

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE JIJEL  
FACULTE DES SCIENCES  
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE ET MICROBIOLOGIE



ABB. 05 106

01  
09

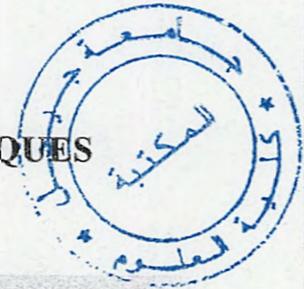
**MEMOIRE**

En vue de l'obtention du Diplôme d' Etudes Universitaires Appliquées  
(DEUA)

**OPTION**

**ANALYSES BIOLOGIQUES ET BIOCHIMIQUES**

**THEME**



**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES  
MALADIES RESPIRATOIRES  
DANS LA WILAYA DE JIJEL**

**Membres du Jury :**

Président : M<sup>elle</sup>. GHORAB Ismaïen  
Examineur : Mr. ALYANE Mohamed  
Encadreurs : Mr. BOUDJELAL Ferhat

**Réalisé Par :**

HIMER Abdelwahab  
BADRANI Mahfoud  
TEBAÏ Djamel

Promotion 2006

# REMERCIEMENTS

**Tout le monde le sait, bien en effet que la formation est un phénomène complexe et qu'elle ne réussit que dans la rencontre privilégiée avec l'autre qui s'engage et va au bout de lui-même pour accompagner ceux qui se forment, en se formant avec eux dans un échange subtil de dits et de non-dits qui poussent les uns et les autres à dépasser les évènements .**

**C'est pour cette raison que nous remercions :**

- ❖ Notre encadreur BOUDJELAL F pour sa grande disponibilité et sa sympathie en toute circonstance**
  
- ❖ Tous les enseignants qui nous ont aidé pendant la durée de notre étude.**
  
- ❖ Les chefs des services des pneumologies des hôpitaux de Jijel, Taher, El-milia.**
  
- ❖ Les personnes de bibliothèque .(faculté des sciences )**

**Nous exprimons nos vifs et sincères remerciements à toutes les personnes qui ont aidé de près ou de loin pour réaliser ce pénible travail.**

**MERCI POUR TOUS**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<b>CHAPITRE I : SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE.</b>	
<b>I. Généralités.....</b>	<b>2</b>
<b>II. Dépistage des maladies respiratoires.....</b>	<b>4</b>
<b>III. Les différentes pathologies respiratoires.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Tuberculose.....</b>	<b>5</b>
1.1. Définition.....	5
1.2. Mode de contamination.....	5
1.3. Symptômes et signes.....	6
1.4. Diagnostic.....	6
1.5. Traitement.....	7
1.6. Prévention.....	7
<b>2. Asthme bronchique.....</b>	<b>7</b>
2.1. Définition.....	7
2.2. Les facteurs étiologiques.....	7
2.3. Les symptômes.....	8
2.4. L'examen.....	8
2.5. Traitement et prévention.....	8
<b>3. Bronchite chronique.....</b>	<b>9</b>
3.1. Définition.....	9
3.2. Signes cliniques.....	9
3.3. Facteurs étiologiques.....	10
3.4. Physiopathologie.....	10
3.5. Clinique.....	11
3.6. Para clinique.....	12
3.7. Traitement.....	12
<b>4. Pneumothorax spontané.....</b>	<b>12</b>
4.1. Définition.....	12
4.2. Physiopathologie.....	12

4.3. Étiologies.....	13
4.4. Diagnostic différentiel.....	14
4.5. Traitement.....	15
<b>5. Insuffisance respiratoire.....</b>	<b>15</b>
5.1. Définition.....	15
5.2. Insuffisance respiratoire aigue .....	16
5.2.1. Cause.....	16
5.2.2. Signe et diagnostic.....	16
5.2.3. Traitement et prévention.....	17
5.3. Insuffisance respiratoire chronique.....	17
5.3.1. Cause.....	17
5.3.2. Symptômes, diagnostic et évolution.....	17
5.3.3. Traitement, pronostic et prévention.....	18
<b>6. Pleurésie .....</b>	<b>18</b>
6.1. Définition.....	18
6.2. Causes. ....	18
6.3. Les symptômes des 2 types de pleurésies peuvent être exactement les mêmes .....	19
6.4. Problèmes pouvant être causés par une pleurésie .....	19
6.5. Traitement .....	20
<b>7. Emphysème .....</b>	<b>21</b>
7.1. Définition.....	21
7.2. Sémiologie. ....	21
7.3. Les examens. ....	22
7.4. Traitement.....	22
7.5. La prévention de l'emphysème.....	23
<b>8. pathologies infectieuses non tuberculeuses .....</b>	<b>23</b>
<b>8.1. bronchite aigue.....</b>	<b>24</b>
8.1.1. Définition.....	24
8.1.2. Diagnostic clinique.....	24
8.1.3. La prise en charge thérapeutique.....	24

8.2.1. Définition.....	25
8.2.2. Diagnostic.....	25
8.2.3. Traitement.....	25
8.2.4. Prévention.....	25
<b>9. Pathologies pleuro pulmonaires liées à une affection</b>	
<b>Cardiovasculaire</b> .....	26
9.1. Oