidi-Bel-Abbès et de Tlemcen, et 20 contrôles ont été recrutés pour cette étude. Résultats : Nos résultats montrent des taux sériques de la molécule C3 diminués chez les patients avec MM par rapport aux contrôles. Cependant, ceux des gammaglobulines sont nettement plus élevés. La fréquence des pics M est de 45% de l'ensemble des 20 patients. L'ensemble des résultats s'accordent avec la littérature surtout pour l'étude faite pour la toxicité des traitements du MM sur 466 patients.

Conclusion : L'évaluation du profil protéique ciblé révèle que la chimiothérapie du myélome multiple altère le système immunitaire inné impliquant la réponse inflammatoire et le système du complément.

FISTULE OESO BRONCHIQUE.

MOULAY OMAR Nacer

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumophtisiologie A, CHU Beni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : N.Moulay omar, M.Messaoudi, Y.Bouguerra, F.Boukhezar, A.Khéliouen ; N. Zidouni

Les fistules broncho œsophagiennes constituent une pathologie rare, le plus souvent d'origine acquise.

Nous rapportons un (01) cas d'une fistule oeso bronchique chez un patient âgé de 53 ans, tabagique à raison de 30paquet/année, sans antécédents médico- chirurgicaux particuliers.

Le patient présentait une symptomatologie évoluant depuis deux mois faite d'une hémoptysie de petite abondance, une dysphagie et une hématemèse suite à la prise d'un produit caustique alcalin.

L'examen clinique retrouvait des ulcérations buccales et linguales. L'examen pleuro pulmonaire est normal.

Le bilan biologique retrouvait une anémie normocytaire normochrome.

La radiographie thoracique de face avait objectivé : une clarté axillaire droite arrondie de 4cm de diamètre entourée d'une paroi fine.

La tomодensitométrie thoracique avait mis en évidence une volumineuse bulle d'emphysème lobaire moyenne avec présence de multiples opacités micronodulaires en regard.

La fibroscopie bronchique avait révélé la présence d'un orifice mesurant 2 à 3 mm au niveau de l'éperon séparant la bronche lobaire supérieure droite du tronc intermédiaire.

Le diagnostic de la fistule oeso bronchique a été fait par le transit oeso gastro duodénal qui a révélé une opacification trachéale en région sous glottique et atteignant l'arbre bronchique droit.

Le patient a bénéficié d'un traitement chirurgical comportant une fermeture de la fistule avec résection des bulles d'emphysème.

L'évolution ultérieure a été favorable.

titre: BPCO et SAOS «Overlap syndrome »à propos de 06 cas de malades hospitalisés au service de pneumologie CHU Sétif

orateur: A. Moumeni

grade: Professeur

lieu exercice orateur: service de pneumologie CHU Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: A. Marouani

lieu exercice Auteur2: service de pneumologie CHU Sétif

abstract: INTRODUCTION :DAVID FLENLEY a décrit en 1985 « l'overlap syndrome » qui associait SAOS et BPCO a une fréquence plus grande que la simple rencontre des 2 pathologies.

Il ne semble pas exister un lien entre les deux pathologies

Le diagnostic précoce des cas d'overlap est une priorité, d'où l'intérêt de demander un enregistrement polysomnographique chez tout malade présentant des signes en faveur du diagnostic

MATERIELS ET METHODES Nous rapportons une étude portant sur six patients hospitalisés au service de pneumologie pour suspicion de SAOS (syndrome d'apnée obstructive du sommeil).

Tous les malades présentent une BPCO confirmée par spirométrie

Il s'agit de 06 hommes dont l'âge moyen est 52 ans. Tous les patients sont fumeurs, une dyslipidémie est retrouvée dans un cas, une HTA dans deux cas et un diabète dans deux cas.

L'obésité est retrouvée dans tous les cas dont l'IMC moyen est 32kg/m2. Les signes cliniques sont dominés par la somnolence diurne (score d'epworth moyen est 12), réveils nocturnes et des ronflements.

Le SAOS est confirmé chez tous les malades par enregistrement polysomnographique.

Le SAOS est modéré dans quatre cas et sévère dans deux autres. Tous les malades sont mis sous traitement de la BPCO en fonction de leur stade, 04 malades sont mis sous ventilation à pression positive.

CONCLUSION : L'aggravation de l'hypoxémie est fréquente au cours de la BPCO, en particulier au cours du sommeil paradoxal.

Les conséquences de la désaturation nocturne sur le pronostic, la qualité de vie le risque cardio-vasculaire, les complications métaboliques, les fonctions cognitives sont mieux connus.

L'association SAOS /BPCO est fortuite. La polysomnographie ne doit être envisagée qu'en cas de BPCO, si l'on suspecte un SAOS, dans les autres cas l'oxymétrie nocturne est suffisante.

Le syndrome de Pancoast-Tobias : à propos de 15 cas

orateur: Moumeni. A

grade: Professeur

lieu exercice orateur: CHU de Sétif

email: hakmoumeni@yahoo.fr

auteur2: Marouani. A

lieu exercice Auteur2: CHU de Sétif

abstract: Introduction :Le syndrome de Pancoast-Tobias est défini par l'association d'une tumeur de l'apex pulmonaire, une lyse costale ou vertébrale et d'un syndrome de Claude Bernard Horner

Objectif de l'étude :

Etudier le profil épidémiologique, clinique et évolutif des malades présentant un syndrome de Pancoast-Tobias.

MATERIELS ET METHODES :

Etude rétrospective de 15 dossiers colligés au service de pneumologie (CHU de Sétif), durant la période 2006 -2012. Il s'agit exclusivement de 15 hommes dont l'âge moyen est de 62 ans, le tabagisme est retrouvé chez tous les patients. La symptomatologie initiale est dominée par la douleur thoracique chez les 15 patients, des névralgies cervico-brachiales chez 10 autres.

Dix patients ont consulté chez plusieurs médecins (généralistes, pneumologues et neurologues) et ont bénéficié d'un traitement antalgique.

Le délai moyen entre le début des symptômes et l'hospitalisation est de 5 mois. Tous nos malades ont Bénéficié d'une radiographie du thorax ainsi qu'une TDM thoracique objectivant une masse apicale avec lyse costale chez 10 patients, une lyse vertébrale chez 05 autres, une pleurésie dans 05 cas et un envahissement médiastinal dans 04 cas.

L'endoscopie bronchique objective un bourgeon endobronchique dans 04 cas et une sténose dans 06 autres. Le diagnostic histologique a été confirmé par biopsie trans-pariétale chez 10malades, biopsie bronchique chez 03, et par biopsie pleurale chez deux autres.

Le type histologique est dominé par le cancer épidermoïde dans 12 cas, adénocarcinome dans 02 cas et le cancer à grandes cellules chez un malade. 11 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie, 05 patients d'une radiothérapie et 04 autres uniquement de soins palliatifs.

CONCLUSION : Les tumeurs de l'apex pulmonaire constituent une entité rare et hétérogène, certes, mais le diagnostic étiologique reste tardif posant souvent un retard dans la prise en charge thérapeutique engageant un pronostic sombre et mortel.

titre: Place de la miliaire pulmonaire chez le sujet âgé

orateur: N. Sahraoui

lieu exercice orateur: Service de pneumophthysiologie, EPH BATNA

email: nassima_sahraoui@yahoo.fr

auteur2: M. Amaghchouche

lieu exercice Auteur2: EPH Batna

auteur3: M. Bouali

lieu exercice Auteur3: EPH Batna

auteur4: A. Djebbar

lieu exercice Auteur4: EPH Batna

abstract: De diagnostic essentiellement radiologique. La miliaire pulmonaire pose à la fois un problème physiopathologique, diagnostic et thérapeutique. Ceux-ci prennent une plus grande importance chez le sujet âgé présentant le plus souvent plusieurs comorbidités inhérentes à son âge.

Les auteurs s'intéressent à travers « 15 » paramètres d'établir un profil de ces milières chez le sujet âgé et font comme objectif de leur travail un aperçu global sur l'ampleur du problème posé par la miliaire dans cette frange de la population.

Il s'agit d'une étude rétrospective comparative incluant 38 dossiers de malade et ayant tous présentés une miliaire pulmonaire. Ceux-ci ont été colligés dans le service sur une période de 03 années (01 janvier 2010

- 20 décembre 2012). Les patients sont divisés en 2 groupes, le premier dénommé G1 comprenant 18 sujets d'âge supérieur ou égal à 65 ans avec des extrêmes compris entre 65 et 84 ans et une moyenne de 68 ans représentés par 15 hommes et 03 femmes . Le second représenté par 20 patients d'âge inférieur à 65 ans avec une moyenne d'âge de 37 et des extrêmes compris entre 17 et 64 incluant 15 hommes et 5 femmes. Si la tuberculose occupe une place prépondérante chez le sujet jeune, les causes néoplasiques et virales restent l'apanage du sujet âgé

titre: pneumothorax bilatéral sur miliaire tuberculeuse : à propos d'un cas

orateur: NADJI.K

lieu exercice orateur: SERVICE DE PNEUMOLOGIE CHU Sidi Bel Abbès

email: tampneumo@voila.fr

auteur2: TALEB.A

lieu exercice Auteur2: SERVICE DE PNEUMOLOGIE CHU Sidi Bel Abbès

auteur3: KESSIRA.T.M

lieu exercice Auteur3: SERVICE DE PNEUMOLOGIE CHU Sidi Bel Abbès

auteur4: HAMEL.Y

lieu exercice Auteur4: SERVICE DE PNEUMOLOGIE CHU Sidi Bel Abbès

abstract: Le pneumothorax complique souvent l'évolution d'une tuberculose pulmonaire cavitair, mais certaines formes peuvent être observées au cours de milières ou sur des séquelles fibreuses tardives.

La tuberculose hémotogène responsable de la miliaire constitue une forme grave de la tuberculose, résultant de la dissémination hémotogène du bacille tuberculeux à l'ensemble des organes.

Autrefois mortelle, le pronostic de La miliaire tuberculeuse a été transformée par la chimiothérapie antituberculeuse

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 22ans au 2ème mois du traitement spécifique pour une l'association d'une bisérite (tuberculose pleurale et péritonéale) et un tuberculome cérébral, admise à notre service pour la prise en charge d'une miliaire.

L'évolution après la fin de la phase d'attaque du traitement spécifique a été marquée par la survenue d'un pneumothorax bilatéral.

La malade a été drainée en urgence des deux cotés.

L'évolution a été marquée par le retour des deux poumons à la paroi.

titre: Malade "bien" anti-coagulé : une embolie pulmonaire ne doit pas être exclue !

orateur: Jaber NEMMAR

lieu exercice orateur: EPH Sfisef - Wilaya de Sidi Bel Abbès

email: najy_dz2003@yahoo.fr

abstract: - Introduction : L'embolie pulmonaire est constituée par la migration dans l'arbre artériel pulmonaire d'un embole le plus souvent cruorique responsable d'une oblitération brusque, totale ou partielle, du tronc ou d'une ou plusieurs branches de l'artère pulmonaire. Il s'agit d'une affection fréquente, grave, mettant en jeu le pronostic vital. Elle est souvent méconnue en raison du polymorphisme de ses manifestations.

- Observation : Nous rapportons le cas d'un patient aux antécédents de cancer bronchique opéré il y'a 10 ans (avec absence de récidence aux contrôles réguliers), anti-coagulé pour antécédent de MVTE, qui consulte pour détresse respiratoire aigue dans un tableau pseudo-pneumonique. Il est traité initialement par antibiothérapie probabiliste à large spectre sans amélioration. Devant ce tableau, une embolie pulmonaire est discutée avec probabilité intermédiaire. L'angio-scanner confirme cette hypothèse.

- Discussion : L'intérêt de cette observation est de souligner la possibilité d'une embolie chez un malade sous traitement anti-coagulant. Une "bonne" anti-coagulation ne doit pas constituer un frein à la recherche de cette pathologie insidieuse et grave, si le tableau est évocateur.

titre: Pneumopathie infiltrative diffuse en rapport avec l'amiodarone : à propos d'un cas

orateur: Jaber NEMMAR

lieu exercice orateur: EPH Sfisef, Wilaya de Sidi Bel Abbès

email: najy_dz2003@yahoo.fr

auteur2: Dr M. BOUKHARI

lieu exercice Auteur2: EPH Sfisef

abstract: Le parenchyme pulmonaire peut être la cible de toxicité des médicaments. La plupart des médicaments connus pour avoir une toxicité sur le poumon sont reportoriés sur le site pneumotox.com. Parmi les médicaments cardio-vasculaires, l'amiodarone est le plus incriminé. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 74 ans, qui consulte pour

toux chronique depuis 03 mois. Elle a une cardiopathie hypertensive au stade de dilatation et ACFA. Son traitement habituel comporte du Crodarone 200 mg/j. L'examen clinique retrouve des râles bronchiques et un souffle systolique au foyer mitral. La radiographie thoracique montre un syndrome interstitiel à prédominance hilair. Le scanner montre une pneumopathie infiltrative diffuse (PID). La spirométrie montre une CVF altérée à 52% (1.32 l). Les investigations n'ont pas retrouvé d'autre étiologie à cette PID. La malade est adressée au médecin cardiologue traitant pour substitution de l'amiodarone. L'intérêt de cette observation est de souligner l'importance d'interroger le malade sur les médicaments habituels. Toute pneumopathie qui reste sans diagnostic doit faire évoquer une cause médicamenteuse.

titre: Syndrome interstitiel révélant une myosite : à propos d'un cas.

orateur: Jaber NEMMAR

lieu exercice orateur: EPH Sfisef - Wilaya de Sidi Bel Abbès

email: najy_dz2003@yahoo.fr

abstract: - Introduction : Les myosites sont des maladies auto-immunes caractérisées par une inflammation des muscles squelettiques entraînant une faiblesse musculaire. Les complications respiratoires sont observées dans 40 % des cas de myosite. Les plus fréquentes sont les pneumopathies d'inhalation secondaires aux troubles de la déglutition, les atteintes des muscles respiratoires pouvant être responsables d'une hypoventilation alvéolaire, et les pneumopathies infiltrantes diffuses.

- Observation : Nous rapportons le cas d'une jeune patiente qui consulte pour dyspnée d'effort et asthénie altérant la qualité de vie. L'examen pleuro-pulmonaire est sans particularité. Le bilan objectif à l'EMG un syndrome myogène. Le scanner thoracique montre une atteinte interstitielle sous-pleurale; sur le plan biologique, on note un syndrome inflammatoire avec élévation importante des CPK. Bien que les anticorps anti-synthétases sont négatifs, une biopsie musculaire est réalisée et conclut à une myosite.

- Discussion : Les complications respiratoires sont responsables de la part la plus importante de la morbidité des myosites. Cette observation démontre l'intérêt de rechercher cette pathologie même si le tableau clinique et biologique ne comporte pas tous les éléments évocateurs.

titre: Syndrome emphysème des sommets-fibrose pulmonaire des bases: à propos d'un cas.

orateur: Jaber NEMMAR

lieu exercice orateur: EPH Sfisef - Wilaya de Sidi Bel Abbès

email: najy_dz2003@yahoo.fr

abstract: - Introduction : Un syndrome comportant un emphysème des sommets combiné à une fibrose pulmonaire des bases a été individualisé ces dernières années. Il se rencontre majoritairement chez des sujets de sexe masculin, fumeurs ou ex-fumeurs à plus de 40 paquets-années. L'âge moyen est de 65 ans. La dyspnée est constante. Le diagnostic repose sur le scanner thoracique qui montre un emphysème centrolobulaire et/ou bulleux des sommets pulmonaires, et une pneumopathie infiltrante diffuse fibrosante prédominant dans les bases. Une hypertension pulmonaire est présente chez près de la moitié des malades, et représente le principal facteur pronostique péjoratif de cette affection.

- Observation : nous rapportons le cas d'un patient âgé de 78 ans, adressé en consultation de pneumologie pour bilan de dyspnée chronique. L'interrogatoire retrouve une dyspnée d'effort grade IV à l'échelle de Sadoul. L'examen objective une diminution du murmure vésiculaire aux deux champs pulmonaires. La radiographie thoracique montre un emphysème pulmonaires prédominant aux sommets avec un syndrome interstitiel aux bases. Le scanner confirme l'emphysème des sommets auquel s'associe une fibrose des bases. Sur le plan fonctionnel, la spirométrie montre un trouble ventilatoire mixte, la compliance obstructive est sévère et non réversible.

- Discussion : bien que cette entité a été individualisée sur le plan morphologique, il n'existe pas de prise en charge spécifique. S'agissant de notre cas, le patient est traité par des traitements inhalés adaptés à la sévérité de la maladie ainsi qu'une réhabilitation respiratoire. L'échographie cardiaque ne montre pas d'HTAP. L'évolution est marquée par une stabilité sur le plan fonctionnel et radiologique.

- Conclusion : L'hypertension pulmonaire est présente chez près de la moitié des malades et représente le principal facteur pronostique péjoratif de cette affection, dont la survie médiane est de 6 ans. En l'absence

de traitement spécifique, il est important de reconnaître cette entité, d'assurer une surveillance régulière, et de prendre en charge l'HTAP précoement par un traitement adapté.

titre: Toux chronique avec radiographie thoracique normale : à propos de 14 cas

orateur: Jaber NEMMAR

lieu exercice orateur: EPH Sfisef, Sidi Bel Abbès

email: najy_dz2003@yahoo.fr

auteur2: Dr M. Boukhari

lieu exercice Auteur2: EPH Sfisef, Sidi Bel Abbès

abstract: La toux chronique est un motif de consultation fréquent. Les trois principales causes de toux chronique à thorax normal chez l'adulte non fumeur sont :

- la rhinorrhée chronique avec jetage postérieur (le post nasal drip syndrome)
- le reflux gastro-oesophagien (RGO)
- l'asthme.

Nous rapportant le résultat d'exploration de 14 cas suivis en consultation à l'EPH de sfisef. L'âge moyen est de 46 ans. On note une prédominance féminine (11 cas sur 14). L'exploration comporte un examen clinique, une spirométrie et au besoin, un examen ORL.

L'asthme bronchique est l'étiologie la plus fréquente (9 cas), suivi du RGO (3cas, décelé par un examen ORL retrouvant une laryngite peptique), la rhinorrhée postérieure (2cas) et toux induite par inhibiteur de l'enzyme de conversion 1 cas.

Conclusion : La toux peut être la seule manifestation de l'asthme. L'examen ORL est précieux et peut retrouver, hormis une cause locale, une laryngite peptique par RGO.

titre: L'inhalation accidentelle d'un corps étranger, à propos de 17 cas

orateur: M.NOUCER

lieu exercice orateur: Clinique des Maladies Respiratoires «Pr. D.LAR-BAOU» CHU Mustapha Alger

email: nouacermustapha@gmail.com

L'inhalation d'un corps étranger (CE), est un accident qui peut survenir à tout âge et en particulier chez le jeune enfant ; la cacahuète étant la cause principale dans toutes les publications et représente plus de 50 % des corps étrangers inhalés chez l'enfant. Les objets métalliques sont en nette régression depuis quelques années.

En cas de suspicion d'inhalation d'un Corps étranger seront réalisées en urgence une radiographie pour préciser le siège du CE et une bronchoscopie pour le retirer.

La prolongation du séjour du corps étranger dans la bronche va aboutir à un processus d'enclavement bronchique, dont les conséquences sont d'abord ventilatoires puis très rapidement infectieuses.

Etude rétrospective réalisée au sein du service, concerne 17 cas d'inhalation de corps étranger répertoriés sur une période de 2 ans (2011 – 2012).Prédominance féminine (94%), 6 enfants et 11 adultes. Aucun antécédent pathologique n'est retrouvé. Le syndrome de pénétration (dyspnée, toux sèche, angoisse) est constaté chez tous nos patients, et dans tous les cas l'inhalation est accidentelle.L'extraction du corps étranger par fibroscopie souple dans 15 cas, et rigide dans un cas, sous anesthésie générale dans 2 cas, chirurgie dans un cas ; on ne décrit pas de complications interventionnelles. Le Corps étranger est métallique dans 16 cas (14 épingles, un clou, une aiguille) et en plastic dans un cas. Le siège du corps étranger été dans 8 cas du coté droit, et dans 9 cas à gauche. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 3.8 jours (de 1 à 10 jours)L'inhalation d'une d'épingle de foulard est devenue actuellement un accident de plus en plus fréquent chez la jeune femme voilée ce risque est due à une cause évitable d'où l'importance de la prévention.

titre: Le lymphome pulmonaire de type MALT A propos d'un cas

orateur: Ouerdi S

lieu exercice orateur: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi-Ouzou

email: messadi.mohamesalah@yahoo.fr

auteur2: Meguenni W.

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi-Ouzou

auteur3: Mahiouf S.

lieu exercice Auteur3: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi-Ouzou

auteur4: Messadi MS

lieu exercice Auteur4: Service de Pneumo-phtisiologie ; CHU de Tizi-Ouzou

abstract: Le lymphome de type MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) est une forme rare de lymphome malin non-Hodgkinien, qui affecte

les lymphocytes B et se développe aux dépens du tissu lymphoïde associé aux muqueuses, mais aussi de manière plus rare au niveau d'un ganglion. Il représente environ 5 % des lymphomes non-Hodgkiniens diagnostiqués annuellement. La maladie affecte essentiellement les adultes de plus de 60 ans (âge médian : 65 ans) avec une légère prédominance féminine. Les lymphomes pulmonaires de phénotype B de bas grade sont les plus fréquents. Ils sont le plus souvent indolents et se présentent sous la forme d'une opacité alvéolaire chronique. Leur pronostic est excellent et les modalités du traitement sont discutées (abstention, chirurgie, mono chimiothérapie).

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 70ans, totalement asymptomatique, suivie depuis 4ans pour pneumopathie droite trainante, dont la découverte était fortuite, révélée par une opacité paracardique droite, mal limitée et hétérogène. Examen clinique normal. Examen biologique normal en dehors de la perturbation du bilan inflammatoire : VS accéléré : 50mm 1e heure.

Fibroscopie : normale , LBA non fait.

TDM thoracique objective un aspect de pneumopathie du segment 6 droit , avec deux nodules parenchymateux sous pleuraux lobaire moyen homolatéral et apical controlatéral .le diagnostic de lymphome malin non-Hodgkinien à petite cellule B type MALT a été retenu sur l'étude anatomopathologique des fragments biopsique trans- parietale.une abstention thérapeutique et une surveillance a été proposé vu le bon état général , l'aspect stationnaire des lésions et l'âge de la patiente .

A partir de cette observation nous discutons la pathogénie du lymphome MALT, des différents aspects cliniques et radiographiques rencontrés ainsi que les différents traitements proposés.

titre: Association asthme et polymorphisme genetique dans une population de l'ouest Algerien

orateur: Oujidi.B

lieu exercice orateur: service de pneumophthisiologie CHU Oran

email: oujidib@yahoo.fr

auteur2: Attab.K

lieu exercice Auteur2: service de biotechnologie université Senia .Oran

auteur3: Baba Hamed.B

lieu exercice Auteur3: service de biotechnologie université Senia .Oran

auteur4: Berrabah.Y

lieu exercice Auteur4: service de pneumophthisiologie CHU Oran

abstract: Introduction :

L'asthme est une maladie inflammatoire bronchique, complexe et hétérogène dans ses manifestations. Son développement est favorisé par l'association d'une prédisposition génétique et d'une exposition à des facteurs liés à l'environnement et au mode de vie. Beaucoup d'études ont pour objet de déterminer les facteurs génétiques et d'établir la relation entre facteurs environnementaux et génétiques dans le but de clarifier l'hétérogénéité clinique et étiologique de l'asthme.

Objectif : approche épidémiologique et clinique, des malades asthmatiques, rechercher le polymorphisme IL-18 ,cytokine impliquée dans l'asthme.

Population et méthodes : L'étude a porté sur 100 sujets adultes(entre 18 à 82 ans) , 50 asthmatiques (26 hommes et 24 femmes) ayant répondu à un questionnaire à la recherche de traits associés et facteurs environnementaux ,et 50 témoins (34 hommes et 16 femmes) tous résidant à Oran ,le génotypage du polymorphisme(137G/C) du gène IL18 a été recherché par PCR-SPSS . dont l'analyse statistique a révélé sa présence chez les asthmatiques par rapport aux témoins.

Conclusion : bien que notre étude se poursuit sur une population plus large, mais ces résultats pourrait être un avancement dans la compréhension de la physiopathologie de l'asthme

titre: Les manifestations pleuro pulmonaires de la neurofibromatose type 1 : NF1

orateur: Z. Ouramdane

lieu exercice orateur: Service de pneumologie CHU de Tizi-Ouzou

email: ms.messadi@yahoo.fr

auteur2: B.Ait Kaci

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie CHU de Tizi-Ouzou

auteur3: A.Bachi

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie CHU de Tizi-Ouzou

auteur4: W.Meguenni

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie CHU de Tizi-Ouzou

auteur5: .S. Messadi.

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie CHU de Tizi-Ouzou

abstract: a NF1 est la plus fréquente des maladies autosomiques dominantes, liée à une mutation du gène 17 q 11-2 du chromosome 7, c'est

une maladie caractérisée par des taches « café au lait », dans éphélides des grand plis, des hamartomes iriens, et de multiples neurofibromes cutanés, elle peut être associée à des gliomes des voies optiques, des neurofibromes spinaux ou des nerfs périphériques.

Les manifestations pleuro pulmonaires peuvent se voir, mais elles sont rares Nous rapportons le cas d'une jeune femme L-Y âgée de 40 ans, qui présente une image thoracique anormale, découverte dans le cadre du bilan préopératoire pour fibrome utérin.

L'examen clinique retrouve un bon état général, multiples taches « café au lait » disséminées + neurofibromes.

L'examen pleuro pulmonaire retrouve une diminution du murmure vésiculaire à la base droit.

Le bilan biologique standard est correct

Téléthorax de face : opacité basale droite périphérique d'allure pleurale La TDM thoracique confirme l'appartenance pleurale de l'image, complétée par une biopsie transpariétale qui conclue au neurofibrome pleural.

Patiente adressée en chirurgie thoracique.

Les complications pulmonaires de la NF1 sont rares mais avec un risque important de morbidité, et de mortalité, ce qui justifie leur connaissance. La localisation pleurale de la NF1 et rare, mais si elle existe nécessite une surveillance stricte, et parfois chirurgie si la lésion est unique vu le risque de cancérisation.

Un épanchement pleural liquidien révélateur d'un myélome multiple

orateur: Oussedik Fouzia

lieu exercice orateur: CHU Beni-Messous

email: f.oussedik@yahoo.fr

Auteur2: CHU Beni-Messous

auteur3: Skander Farida

lieu exercice Auteur3: CHU Beni-Messous

abstract: Introduction :

Le myélome multiple est une prolifération maligne plasmocytaire médullaire. Il touche essentiellement les personnes âgées de plus de 60 ans. Malgré les progrès thérapeutiques, la médiane de survie reste faible.

Observation : Mr A.A, âgé de 78 ans, ex.fumeur 50paquets/an, aux antécédents d'hypertension artérielle et de BPCO stade 3, a rapporté au cours d'une consultation périodique une aggravation de sa dyspnée, des douleurs de l'hémithorax gauche, ainsi qu'une asthénie. L'examen physique retrouvait un patient eupneique, en bon état général, présentant un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche. La radiographie thoracique de face montrait un épanchement pleural liquidien gauche de moyenne abondance. La ponction pleurale exploratrice révélait un liquide clair transsudatif (taux de protides=16g/l). Les examens biologiques (rénal, hépatique) et l'échocoeur permettaient d'exclure une origine cardiaque, rénale ou hépatique à cet épanchement. L'électrophorèse des protéines montrait une importante hypoprotidémie et l'électrophorèse des protéines urinaires la présence de protéine de Bence Jones d'isotype Lamda. Ces résultats confirmaient le diagnostic de myélome multiple et permettait la prescription d'une thérapeutique associant chimiothérapie et corticothérapie par voie générale à forte dose.

Discussion :Le myélome multiple est une prolifération maligne plasmocytaire affectant essentiellement la moelle osseuse. Il est rare et touche essentiellement les sujets âgés de plus de 60 ans. Les manifestations cliniques sont dominées par les douleurs osseuses qui permettent souvent la découverte de lésions radiologiques très évocatrices (lacunes).Dans certains cas, le myélome est asymptomatique et de découverte fortuite.

Conclusion : Le myélome multiple est une maladie maligne de la moelle osseuse. Dans la majorité des cas, il est révélé par des symptômes spécifiques. Dans 20% des cas, il est asymptomatique.

Gravité des exacerbations sévères de BPCO

F. Oussedik, R.khelafi. F.skander

Service des urgences respiratoires CHU Beni Messous

Introduction : Les exacerbations de BPCO sont des événements de gravité variable compliquant le cours évolutif de la maladie. Ils sont un motif fréquent de consultation en urgence. Lorsqu'ils sont sévères, la prise en charge en milieu hospitalier s'impose. A long terme, ces épisodes entraînent, de part leur fréquence et leur gravité, la progression de la maladie et sont à l'origine d'une morbidité non négligeable.

Matériel et méthodes : Entre janvier 2009 et décembre 2011, 138 patients sont hospitalisés pour exacerbations sévères de BPCO. Ils

présentaient tous des signes de gravité cliniques et/ou gazométriques. L'analyse des données s'est faite de manière rétrospective à partir des dossiers d'hospitalisation.

Résultats : Les patients étaient tous âgés de plus de 45 ans avec une moyenne d'âge de 70 ans quasiment identique dans les 2 sexes. Les hommes étaient dans la moitié des cas âgés de plus de 65 ans. Les femmes étaient beaucoup plus âgées (75ans dans 56% des cas). 90% des patients avaient une BPCO diagnostiquée et traitée antérieurement avec des notions d'hospitalisations pour 42% d'entre eux. L'exacerbation a révélé l'existence d'une BPCO chez 35,7% des femmes et 9,5% des hommes. 30,4% des patients étaient des exacerbateurs fréquents. Quant aux comorbidités, elles sont essentiellement cardiovasculaires dominées par l'hypertension artérielle (44%). Tous les patients avaient des signes de gravité cliniques et gazométriques telles que l'hypoxémie et l'hypercapnie sévère >50mmHg dans 47% des cas. L'infection bronchique était la principale cause d'exacerbation avec une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours avec une mortalité intra hospitalière de 18%. Celle-ci était liée à l'insuffisance respiratoire aigue.

Conclusion : La BPCO est souvent diagnostiquée à l'occasion d'une exacerbation plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. La gravité de ces événements est en général liée à l'âge et aux comorbidités surtout cardiovasculaires.

titre: Tuberculose ganglionnaire à propos de 101 cas.

orateur: REBBAT Abdennour

lieu exercice orateur: EPSP DRAA BEN KHEDDA TIZI-OUZOU

email: dr.rebbat@gmail.com

auteur2: ALIOUANE Ahmed

lieu exercice Auteur2: EPSP DRAA BEN KHEDDA TIZI-OUZOU

auteur3: AIT BACHIR Horia

lieu exercice Auteur3: EPSP DRAA BEN KHEDDA TIZI-OUZOU

abstract: Introduction: La tuberculose ganglionnaire (TG) constitue la localisation extrapulmonaire la plus fréquente, néanmoins sa prise en charge thérapeutique reste mal définie.

But : mettre en lumière les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de cette localisation.

Patients et méthodes: étude rétrospective de 101 cas de TG colligés au service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires de TIZI-OUZOU entre janvier 2007 et janvier 2012.

Résultats: 101 cas de TG ont été recensés sur un total de 569 cas de tuberculoses toutes formes confondues, La fréquence de la TG est de 41 % des TEP.

Il s'agit de 65 Femmes et 36 Hommes. L'âge moyen est de 37 ans. Un contage tuberculeux est retrouvé chez 11 %, La moitié de localisation 51 % sont cervicales, 09% sous-maxillaires, 08% axillaires, 05% sus-claviculaires, 02% inguinales et une épitrochélienne ; la localisation profonde est médiastinales chez 05 cas et une abdominale; avec 18 atteintes de plusieurs sites.

Dans 15% une localisation extra ganglionnaire est associée. IDR à la tuberculine positive chez 93 % des cas. Le diagnostic est confirmé par l'histologie dans 46 % des cas, la cytologie dans 17%, la bactériologie dans 5% et présumé dans le reste 32%.

La majorité des cas sont traités par un régime RHZ/RH selon le programme national, 13 cas par un régime RHZE/RH. Un traitement de six mois pour 72 cas; une prolongation jusqu'à 09 mois dans 19 cas et 12 mois dans 05 cas, Un traitement chirurgical complémentaire a été réalisé chez 04 cas.

Le taux de succès du traitement est de 94 %, 04 cas perdus de vue et un décès (autre cause).

Conclusion: À travers cette étude les auteurs rapportent l'expérience du service de dans la prise en charge de cette pathologie.

titre: Les particularités de la tuberculose pulmonaire à microscopie négative à propos de 51 cas.

orateur: REBBAT Abdennour

lieu exercice orateur: EPSP DRAA BEN KHEDDA TIZI-OUZOU

email: dr.rebbat@gmail.com

auteur2: ALIOUANE Ahmed

lieu exercice Auteur2: EPSP DRAA BEN KHEDDA TIZI-OUZOU

abstract: Introduction : la tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-) reste un fléau et pose un vrai problème diagnostique.

L'objectif est de montrer les particularités épidémiologiques, diagnostic, radiologiques et évolutives des TPM -.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 51 cas de TPM- colligé dans le service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires de TIZI-OUZOU, de janvier 2007 au décembre 2011.

Résultats : 51 cas de TPM- sont recensés sur un total de 558 cas de tuberculoses toutes formes confondues, La fréquence de la TPM- est de 19.5 % des tuberculoses pulmonaires.

L'âge moyen est de 32 ans; 55% des cas sont des hommes; Le contage tuberculeux est présent chez 31% des cas; Les comorbidités sont dominées par 03 cas psychiatriques, 02 diabétiques et un lupus érythémateux ; l'IDR à la tuberculine est positive dans 85%; une atteinte pleurale est associée dans 37% des cas, ganglionnaires périphériques dans 11%. La radiographie montre des infiltrats non excavés dans 82%, des lésions excavées dans 13%, un syndrome interstitiel et une atelectasie; Les lobes supérieurs sont atteints dans 68%, le Fowler dans 27% et autres localisations dans 05%; la fibroscopie est faite chez 35% des cas. Le diagnostic est posé sur une culture positive dans 15 cas (sur les crachats 3 cas, tubages gastrique 6 cas, liquide d'aspiration bronchique 6 cas), étude histologique d'une atteinte extrapulmonaire associée dans 17 cas et présumé dans le reste 19 cas; l'évolution après traitement spécifique est favorable dans la plus part des cas, 02 perdus de vue et un décès.

Conclusion: La TPM - est une préoccupation majeure pour le praticien qui doit prendre la bonne décision pour démarrer le traitement spécifique.

titre: Après la coqueluche de l'enfant, la coqueluche de l'adulte

orateur: Radoui A.

lieu exercice orateur: Service de pneumologie et d'allergologie pédiatriques EHS pédiatrique de Canastel, Oran, Algérie

email: radouikarim@yahoo.fr

auteur2: Guerguer L.

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie et d'allergologie pédiatriques EHS pédiatrique de Canastel, Oran, Algérie

auteur3: Moktefi A.

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie et d'allergologie pédiatriques EHS pédiatrique de Canastel, Oran, Algérie

auteur4: Benkadour L.

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie et d'allergologie pédiatriques EHS pédiatrique de Canastel, Oran, Algérie

auteur5: Rahel K.

lieu exercice Auteur5: Service de bactériologie médicale. Institut Pasteur d'Algérie. Algérie

abstract: Introduction.

La coqueluche pose un problème de santé publique. En Algérie, aucune donnée épidémiologique n'est connue sur la coqueluche confirmée au laboratoire chez l'adulte. Le but de notre étude est de préciser l'épidémiologie de la coqueluche chez les sujets adultes au contact d'enfants atteints de coqueluche.

Matériel et méthodes.

Etude épidémiologique prospective descriptive en explorant les sujets adultes en contact avec des enfants hospitalisés pour coqueluche prouvée au laboratoire. En plus des renseignements cliniques, nous avons réalisé chez les sujets contacts une culture (milieu Bordet-Gengou à la recherche de Bordetella Pertussis) des prélèvements nasopharyngés, une Polymerase Chain Réaction en temps réel (RTPCR) et deux examens sérologiques à 3 semaines d'intervalle par technique Elisa à la recherche des anticorps anti-toxine pertussique. Les prélèvements ont été traités par l'Institut Pasteur d'Algérie.

Résultats. Cinquante-neufs enfants (28 garçons, 31 filles) ont été hospitalisés pour une coqueluche prouvée entre juillet et septembre 2012. Cinquante-quatre sujets contacts sur 70 dépistés (77 % des cas) étaient positifs (44/57 familles positives). Le diagnostic de la coqueluche a été confirmé par PCR (44,4%), sérologie (92,5%), jamais par culture. L'âge moyen des sujets contacts atteints de coqueluche est de 31 ans [19-72 ans]. Le contaminateur est essentiellement la mère (81%) ensuite le père (9%), l'oncle (5%), la tante (3%) et le grand père (2%). Quatorze pour cent souffraient de coqueluches typiques, 37 % des sujets contacts étaient asymptomatiques.

Commentaire- Conclusion. D'après nos connaissances, c'est la première étude en Algérie qui renseigne sur la réalité de la coqueluche chez l'adulte, elle est à l'origine de la plupart des contaminations des jeunes enfants. Il est donc devenu nécessaire de reconnaître et de traiter au plus tôt les coqueluches de l'adulte devant une toux spasmodique, voire quinteuse, qui évolue sans s'améliorer depuis plus de huit jours. Le rappel vaccinal chez les jeunes adultes est à évaluer pour une meilleure protection des très jeunes nourrissons.

titre: Diagnostic de la mucoviscidose de l'adulte : les leçons tirées d'une histoire d'un cas clinique.

orateur: Radoui A.

lieu exercice orateur: Service de pneumologie et d'allergologie pédiatriques EHS pédiatrique de Canastel, Oran, Algérie

email: radouikarim@yahoo.fr

auteur2: Bellon G.

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie et d'allergologie pédiatriques, Centre de référence de mucoviscidose, CHU Lyon, Bron, France

abstract: La mucoviscidose est une maladie génétique autosomique récessive potentiellement létale. Nous rapportons le cas d'un patient de 32 ans qui présentait depuis le bas âge une surinfection à répétition, une symptomatologie digestive (diarrhée chronique graisseuse) avec une stagnation pondérale. Le diagnostic de mucoviscidose a été retenu à l'âge de 4 ans devant la positivité du test de la sueur et la présence de deux mutations du gène CFTR. Le patient était perdu de vue jusqu'à l'âge de 32 ans. Il a été orienté grâce au réseau de mucoviscidose. Il présentait une expectoration mucopurulente avec des poussées de surinfection bronchique. L'examen clinique retrouve un indice de masse corporelle à 25, des râles crépitants bilatéraux. La radio du thorax objective des opacités aréolaires diffuses. La tomodensitométrie thoracique montre un épaississement des parois bronchiques avec dilatation des bronches. La tomodensitométrie des sinus montre une pansinuse avec polyposse nasale. La colonisation bactérienne est confirmée par l'isolement permanent du *Pseudomonas aeruginosa* dans les expectorations. L'exploration de la fonction respiratoire retrouve un VEMS à 76 %, un CVF à 89 %. Au cours de la mucoviscidose, l'expression de la maladie reste très variable d'un individu à l'autre. Il est donc important pour les médecins d'adultes de connaître cette pathologie et demander le test de la sueur en priorité devant une polyposse nasale ou une dilatation des bronches surtout s'il y a une colonisation par *Pseudomonas aeruginosa* et même si cette dilatation des bronches est isolée.

titre: Carcinome à petites cellules

orateur: SAADI Fatiha

lieu exercice orateur: Service Pneumologie CHU Mustapha

email: aimykahina@yahoo.fr

abstract: Le cancer bronchique à petites cellules : à propos de 18 cas F.Saadi S.Nafti

Clinique des Maladies Respiratoires «Pr D.Larbaoui» CHU Mustapha.

Le cancer bronchique à petites cellules (CBPC) est le cancer bronchique primitif (CBP) dont le pronostic est le plus mauvais. Il représente 15 à 20% de ces cancers. Il se caractérise par son évolutivité avec une rapide dissémination et par sa grande sensibilité à la chimiothérapie et radiothérapie.

Cette étude rétrospective concerne 18 patients hospitalisés sur une période de 05ans (2008-2012) et dont l'intérêt était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. Il s'agit de 17hommes et une femme avec un âge moyen de 60ans, le tabagisme était retrouvé chez tout les patients avec une consommation moyenne de 47 paquets/année. Le tableau clinique était dominé par l'altération de l'état général chez tout les patients, la toux (7cas), la douleur thoracique (6cas), la dyspnée (4cas) et hémoptysie (1cas). La TDM thoracique objectivait un processus médiastinopulmonaire dans 11cas, lobaire supérieur dans 4cas et lobaire inférieur dans 3cas. La fibroscopie bronchique objectivait un bourgeon endobronchique dans 06cas, une compression extrinsèque dans 03cas une sténose 02cas une infiltration tumorale 03cas et un épaississement des éperons dans 01cas. Le délai diagnostique était de 23jours en moyenne. Le diagnostic était obtenu par la biopsie bronchique dans 11cas, la ponction biopsie trans pariétal dans 03cas, biopsie pleurale et biopsie ganglionnaire dans 02cas chacun. chez tout les patients le cancer était à un stade diffus. 12 patients avaient eu une chimiothérapie seule, 02patients une chimioradiothérapie et un traitement palliatif dans 04cas.

Le cancer bronchique à petites cellules est une tumeur agressive fortement associée au tabagisme et qui se présente dans la majorité des cas à un stade diffus et dont le pronostic est sombre.

titre: Évaluation des habitudes de prescription antibiotique pour les pneumonies à partir d'une enquête hospitalière rétrospective menée dans le service de pneumo-physiologie de Tizi-Ouzou en

2011

orateur: Saboundji.K

lieu exercice orateur: service de pneumo-physiologie de Tizi-Ouzou

email: messadi.mohamesalah@yahoo.fr

auteur2: Amrani.A

lieu exercice Auteur2: service de pneumo-physiologie de Tizi-Ouzou

auteur3: Hammache N

lieu exercice Auteur3: service de pneumo-physiologie de Tizi-Ouzou

auteur4: Messadi MS

lieu exercice Auteur4: service de pneumo-physiologie de Tizi-Ouzou

abstract: Introduction : Les pneumonies communautaires sont une cause fréquente d'hospitalisation. La stratégie thérapeutique est presque toujours « probabiliste » du fait de l'absence de diagnostic microbiologique. L'usage injustifié et excessif des antibiotiques contribue dans la sélection des espèces bactériennes résistantes favorisant les échecs thérapeutiques. Par ailleurs, leur poids économique est important. Actuellement, la réduction des prescriptions d'antibiotiques et leur utilisation adaptée restent une priorité des professionnels de santé. Objectif : Évaluer les habitudes de prescription des antibiotiques chez les malades hospitalisés pour pneumonie en 2011.

Méthodes : Étude rétrospective dans le service de pneumo-physiologie du CHU de Tizi-Ouzou, chez 38 patients hospitalisés pour pneumonie, s'étalant sur une durée d'un an (01 janvier - 31 décembre 2011). Résultats, Discussion : Parmi les dossiers étudiés, on note une prédominance de prescription des pénicillines en 1ère intention, : 50% (Peni A : 7,69% - Amoxicilline+acide clavulanique : 42,31%) ce qui montre une attitude positive de prescription allant dans le sens des recommandations nationales et internationales qui insistent pour privilégier les bêta-lactamines car elles ont un index thérapeutique plus large, un pouvoir sélectionnant et un coût faibles. Suivie de près par La prescription des céphalosporines : 38,5%, des quinolones : 11,5%. dénote d'un point négatif malgré qu'elles aient leur place dans les recommandations et qu'elles soient pleines d'atouts. Il faut rationaliser leur utilisation dans les pneumonies. Les associations d'antibiotiques : 31,6% ne sont pas souvent justifiées en pratique.

Les écarts dans la prescription des antibiotiques ne sont pas le seul fait des médecins prescripteurs, la prescription des antibiotiques en milieu hospitalier est étroitement liée à la gestion de la pharmacie de l'hôpital ainsi qu'à leur disponibilité. D'où les changements d'ATB injustifiés.

Conclusion : Ces données recueillies démontrent la nécessité de changements dans nos habitudes thérapeutiques : d'une stratégie le plus souvent probabiliste, il est souhaitable de privilégier une stratégie « orientée » en se donnant les moyens d'identifier les germes en cause. Ceci devra passer par des progrès dans la réalisation des prélèvements respiratoires. Elles démontrent également la nécessité d'une évaluation régulière des prescriptions d'antibiotiques, sans oublier l'indispensable partenariat entre les différents acteurs concernés.

titre: Hémothorax spontané de grande abondance à propos d'un cas

orateur: Dr SAHNOUNE mohamed

lieu exercice orateur: EPH Medea

email: Msahnounelaid@yahoo.fr

INTRODUCTION : La survenue d'un hémothorax spontané est un événement rare dans la population générale, les étiologies sont multiples essentiellement congénitales ou héréditaires le pronostic parfois est sévère dépend de la gravité du tableau clinique et de la nature de la lésion. Nous rapportons un cas d'un patient de 21 ans qui présente un hémothorax spontané gauche de grande abondance.

OBSERVATION: Patient AB âgé de 21 ans originaire et demeurant à Médéa, célibataire commerçant de profession, hospitalisait chez nous pour prise en charge d'un pneumothorax spontané partiel gauche.

L'anamnèse de l'épisode retrouvait notion de tabagisme de 3paquet /année, pas d'antécédents médico-chirurgicaux.

L'examen d'entrée retrouvait des douleurs thoraciques irradiant vers le bas intense se majorant à l'inspiration associées à une dyspnée légère accentuait par la parole, l'inspection retrouvait une légère pâleur cutanéomuqueuse.

L'examen clinique retrouvait (une abolition des vibrations vocales, tympanisme et abolition du murmure vésiculaire) de l'hémothorax gauche, un rythme cardiaque régulier à 85 battement/minute, une tension artérielle à 11/07.

La radiographie de thorax de face retrouvait une hyperclarté en bande de 4cm de largeur avec une ligne bourdante délimitant le poumon décollé et un émoussement de cul de sac gauche au début qui se majorait par la suite est devenu de grande abondance en trois jours.

Le bilan biologique objectivait une anémie modérée à 11g/l secondairement aggravait en quelques jours à 6 g/l mal tolérante qui a nécessité une transfusion sanguine. Le bilan était complété par un scanner thoracique objectivait un hémithorax de grande abondance gauche refoulant le médiastin et le cœur à droite sans autres anomalies parenchymateuses ou pariétales associées. Devant le saignement actif et la majoration de la dyspnée et l'apparition des signes de choc, en assistance d'un chirurgien et un médecin réanimateur un drain thoracique était mis en place avait permis d'évacuer 2000cc du sang, une voie d'abord fémorale était prise pour perfusion des solutés et transfusion sanguine en suite le malade était transféré en urgence vers un service de chirurgie thoracique, il a bénéficié d'une intervention chirurgicale hémostase ou le diagnostic a été posé en per-opératoire, il s'agissait d'une rupture d'une bride richement vascularisée. Le malade avait guéri après l'intervention, il suit actuellement en consultation.

DISCUSSION : L'hémithorax spontané est une maladie pleurale rare ; Ses principales étiologies sont les affections pleurales malignes primaires ou secondaires, les séquestrations pulmonaires, les complications du traitement anticoagulant, les coagulopathies, une rupture d'anévrisme de l'aorte, l'exostose multiple héréditaire, la rupture d'une bride comme le cas de notre présentation.

La bride est une bande de tissu conjonctif fibreux réunissant anormalement deux organes ou développée au niveau d'une cavité séreuse elle est parfois riche en vaisseaux de taille considérable. Les brides pleurales sont des formations fibreuses, en forme de fil ou de bande, qui rattachent une zone malade du poumon à la plèvre suite à une maladie pleuro-pulmonaire généralement la tuberculose ou autre affection, mais parfois la bride est congénitale ne peut être diagnostiquée que soit par examen radiographique standard du thorax ou généralement par scanner thoracique demandé pour un bilan général d'autre maladie, parfois suite à une complication d'un pneumothorax.

La rupture de la bride est responsable d'un hémithorax parfois de grande abondance menaçant la vie du patient.

CONCLUSION : L'hémithorax spontané est une affection rare surtout dans sa forme par rupture d'une bride congénitale c'est une maladie grave parfois mortelle le traitement reste chirurgical.

Références:

- Article : F.Cordon, N.vangrunderbeeck, O.Florea, S.Duvet, C.Lamblin : Hémithorax spontané compliquant une maladie des exostoses multiples. Rev Mal Respir 2008;25:87-90.
- Article: H. Ghraïri, Z. Zenda, J. Ammar, A. Zidi, T. Kilani, A. Hamzaoui: Un hémithorax abondant révélateur d'une séquestration pulmonaire extra-lobaire RPC-01-2006-62-1-0761-8211-8417-101019-200517726

titre: Le pneumothorax bilatéral : une complication rare de la miliaire tuberculeuse

orateur: Selmani MR

lieu exercice orateur: Service de Pneumophtisiologie EPH Batna

email: mr.selmani@yahoo.fr

auteur2: Ameghchouch ME

lieu exercice Auteur2: Service de Pneumophtisiologie EPH Batna

auteur3: Ailane HE

lieu exercice Auteur3: Service de Pneumophtisiologie EPH Batna

auteur4: Djebbar A

lieu exercice Auteur4: Service de Pneumophtisiologie EPH Batna

lieu exercice Auteur5: Service de Pneumophtisiologie EPH Batna

abstract: Introduction : Bien que Le pneumothorax secondaire à une tuberculose pulmonaire cavitairale soit une complication classique, sa description lors des miliaires tuberculeuses est extrêmement rare.

Observation : Nous rapportant le cas d'une adolescente de 17 ans qui fut admise dans notre service dans un tableau de détresse respiratoire fébrile. La radiographie thoracique retrouvait des opacités miliaires diffuses aux deux champs pulmonaires, associées à un pneumothorax total gauche. La patiente a été, d'emblée traitée pour une miliaire tuberculeuse présumée et compliquée d'un pneumothorax, par un traitement antituberculeux standard, ainsi que la mise en place d'un drain thoracique. Huit jours plus tard, un deuxième pneumothorax contralatéral est apparu ayant imposé la mise en place d'un drain thoracique à droite. Dans les vingt jours qui ont suivi aucun des deux poumons n'est revenu à la paroi du fait d'une fuite aérienne persistante. Une double thoracotomie a été pratiquée pour pleurodèse chirurgicale, les suites opératoires ont été compliquées et la patiente est décédée une semaine plus tard.

Conclusion : Cette observation révèle que des complications historiques de la tuberculose ne sont pas si anecdotiques dans notre pays et pose la problématique de leur prise en charge chirurgicale déficiente notamment par l'absence de développement de la chirurgie thoracoscopique sous nos contrées.

titre: CHIRURGIE THORACIQUE DU SUJET AGE

orateur: SIMERABET Azeddine

lieu exercice orateur: EHU Oran

email: azdsimerabet@yahoo.fr

auteur2: TALEB Chaib

lieu exercice Auteur2: CHU Oran

auteur3: LACHEHEB Mohamed

lieu exercice Auteur3: EHU Oran

abstract: Avec les progrès de la médecine et des techniques chirurgicales en général, de l'anesthésie réanimation et de l'anesthésie locorégionale en particulier, l'âge à lui seul ne constitue plus une contre-indication opératoire. A partir de 70 ans, plusieurs pathologies peuvent être prises en charge en chirurgie thoracique. Les indications opératoires sont dominées par la pathologie néoplasique essentiellement les cancers bronchopulmonaires qui relèvent de gestes d'exérèses parenchymateuses parfois majeurs, les tumeurs de paroi thoracique qui nécessitent des résections avec des gestes de reconstruction pariétale par matériel prothétique, la chirurgie de la BPCO essentiellement les bulles d'emphysème et les pneumothorax par rupture de bulles, la pathologie pleurale maligne essentiellement métastatique. Les auteurs rapportent leur expérience dans la chirurgie thoracique des sujets âgés depuis l'ouverture du service de chirurgie thoracique à l'EHU d'Oran.

titre: Des phénotypes/endotypes de l'asthme au traitement personnalisé

orateur: SNOUBER Abdelmajid

grade: Professeur

lieu exercice orateur: Pneumologie A CHU Oran

email: asnouber@yahoo.fr

auteur2: METAHRI Malika

lieu exercice Auteur2: Pneumologie A CHU Oran

auteur3: KEBBATI Souad

lieu exercice Auteur3: Pneumologie A CHU Oran

auteur4: BENNANI Abdellatif

lieu exercice Auteur4: Pneumologie A CHU Oran

auteur5: GUERMAZ Malika

lieu exercice Auteur5: Pneumologie A CHU Oran

Objectif : Faire le point sur les données actuelles concernant les phénotypes/endotypes de l'asthme ayant permis une meilleure connaissance des mécanismes de l'asthme et un ajustement thérapeutique.

Méthodes : Une recherche électronique est réalisée afin de trouver des revues de littérature de synthèse sur le sujet. L'interrogation de la base de données Medline en utilisant les mots-clés suivants : « phénotype, endotype, asthma », "asthma, targeted therapy", a identifié 150 articles s'étalant de la période 2005-2012. Nous en avons analysé une vingtaine dont des articles pertinents émanant des revues systématiques.

Résultats : L'hypothèse TH2-inflammation expliquant le mécanisme de l'asthme a montré ses limites. L'asthme étant hétérogène et génétiquement complexe ne pouvait dépendre d'un seul mécanisme. D'où l'apparition de nombreuses sous-catégories d'asthme définies selon leur phénotype clinique ou physiologique, selon les facteurs déclenchants et selon le type d'inflammation bronchique. D'autres études de cohortes ont également caractérisé certains sous-groupes d'asthmatiques selon les Co-morbidités associées. Les études portant sur certains médicaments ciblant un mécanisme précis doivent prendre en compte le phénotype(ou endotype) de l'asthme.

Conclusion : L'asthme est de plus en plus considéré comme un ensemble de pathologies avec différentes présentations cliniques et également différents mécanismes. La recherche sur les biomarqueurs pourra faire progresser le diagnostic, établir les phénotypes/endotypes et permettre un traitement ciblé.

titre: Historique et progrès du contrôle de la tuberculose en Algérie

orateur: SNOUBER A

lieu exercice orateur: Pneumologie A CHU Oran

email: asnouber@yahoo.fr

abstract: Coller ici votre texte, maximum 300 mots

Objectif : Mettre en exergue l'histoire de la lutte antituberculeuse en Algérie et identifier les progrès majeurs qui lui ont permis son incursion précoce dans le gotha mondial des artisans du contrôle de la tuberculose.

Méthodes : Consultation exhaustive des différentes publications ayant trait au contrôle de la tuberculose en Algérie, des travaux nationaux et internationaux sur la tuberculose en Algérie ainsi que la littérature grise nationale. **Résultats :** Nous avons pu constater la mise en place dès le lendemain de l'indépendance du programme national de lutte contre la tuberculose (premier programme national de santé publique), à forte connotation politique et prenant en compte l'évolution scientifique. Le développe-

ment du réseau national des laboratoires de microscopie par l'institut Pasteur d'Algérie, l'introduction du BCG dans le cadre des programmes élargis de vaccination, l'intégration du programme national dans les structures de soins de base et la généralisation de la chimiothérapie moderne de courte durée, constituaient les points forts du contrôle de la tuberculose en Algérie.

Conclusion : L'extension du programme national, le renforcement continu des ses activités, son adaptation à l'évolution de la situation épidémiologique et aux progrès des méthodes de diagnostics et de traitement, ont permis à l'Algérie de figurer parmi les pays à prévalence modérée de tuberculose.R

titre: Profil Etiologique et évolutif des Exacerbations de BPCO du sujet âgé:

orateur: TERFANI.DJ

lieu exercice orateur: Service de pneumologie EHU Oran

email: s_ellou2007@hotmail.fr

auteur2: LELLOU.S

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie EHU Oran

auteur3: DJEBRI.K

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie EHU Oran

auteur4: BOUSHABA.H

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie EHU Oran

abstract: L'exacerbation est la complication évolutive la plus fréquente de la BPCO c'est une Aggravation des symptômes perçus comme anormaux par le patient par rapport à son état de base.

L'objectif de cette étude était de déterminer le profil étiologique et évolutif des exacerbations de BPCO des sujets âgés hospitalisés entre 2009 et 2011.

Nous avons colligé 32 patients, 1 femme et 31 hommes, l'âge moyen était de 57ans, 13 patients étaient âgés de 70 ans et plus tous tabagiques avec une intoxication tabagique cumulée moyenne de 40.5 paquets/année. 8 de nos patients étaient connus porteurs de BPCO et 5 patients présentaient une exacerbation inaugurale. La symptomatologie était dominée par la l'aggravation de la dyspnée notée chez l'ensemble des patients, les signes cliniques et biologiques d'infection chez 7 patients. La radiographie du thorax faite chez 10 patients était normale dans 2 cas, un syndrome bronchique dans 4 cas, un pneumothorax dans 2 cas, Condensation alvéolaire dans 2cas. Le scanner thoracique fait dans 9 cas a objectivé un processus néoplasique dans 3 cas, une embolie massive dans 1 cas et des images bulleuse géantes dans 5 cas. L'évaluation cardiaque a retrouvé une HTAP dans 6 cas, une cardiopathie gauche dans 5 cas, la gazométrie faite chez 4patients objective Hypoxie hypercapnie avec des signes d'acidose dans un cas, une hypoxie hypocapnie avec des signes de compensation dans 1 cas et une hypoxie isolée dans 2 cas. Concernant les étiologies : la cause infectieuse vient en tête chez 7 patients, vient ensuite le cancer bronchique 3 cas , le pneumothorax 2cas, l'embolie pulmonaire 1 cas. Pour ce qui est de la prise en charge thérapeutique, en plus de l'optimisation du traitement de fond les antibiotiques ont été prescrits dans 7 cas, les anticoagulants dans 7 cas, les corticoïdes parentérales dans 5 cas .Concernant l'évolution on déplore 2 décès 1cas d'embolie pulmonaire massive et un cas de pneumopathie fulminante, retour à l'état stable dans 8 cas et transfert en réanimation dans 3 cas.

Conclusion. L'exacerbation représente un tournant évolutif majeur de la BPCO, sa prévention fait partie intégrante de sa prise en charge mais cela ne doit pas détourner notre attention pour la lutte anti tabac.

titre: Maladie de Hodgkin : Atteinte trachéale

orateur: TERFANI,DJ(1)

lieu exercice orateur: (1) Service de Pneumologie EHUd'Oran

email: ttfani_or@yahoo.fr

auteur2: LELLOU,S (1)

lieu exercice Auteur2: (1)

auteur3: BELALLIA,M (1)

lieu exercice Auteur3: (1)

auteur4: DJEBRI,K (1)

lieu exercice Auteur4: (1)

abstract: L'atteinte trachéo-bronchique de la maladie d'hodgkin reste exceptionnelle, sa symptomatologie est souvent trompeuse conduisant à un retard diagnostique.

Nous rapportons un cas de maladie d'hodgkin trachéale colligé au service de pneumologie de l'EHU d'Oran , révélée par une dyspnée inspiratoire sifflante et une hémoptysie de faible abondance , le télé thorax était normal, la fibroscopie bronchique a montré un processus bour-

geonnant, moyennement vascularisé dans le1/3 supérieur de la trachée dont l'examen anatomopathologique a conclu à une infiltration de la trachée par une maladie d'hodgkin de type cellularité mixte. Le bilan d'extension à la recherche d'autre atteinte était normal. La conduite thérapeutique a été de conduire des cures de chimiothérapie à base d'ABVD suivie d'une radiothérapie de 36 grays ce qui a conduit à une diminution remarquable de la masse et une amélioration des symptômes (Rémission complète).

titre: Cancer broncho-pulmonaire compliquant des lésions de fibrose pulmonaire de sclérodermie : à propos d'une observation

orateur: TERFANI,DJ,(1)

lieu exercice orateur: (1) Service de pneumologie EHUd'Oran

email: ttfani_or@yahoo.fr

auteur2: LELLOU,S (1)

lieu exercice Auteur2: (1)

auteur3: BOUSHABA ,H (1)

lieu exercice Auteur3: (1)

auteur4: MEHIEDINE ,F (1)

lieu exercice Auteur4: (1)

abstract: Les lésions de fibrose pulmonaires de sclérodermie constituent un terrain à haut risque pour le développement du cancer broncho-pulmonaire. A travers cette observation nous rapportons l'association de fibrose pulmonaire de sclérodermie et de cancer broncho- pulmonaire. Il s'agit d'une femme âgée de 49ans ancienne, malade de notre service connue comme porteuse d'une fibrose pulmonaire due à une sclérodermie, présente une aggravation des signes respiratoires à savoir la toux et la dyspnée qui deviennent de plus en plus invalidante avec altération de l'état général évoluant depuis 2 mois et demi.

La radiographie thoracique a montré un syndrome interstitiel bilatéral avec quelques lésions de rayons de miel aux niveaux des bases et une opacité lobaire supérieure droite, la fibroscopie bronchique n'était pas concluante une biopsie scanno-guidée avait conclue à un adénocarcinome La malade était classée stade IV au scanner thoracique. Vue les antécédents de la malade et son état général des soins palliatifs ont été proposés.

La greffe néoplasique sur les lésions de fibrose de sclérodermie n'est pas rare .Cette association pose de nombreux problèmes de diagnostique du fait de la transformation néoplasique des lésions de fibrose préexistantes et de prise en charge thérapeutique et pronostique, devant la précarité de l'état fonctionnel respiratoire .

A travers cette observation, nous insistons sur l'intérêt de la surveillance des malades porteurs de lésions de fibrose pulmonaire.

Asthme aiguë grave : à propos de 61 cas

M Terniche, M Kecili, R Oulslmane, M GUERINIK
Service urgences médico-chirurgicales CHU Mustapha Alger centre
EMAIL : terniche@yahoo.fr

Introduction .- L'asthme aiguë grave est une crise d'asthme d'évolution inhabituelle, d'installation aiguë, ne réagissant pas au traitement habituelle efficace et pouvant évoluer vers un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë mettant en jeu le pronostic vital. C'est une urgence vitale. Patients et méthode .- Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 56 patients hospitalisés au service des urgences médico-chirurgicales du CHU Mustapha Alger centre au cours de la période allant de janvier 2010 à février 2012.

Résultats .- Il s'agit de 61 patients, avec une prédominance masculine (58 % des cas), l'âge moyen est de 38,6ans avec des extrêmes de 16 à 75ans, 57 % des patients sont connus asthmatique alors que l'asthme aiguë grave était inaugural chez 43 % patients. Parmi les patients, 33 % des patients étaient intubés avec une durée moyenne de trois jours d'intubation et 32% avaient des antécédents médicaux pathologiques. La durée moyenne d'hospitalisation était de cinq jours.

La cause la plus fréquente de la décompensation reste l'infection pulmonaire. La prise en charge dans notre service a comporté dans tous les cas des séances de nébulisation de B2 mimétiques, des corticoïdes par voie générale et une oxygénothérapie.

L'antibiothérapie comportait dans la plus part des cas une association de deux antibiotique cephalosporine,aminosides.

On a eu 27% de décès et dans la plus part des cas durant le premier jour d'hospitalisation.

Tous les malades étaient mis sous traitement de fond : bronchodilatateurs de longue durée d'action et corticothérapie par voie orale, avec bronchodilatateur de courte durée d'action. 21,3 % des cas ont été mis

sous antihistaminique. Tous nos patients ont bénéficié d'une éducation pour la maladie asthmatique et adresse en consultation d'asthmologie. Conclusion. – L'asthme aiguë grave impose une prise en charge urgente le plus souvent en milieu de réanimation. Les facteurs prédictifs sont dominés par l'infection, l'absence de traitement de fond et la mauvaise observance thérapeutique.

Conséquences de l'intubation trachéale sur la fonction respiratoire.

M Terniche ,RSeckhraoui ,A Cherchour,HMaouche ,M GUERINIK Service urgences médico-chirurgicales CHU Mustapha Alger centre

ABSTRACT

INTRODUCTION: Les complications respiratoires postopératoires sont fréquentes. La morbidité liée à la dysfonction respiratoire reste importante.

PATIENTS ET METHODES: Notre travail a concerné 200 patients bénéficiant d'une chirurgie et ayant nécessité un séjour au service de réanimation post-opératoire des urgences médico-chirurgicales du CHU Mustapha Alger, pendant une période de 02ans,(janvier2011-Juillet2012).Notre étude a intéressé tous les patients opérés quels que soit l'étiologie, l'âge, le sexe et les facteurs de risque. L'évaluation a été faite par étude des données épidémiologiques, des facteurs de risque étiologiques, des facteurs liés au terrain des patients, à la chirurgie et à l'anesthésie. Elle s'est intéressée par la suite aux complications respiratoires survenues en postopératoires.

RESULTATS: Dans notre série, 33 patients ont présenté des complications, soit une incidence de 16,5%.L'âge moyen des patients était de 42,4 ans [15-84 ans] avec une prédominance masculine. La BPCO et le tabagisme sont les facteurs de risque respiratoires les plus fréquemment retrouvés dans les antécédents des patients avec respectivement 46,5% et 43,5%.

Les appendicites aigus, les occlusions intestinales aigus et les pneumothorax post-traumatiques étaient quant à elles les pathologies les plus rencontrées avec des pourcentages de 33%, 26,5% et 16,5%.L'insuffisance respiratoire aiguë, l'infection et l'atélectasie étaient les complications les plus fréquentes rencontrées 5,5 %, 4,5 % et 4 %.La durée moyenne de la ventilation était de 3jours. L'analgesie postopératoire était assurée par des anti-inflammatoires non-stéroïdiens et paracétamol par voie générale. L'évolution était favorable chez 83,5 % des cas et 6% sont décédés par choc septique (42 %), hémorragie postopératoire (17 %) et insuffisance respiratoire sur atelectasies (17 %).

DISCUSSION: les complications pulmonaires incluent l'insuffisance respiratoire aiguë, le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), l'atélectasie, l'encombrement bronchique, l'obstruction aiguë des voies aériennes supérieures, les pneumopathies d'inhalation, la fistule bronchique, l'œdème pulmonaire, l'embolie pulmonaire, et les épanchements pleuraux (hémithorax, pyothorax).

Les Complications post-opératoires de la chirurgie sont fréquentes, elles augmentent la morbidité, la durée d'hospitalisation et finalement la mortalité postopératoire.

Dans notre série, l'insuffisance respiratoire postopératoire aiguë était la deuxième complication avec une incidence de 4,5 %.l'atélectasie représente la troisième complication avec une incidence de 4%.les BPCO constituaient le principal facteur de risque de complications post opératoires ,46,5% des patients étaient porteurs de BPCO dont 28 % se sont compliqués.75 % des patients décédés étaient porteurs de BPCO. Conclusion : La prévention de la survenue des complications respiratoires devrait débuter dès la période préopératoire.

titre: cas clinique :La lymphangioléiomyomatose

orateur: TIAIBA AMEUR

lieu exercice orateur: M'SILA

email: tiaibachir@gmail.com

abstract: La lymphangioléiomyomatose (ou LAM) est une maladie qui touche les poumons et évolue souvent vers une insuffisance respiratoire. Elle ne survient que chez la femme. L'atteinte pulmonaire peut également être associée à des problèmes abdominaux ou rénaux (au niveau des reins).

La LAM peut être isolée ou bien elle peut être associée à la sclérose tuberculeuse de Bourneville (STB). La STB est une maladie génétique caractérisée par un ensemble de manifestations

principalement au niveau de la peau, du système nerveux, des reins, du cœur. Quand la LAM est isolée, on parle de forme sporadique (une seule personne est atteinte de la maladie dans une famille)

Titre : Le Syndrome des Anti Phospholipides à propos de 02 cas.

TOUATI Salim

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumophtisiologie A, CHU Beni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : S. TOUATI, A. KHELIOUEN, R. HITACHI, A. SAADI, H. SID, D. MEKIDECHE, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI

Le SAPL est défini par l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques secondaires à la présence d'anticorps dirigés contre les phospholipides ou leurs cofacteurs.

Les principaux critères cliniques :

-Thromboses artérielles et /ou veineuses.

-Morbidity gravidique avec mort fœtale inexpliquée ou naissances prématurées ou avortements spontanés inexpliqués.

Les principaux critères biologiques :

-Présence d'anticorps anti-cardiolipine IgG et /ou M.

-Troubles de l'hémostase et /ou allongement du temps de coagulation dépendant des phospholipides, et sa correction par adjonction d'un excès de phospholipides.

Le diagnostic du SAPL est posé par l'association d'au moins un critère clinique et un critère biologique.

C'est une pathologie à prédominance féminine.

Nous rapportons 02 cas de SAPL, chez deux jeunes femmes, âgées respectivement de 28 et 31 ans.

Le 1er cas, il s'agit d'une embolie pulmonaire avec AVC ischémique, pancytopenie et trouble de la coagulation.

Le 2eme cas est révélé par une hépatite médicamenteuse aux antituberculeux, avec notion d'HTA gravidique et un avortement tardif (2eme trimestre).

Le diagnostic de SAPL est posé dans les 02 cas, par l'association de critères cliniques pulmonaires, vasculaires et obstétricaux aux critères biologiques ; anticorps anti cardiolipines IgG et IgM, associés aux troubles de l'hémostase et de coagulation, dans le 1er cas.

Titre : Le Syndrome d'Erasmus à propos de 01 cas.

TOUATI Salim

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumophtisiologie A, CHU Beni-Messous Auteurs (souligner l'orateur) : S. TOUATI, A. KHELIOUEN, R. HITACHI, A. SAADI, H. SID, D. MEKIDECHE, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI

Le syndrome d'Erasmus désigne l'association d'une sclérodermie systémique (SS) progressive et d'une exposition à la silice avec ou sans silicose. La silicose peut précéder la SS mais aussi celle-ci peut être inaugurale, dans ce cas la notion d'exposition à la silice doit être recherchée comme un élément du diagnostic.

La silicose est une maladie professionnelle secondaire à l'inhalation chronique (s'étalant dans le temps) de poussières de silice (sable), à l'origine de lésion pulmonaires irréversibles.

La sclérodermie est une maladie rare, dont la cause est inconnue, qui touche environ 2 à 16 individus par millions d'adultes. Elle est plus fréquente chez la femme et débute le plus souvent entre 40 et 50 ans. La sclérodermie se caractérise par un durcissement diffus associé à une altération et une dégénérescence du derme (zone de la peau située sous l'épiderme, qui est la couche la plus superficielle) plus précisément du tissu conjonctif. Elle s'accompagne de problèmes vasculaires au niveau de la peau, mais également d'une atteinte des articulations, des viscères et plus spécifiquement de l'œsophage, des poumons, des intestins, du cœur et des reins. L'altération et le durcissement du tissu conjonctif (tissu de remplissage et de soutien de la plupart des organes du corps) est due à une détérioration et à une augmentation de la taille des fibres de collagène (une des protéines composant le tissu conjonctif).

En 1957, Erasmus attirait l'attention sur la prévalence anormalement élevée de la sclérodermie progressive généralisée chez des mineurs d'or. Depuis lors, un certain nombre de publications ont confirmé, chez les travailleurs exposés aux poussières de silice, la fréquence particulière de cette connectivité ordinairement rare.

En 1977, Devulder propose une relation de cause à effet entre silicose initiale et sclérodermie secondaire et "crée" le terme de "syndrome d'Erasmus", réservé à la coexistence d'une silicose et d'une sclérodermie.

En 1985, les travaux de Sluis - Cremer conduisent à la conclusion qu'il n'y a pas de relation entre la sclérodermie systémique progressive et la silicose, mais une relation hautement significative avec la quantité de silice inhalée. La sclérodermie généralisée progressive serait une manifestation autonome, bien qu'exceptionnelle, de l'exposition à la silice, et non une complication de la silicose.

Nous rapportons 01 cas de syndrome d'Erasmus, chez un jeune homme tailleur de pierre de profession, âgé de 36 ans, révélé par une dyspnée d'effort d'aggravation progressive avec arthralgies inflammatoires diffuses.

À l'examen, il présentait un visage figé avec un nez effilé, un placard de dépigmentation du tronc et des membres inférieurs, une sécheresse cutanée, un syndrome de Raynaud ainsi qu'une sclérodactylie.

L'imagerie thoracique montrait des opacités réticulo-micro-nodulaires très denses prédominant aux bases avec des plaques pleurales bilatérales.

La biologie montrait un syndrome inflammatoire chronique évolutif avec des anticorps anti-DNA type SCL70 positifs.

L'endoscopie bronchique objectivait une distorsion bronchique avec une muqueuse atrophique.

LBA retrouvait une prédominance des macrophages à 65 % et des lymphocytes à 30 %.

L'exploration respiratoire fonctionnelle retrouvait un trouble restrictif modéré avec baisse des pressions œsophagiennes à la manométrie.

La capillaroscopie montrait un aspect de micro angiopathie bilatérale.

Titre : Carcinome neuro-endocrine à grandes cellules, à propos d'un cas

TOUBAL RADHIA

Lieu d'exercice : Service du Professeur N. Zidouni, Clinique Matiben, CHU Beni-Messous.

Auteurs (souligner l'orateur) : R.Toubal, H.Ghendir Aoun, Y.Bouguerra, A.kadi, F.Boukhezar, S.Ali halassa M.Gharnaout, N. Zidouni.

Le carcinome endocrine à grande cellules broncho-pulmonaire est une tumeur rare, identifiée par l'OMS en 1999 et de diagnostic histologique difficile. Les critères diagnostiques de cette entité sont présentés ainsi que les principales données phénotypiques et moléculaires. Les diagnostics différentiels principaux se posent surtout avec le carcinome à petites cellules et à un moindre degré avec les autres variétés de carcinomes non à petites cellules.

Le pronostic est mauvais, proche de celui des carcinomes à petites cellules.

La prise en charge thérapeutique, encore controversée, est proche le plus souvent de celle des carcinomes à petites cellules, mais le rôle d'un traitement adjuvant devrait être précisé dans des protocoles prospectifs randomisés.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 71 ans, ex-fumeur à raison de 50 P/A, aux antécédents de diabète type II et de cardiopathie hypertensive, hospitalisé pour une masse parenchymateuse droite avec des adénopathies hilaires et un épanchement pleural liquidien homolatéraux.

La fibroscopie bronchique montre une muqueuse oedématisée infiltrée au niveau de la LSD, dont la biopsie est revenue sans anomalies.

La biopsie pleurale montrait une réaction inflammatoire non spécifique, mais avec une cytologie maligne de liquide pleurale.

Le diagnostic d'un carcinome endocrine à grande cellules d'origine broncho-pulmonaire était posé par une biopsie exérèse d'une adénopathie sus claviculaire droite.

Le bilan d'extension montrait des nodules hépatiques, et le patient était classé T4N2M1b, stade IV.

Le patient est décédé suite à une altération rapide de son état général.

Tendance évolutive des cancers broncho pulmonaires dans la wilaya de Tizi-Ouzou de 1997 à 2007.

F.Toudeft1- F.Issiahem1 – N.Hammache2- F.Fazilet1 - N.Kious1 - N.Halli1

1Service d'épidémiologie CHU de Tizi-Ouzou

2 Service de pneumo-physiologie CHU de Tizi-Ouzou

Introduction : Le cancer du poumon est la tumeur maligne la plus répandue dans le monde avec annuellement 900000 nouveaux cas chez l'homme et 330000 cas chez la femme. Selon l'OMS, il constitue la première cause de décès par cancer. Dans la wilaya de Tizi-Ouzou, le can-

cer broncho-pulmonaire occupe la première position parmi les cancers les plus prévalents.

Objectifs

- Déterminer la tendance évolutive du cancer broncho-pulmonaire dans la wilaya de Tizi-Ouzou de 1997 à 2007.

- Etudier les caractéristiques socio-épidémiologiques des cas atteints par cette pathologie.

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive des cas de cancers broncho-pulmonaires enregistrés dans la wilaya de Tizi-Ouzou de 1997-2007 ; les données ont été recueillies sur la base du registre des tumeurs de la wilaya de Tizi-Ouzou (2003-2007) et du registre des tumeurs d'Alger (1997-2002). L'analyse a été faite sur le logiciel EPI info 06.

Résultats

Les tumeurs broncho-pulmonaires sont les pathologies les plus prévalentes sur toute la période d'étude, leur taux d'incidence passé de 7,01 PCMH en 1997 à 6,67 PCMH en 2007 avec une moyenne d'âge de 62,25 ans chez les hommes et de 60,45 ans chez les femmes. Le taux moyen d'incidence sur la période d'étude est de 9,82 cas PCMH chez les hommes et de 1,30 PCMH chez les femmes.

Discussion

À l'instar d'autres données des registres d'Algérie, les cancers broncho-pulmonaires restent de loin les tumeurs les plus fréquentes notamment chez l'homme. À titre indicatif, dans les wilayas d'Oran, Sétif et Tizi-Ouzou, les cancers du poumon viennent en tête (15.5%, 14.02%, 18.2%)(DS, p<10-3) suivi de ceux de la vessie (10.7%, 5.9%, 12.2%)(DS, p<10-6) et du colo rectum (7.4%, 6.2%, 9.8%)(DS, p<10-6). C'est pourquoi, il est nécessaire d'adopter une stratégie globale intégrée de manière à lutter efficacement contre les facteurs de risque souvent communs aux différents cancers.

titre: mésothéliome pleural malin à survie prolongée

orateur: H.TOUNSI

lieu exercice orateur: EPSP OUAGUENOUN

email: hamida_tounsi@hotmail.fr

auteur2: N.HAMACHE

lieu exercice Auteur2: CHU TIZI OUZOU

auteur3: W.MEGUENNI

lieu exercice Auteur3: CHU TIZI OUZOU

auteur4: M.S.MESSADI

lieu exercice Auteur4: CHU TIZI OUZOU

Introduction : le mésothéliome pleural malin est une tumeur maligne primitive de la plèvre, du essentiellement à l'exposition prolongée à l'amiante. Survient après une période de latence longue il a une prédominance masculine.

Observation : nous vous rapportons le cas de monsieur L.S âgé de 58ans, traité pour tuberculose pulmonaire déclaré guéri, fumeur, ouvrier dans une société de fabrication de ciment qui se plaignait de scapalgies. L'examen clinique était normal. la radiographie thoracique avait objectivé un épaississement irrégulier pleural gauche associé à une opacité médio thoracique gauche. Le scanner thoracique avait montré une masse pleuro pariétale gauche avec extension vers le parenchyme pulmonaire. la fibroscopie bronchique : un aspect inflammatoire diffus des bronches, les biopsies non contributives. la ponction biopsie transpariétale et étude anatomopathologique étaient non concluantes. L'immunomarquage avait conclu à un mésothéliome pleural malin. Le patient avait reçu une chimiothérapie à base de cis platine et pemetrexed associé à une radiothérapie. Le patient a survécu plus de 04ans après le diagnostic.

Discussion : malgré l'apport considérable de la thoroscopie dans le diagnostic des mésothéliomes, certaines formes restent de diagnostic difficile nécessitant d'autres méthodes diagnostiques tel que les ponctions biopsiques. Dans notre cas le traitement a donné de bons résultats sur la survie malgré l'extension locorégionale.

Conclusion : malgré le pronostic péjoratif du mésothéliome pleural malin certaines formes comme dans notre cas peuvent avoir une survie prolongée après traitement.

titre: A PROPOS D'UN CAS DE MUCOVISCIDOSE D'UN ADULTE

orateur: TOUNSI NADIA

lieu exercice orateur: CHU MUSTAPHA

email: NADIAHOS@LIVE.FR

auteur2: NAFTI SALIM

lieu exercice Auteur2: CHU MUSTAPHA

abstract: La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies génétiques graves dans la population blanche, elle est liée à une anomalie du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator). Elle associe, dans la forme classique, une insuffisance pancréatique exocrine et des infections bronchiques à répétition. L'atteinte respiratoire est la principale cause de morbidité et de mortalité. Malgré l'absence de traitement curatif, l'amélioration de la prise en charge a entraîné un allongement de la survie, avec une médiane de survie dépassant 35 ans, et une augmentation du nombre d'adultes (près de 40 % des patients). Cette maladie concerne désormais le médecin d'adultes, et tout particulièrement le pneumologue.

Nous rapportons un cas de mucoviscidose chez un jeune homme de 19 ans où le diagnostic a été posé à l'âge de 14 ans, suivi en pédiatrie et dont la symptomatologie se résume à une aggravation de la dyspnée d'effort avec modification de l'expectoration, devenue purulente et plus abondante depuis 4 mois et un retard staturo-pondéral.

Les bacilloscopies des crachats et la culture étaient négatives.

La radiographie thoracique a révélé des clartés aréolaires diffuses aux deux champs pulmonaires, la TDM thoracique a montré des dilatations de bronche diffuse avec impaction mucoïde.

La fibroscopie bronchique avait retrouvée des sécrétions purulentes, épaisses tous les orifices sont libres et cathétérissables. L'étude cyto-bactériologique à la recherche de germes a retrouvé *Pseudomonas Aërogenosa* résistant à l'imipenem et la gentamycine, sensible à l'amikacine, ceftazidime et ciprofloxacine.

Le patient a reçu une cure d'antibiothérapie à base d'Amikacine et la ceftazidime pendant 17j, associée à des dérivées pancréatiques (pancréatine : 2 gel 3x/j) et vitamine E : 1 Cp 2x/j. Kinésithérapie respiratoire, des séances de fibroaspirations bronchiques, séances d'aérosols.

Le patient a bien évolué avec une diminution de la bronchorrhée qui est passé de 450 cc à 30 cc et une amélioration de la dyspnée. L'espérance de vie ne cesse de s'améliorer chez les patients atteints de mucoviscidose et la plupart des enfants qui naissent aujourd'hui atteindront l'âge adulte. Malgré le handicap sévère, ces patients réussissent assez bien leur insertion socioprofessionnelle. Cependant, la mucoviscidose reste une maladie chronique grave sans traitement curatif, dont le pronostic est lié à l'évolution de l'insuffisance respiratoire. La transplantation pulmonaire offre des perspectives thérapeutiques nouvelles. Des recherches sont en cours, laissant espérer des traitements novateurs dans le domaine de la thérapie génique et/ou de thérapies pharmacologiques ciblées sur l'expression de la protéine CFTR.

Place du scanner thoracique dans le diagnostic de l'aspergillose pulmonaire

orateur: WAKRIM S.

lieu exercice orateur: service de radiologie 20 aout 1956, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

email: souka.wakrim@gmail.com

auteur2: MOUSSALI N.

lieu exercice Auteur2: service de radiologie 20 aout 1956, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

auteur3: ELBENNA N.

lieu exercice Auteur3: service de radiologie 20 aout 1956, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

auteur4: GHARBI A.

lieu exercice Auteur4: service de radiologie 20 aout 1956, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

abstract: Introduction

L'aspergillose invasive est une maladie essentiellement opportuniste qui reste de pronostic redoutable chez les immunodéprimés. La localisation pulmonaire est celle le plus fréquemment rencontrée, notamment chez les patients neutropéniques.

Objectifs

Montrer l'intérêt du scanner thoracique dans le diagnostic de l'aspergillose pulmonaire et décrire les signes tomodensitométriques évocateurs.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective portant sur les cas colligés dans notre service de radiologie 20 aout, chu ibn rochd casablanca. Un scanner thoracique hélicoïdale avec injection de produit de contraste a été réalisé chez tous les patients

Résultats

Le scanner a montré des aspects très évocateurs: nodules avec halo, croissant gazeux et l'association des deux. Ainsi que d'autres aspects non spécifiques ont été trouvés.

Conclusion

L'utilisation du scanner thoracique prend toute sa valeur comme outil

diagnostique de l'aspergillose pulmonaire par la mise en évidence du signe du halo permettant d'éviter le recours à des moyens diagnostiques invasifs.

titre: Le vieillissement pulmonaire

orateur: YAKOUBI.R(1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

email: dzrandz@voila.fr

auteur2: ATOUI.F

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital dorban, CHU Annaba.

auteur3: CHERKASKI.H.H

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital dorban, CHU Annaba.

auteur4: BENALI.R

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie, Hôpital dorban, CHU Annaba.

abstract: Le corps humain subit, au fil du temps, le vieillissement qui se traduit différemment d'une personne à l'autre. Le vieillissement pulmonaire n'est qu'une des manifestations de ce phénomène physiologique. Néanmoins, le déclin de la fonction respiratoire avec l'âge n'est pas linéaire ; vu que d'autres éléments sont susceptibles d'accélérer ce déclin, entre autres le tabac.

C'est dans cette optique que ce travail a été réalisé afin d'apprécier le profil des patients âgés de 65 ans et plus pris en charge au niveau du service de pneumologie de Annaba.

Objectifs de l'étude:

- Evaluer la demande de soins, en matière de pathologies respiratoires, chez les personnes âgées de 65 ans et plus parmi l'ensemble de la population prise en charge au niveau du service de pneumo-physiologie de ANNABA.

- Déterminer les profils sociodémographique, clinique et para-clinique de ces patients au sein de la population étudiée.

- Déterminer les comorbidités et les facteurs de risque susceptibles d'influencer le sort de la pathologie respiratoire pour laquelle ces patients étaient pris en charge.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant une population de patients âgés de 65 ans et plus, pris en charge au niveau du service de pneumo-physiologie du CHU Annaba, dans un but diagnostique ou thérapeutique d'une pathologie respiratoire, sur une période de un an comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre 2008.

Le support d'enquête était une fiche technique remplie à partir des dossiers de malades.

Résultats : Cette enquête a permis de montrer que :

- La majorité de notre population appartient au groupe du 3ème âge.

- L'âge moyen de notre population est de 73.2 ans ; ceci est le reflet de l'espérance de vie dans notre pays.

- Concernant les maladies chroniques, l'asthme est toujours sous diagnostic, sous traité à cause de notre réticence dans la demande des explorations.

- Le taux de la tuberculose chez le sujet âgé est anormalement élevé en raison de la faible incidence de cette maladie dans les pays où les études ont été réalisées.

- Dans notre pays, l'âge demeure un facteur limitant le recours à la chirurgie, ce qui n'est plus admis ailleurs.

- Le tabac, facteur accélérant le vieillissement pulmonaire, est retrouvé dans la majorité de notre échantillon sans préjuger du statut tabagique

titre: Age pulmonaire et tabac

orateur: YAKOUBI.R (1)

grade: Maître-assistant

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

email: dzrandz@voila.fr

auteur2: ATOUI.F(1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur3: BENALI.R (1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

abstract: Le tabac a une influence néfaste sur le poumon comme sur la plupart des appareils de l'organisme humain.

Le vieillissement est un phénomène physiologique et l'appareil respiratoire n'échappe guère à cette horloge biologique;

Le tabac entraîne un vieillissement pulmonaire précoce et essentiellement un déclin accéléré de la fonction respiratoire dont le reflet est la

valeur du Vems; à partir de ce paramètre spirométrique, une équation permet le calcul de l'âge pulmonaire, qui chez des fumeurs se situe bien au-delà de l'âge biologique du patient.

La confrontation du patient à son « âge pulmonaire » estimé peut être une arme utile dans les démarches de motivation à l'arrêt du tabac.

C'est dans cette optique qu'a été pensée cette communication, afin de mieux cerner ce nouveau concept qu'est l'âge pulmonaire.

titre: Enquête qualité de vie auprès des patients porteurs de BPCO au service de pneumologie de Annaba

orateur: YAKOUBI.R (1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

email: dzrandz@voila.fr

auteur2: BELAID.L (1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur3: ATOULI.F (1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur4: DEGHDEGH.K (1)

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur5: BENALI.R (1)

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie, Hôpital Dorban, CHU Annaba.

abstract: Le patient atteint de BPCO souffre, au-delà des symptômes spécifiques, de l'impact qu'à la maladie sur sa vie quotidienne.

La BPCO est vécue de manière différente chez des patients au même stade de sévérité.

Ces différences de perception sont étroitement liées à la personnalité des patients et à leur niveau socioculturel.

Ainsi, il apparaît qu'en même temps que les paramètres fonctionnels objectifs, un côté subjectif non négligeable à prendre en charge subsiste c'est le vécu du patient envers sa maladie.

Le questionnaire de Saint George's Hospital en constitue un instrument d'évaluation puisque différents paramètres sont explorés : les symptômes de la maladie, le retentissement sur l'activité physique, l'impact sur la vie quotidienne.

Nous vous rapportons les résultats d'une étude réalisée au sein du service de pneumo-phtisiologie Annaba ayant pour l'objectif d'apprécier la qualité de vie des patients porteurs de BPCO, en état stable ou au décours d'une exacerbation, à l'aide du questionnaire du Saint George's Hospital. C'est ainsi qu'il apparaît, qu'en même temps que les paramètres fonctionnels objectifs, un côté subjectif non négligeable à prendre en charge subsiste : c'est le vécu du patient envers sa maladie. De nombreux questionnaires ont été mis en œuvre pour l'évaluation de la qualité de vie ; certains sont généraux, discriminatifs et d'autres sont spécifiques. C'est dans cette optique que nous nous sommes proposés d'apporter quelques clarifications sur la qualité de vie au cours de la BPCO.

titre: Le cancer bronchique primitif : Parcours de soins.

orateur: YAKOUBI.R (1)

lieu exercice orateur: Service de pneumologie, hôpital Dorban, CHU Annaba.

email: dzrandz@voila.fr

auteur2: KHALLOUFI.F (1)

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie, hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur3: ATOULI.F (1)

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie, hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur4: MOUMEN.Y (1)

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie, hôpital Dorban, CHU Annaba.

auteur5: BENALI.R (1)

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie, hôpital Dorban, CHU Annaba.

abstract: Le cancer bronchique, avec un taux de mortalité proche de 85%, est la première cause de décès par cancer chez l'homme de plus de 45 ans, dans le monde.

Ce constat est tout aussi réel dans notre pays où il est en nette progression.

En effet, son incidence annuelle chez l'homme à Alger est passée de 10,5 pour 100.000 habitants en 1993 à 25,4 pour 100.000 en 2001; il en est de même à Annaba où en phase avec une consommation croissante de tabac, l'incidence du cancer broncho-pulmonaire primitif (CBPP) ne cesse de croître.

L'âge des patients, le retard et les contraintes diagnostiques, les stades TNM avancés, le coût et la disponibilité de l'arsenal thérapeutique sont autant de facteurs qui nous imposent une révision du parcours de soins du patient cancéreux.

Dans cette optique nous nous sommes proposés de retracer les étapes de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients por-

teurs de cancer bronchiques, dont le passage par notre service durant l'année 2012 nous a permis de mettre en exergue les difficultés rencontrées par ces patients.

Nous vous rapportons ici, les conclusions de notre travail et les suggestions visant à l'amélioration des pratiques en matière de cancer bronchique.

titre: Le cancer du poumon:épidémiologie, prise en charge thérapeutique et impact sur la survie

orateur: ZEMOUR Lakhdar

lieu exercice orateur: Service d'épidémiologie et de médecine préventive EHU d'Oran

email: lakhdarzemour@gmail.com

auteur2: A. Belghitri

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie EPSP Bouamama Oran

auteur3: Pr F. Seghier

lieu exercice Auteur3: service d'oncologie médicale CHU d'Oran

auteur4: Pr Djillali Iouafi

lieu exercice Auteur4: service d'oncologie médicale CHU d'Oran

auteur5: Pr N. MIDOUN

lieu exercice Auteur5: Service d'épidémiologie et de médecine préventive EHU d'Oran

abstract: Introduction: Le cancer du poumon est au 1er rang des cancers chez l'homme d'après les données du registre des cancers d'Oran et au 9ème rang chez la femme.

Objectif : Estimer l'incidence, la réponse thérapeutique et l'impact sur la survie du cancer bronchique à Oran durant la période allant de janvier 2008 à décembre 2012.

Méthodes : Une étude épidémiologique rétrospective de 2008 à 2011 et prospective durant l'année 2012 était réalisée portant sur des patients suivis pour cancer du poumon au niveau du service d'oncologie médicale du CHUO. Les analyses statistiques étaient faites en utilisant le logiciel Epi info.

Résultats: La fréquence des patients suivis pour cancer bronchique durant la période 2008-2012 était de 14,1% (598 cas) des cancers chez le sexe masculin et de 1,8% (45 cas) des cancers chez le sexe féminin. L'âge moyen (IC à 95%)= 59,0±2,8 ans chez l'homme et 61,2±8,4 ans chez la femme. La cigarette industrielle est incriminée avec un risque relatif 8,1 [4,2 12,3] suivi du tabac chiqué avec un RR de 4,1.

Conclusion : Le cancer du poumon constitue un véritable problème de santé publique et son incidence ne cesse d'augmenter. La prise en charge thérapeutique précoce est le seul moyen pour allonger la survie des patients ainsi que la lutte antitabac.

titre: Importance des signes extra respiratoires dans le diagnostic positif d'une pneumonie a germes atypiques

orateur: ZIANE. F (1); MEBREK. A (2); HAOUICHAT. H (3)

lieu exercice orateur: service de pneumologie, Hopital central de l'armée, Alger

email: z.fares06@yahoo.fr

auteur2: MEBREK. A

lieu exercice Auteur2: EPSP OULED AICHE. BLIDA

auteur3: HAOUICHAT. H

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie; Hopital central de l'armée.

abstract:

Introduction:Le diagnostic bactériologique d'une pneumonie n'est indiqué que pour les cas sévères et en cas d'échec à une antibiothérapie préalable, pour cela le traitement est le plus souvent empirique, le germe est évoqué sur le contexte épidémiologique et le tableau radio-clinique. La présence de signes extra respiratoires digestifs ou neurologiques oriente théoriquement vers un germe atypique.

Buts de l'étude: Evaluer l'importance des signes extra respiratoires dans la démarche diagnostique et la conduite thérapeutique dans notre pratique hospitalière.

Méthodes: Etude rétrospective comparative ayant porté sur 100 dossiers de patients hospitalisés pour pneumonie aigue communautaire, 45 présentaient des signes extraréspiratoires

Résultats: L'identification bactériologique a été réalisée chez 26 patients sur les 45 présentant des signes extra respiratoires ayant retrouvé 2 légionelloses

Sur les 45 patients 4 seulement ont été considérés comme pneumonie à germe atypique et mis sous macrolides seuls.

titre: Kyste hydatique du foie révélant un carcinome bronchique à petites cellules

orateur: ZIDANI.M.A.

lieu exercice orateur: Service de pneumologie B, CHU Oran.

email: z_m_amine@hotmail.com

auteur2: BENAMARA.S.

lieu exercice Auteur2: Service de pneumologie B, CHU Oran.

auteur3: BENTATA.K.

lieu exercice Auteur3: Service de pneumologie B, CHU Oran.

auteur4: ZIANE.B.

lieu exercice Auteur4: Service de pneumologie B, CHU Oran.

auteur5: BERRABAH.Y.

lieu exercice Auteur5: Service de pneumologie B, CHU Oran.

abstract: Introduction : Le carcinome à petites cellules représente 20% de l'ensemble des cancers bronchiques primitifs. Il se différencie des autres cancers bronchiques par son temps de dédoublement très rapide, et sa dissémination métastatique précoce avec localisations secondaires dans plus de 70 % des cas au moment du diagnostic.

Observation : Nous rapportons le cas du patient S.B. 70 ans, tabagique à 50 paquets-années; qui était suivi pour kyste hydatique du foie, à l'état général conservé et dont le scanner abdominal a objectivé au niveau des coupes thoraciques basses la présence d'un processus tissulaire

lobaire inférieure droit. L'examen anatomo-pathologique a posé le diagnostic de carcinome bronchique à petites cellules. Le bilan d'extension a mis en évidence la présence de métastases surrénaliennes droite et cérébelleuses.

Discussion : Cette observation nous permet de mettre le point sur l'association rare d'un kyste hydatique du foie et d'un carcinome bronchique à petites cellules disséminé, où un problème de prise en charge est posé. En effet, la présence d'un kyste hydatique du foie peut être vue comme une contre indication à la chimiothérapie, par le risque de rupture ; mais avec une médiane de survie spontanée située entre 2 et 3 mois après diagnostic, le carcinome à petites cellules constitue une urgence thérapeutique.

Conclusion : L'association d'un kyste hydatique du foie et d'un carcinome à petites cellules est un événement rare, qui ne doit cependant pas changer la prise en charge de ce dernier.

● **Important :** Les textes sont fidèlement reproduits dans ce recueil

DIPLOME UNIVERSITAIRE DE TABACOLOGIE

La Société Algérienne de Pneumophtisiologie organise un Diplôme Universitaire (DU) de Tabacologie qui se tiendra à la fin du première semestre de l'année 2013 et dont les objectifs sont :

Formation à tous les aspects de la lutte contre le tabagisme en Algérie

- Le tabagisme, une priorité de Santé Publique
- L'ensemble des actions à mettre en oeuvre pour la prévention et la promotion de la santé
- Les actions d'ordre individuel et d'ordre collectif
- La prise en charge somatique et psychologique des patients et de leur entourage, la mise en oeuvre des moyens thérapeutiques : aide à l'arrêt du tabac.

Publics concernés :

Sont admis à s'inscrire au Diplôme Universitaire

Les personnes suivantes, susceptible d'avoir un accès à un service clinique :

Les docteurs en médecine : médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, les professionnels de santé.

les docteurs en pharmacie

Sages-femmes, cadres infirmiers, infirmiers, psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes...

Le programme comprend 03 sessions de 03 jours chacune (9 heures de cours/jour) soit un total de 70 heures.

Le programme détaillé sera remis aux personnes inscrites ainsi que les modalités pratiques : calendrier du DU validation du cours : examen écrit, mémoire à rédiger et examen oral et frais de la formation.

Lieu : INSP – Alger

Durée : 1 an

3 sessions de 3 jours : les dates seront fixées prochainement

Stage pratique : 5 demi-journées de consultations d'aide au sevrage tabagique

INSCRIPTION AU DU DE TABACOLOGIE

Nom : Prénom :

Adresse :

Lieu d'exercice :

Qualification :

Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Pharmacien ☐ Secteur public ☐ Privé ☐

Professionnel de santé : Sage femme ☐ Infirmier ☐ Psychologue ☐ Autres ☐

Tel/Fax : Mobile :

@ :

FORMATION

La Société Algérienne de Pneumophtisiologie organise

1

Sixième Cours d'Oncologie Thoracique d'Alger

INSP - Alger le 11 mai 2013

2

Quatrième Cours Supérieur de Physiologie Appliquée

INSP - Alger les 13 et 14 octobre 2013

3

Quatrième Cours d'Endoscopie Interventionnelle

INSP - Alger le 11 novembre 2013

4

Quatrième Module sur le Sommeil

INSP - Alger les 7 et 8 décembre 2013

(En cas de modifications, les dates seront communiquées aux personnes inscrites à ces modules).

Je désire m'inscrire
(cocher la ou les cases de votre choix)

☐

6^e COTA

☐

4^e CSPA

☐

4^e Atelier sommeil

☐

4^e Cours Endoscopie Interventionnelle

INSCRIPTION

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél : (Fixe) : (Mobile) :

@ :

Date :

A renvoyer au secrétariat de la Société avant le 18 avril 2013

Partenaires et Exposants

C'est grâce à la générosité et à la contribution de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique, des sociétés de matériel et d'équipement médical que ce congrès se tient dans de bonnes conditions. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos remerciements.



El Kendi – Erempharm – Sandoz – Ival – Hikma – Saidal
Abbot – Actelion – Hemopharm – Impha Medis – Pierre Fabre
Bayer – Sonelgaz – Sanofi – Osteil Groupe – Eurl Pulmocard Diagnostic – Tabuk

(Liste arrêtée au 1er mars 2013)

Un prix
sera décerné au meilleur Stand d'exposition



Dans
l'Asthme
et la **BPCO**
optez pour une
valeur sûre

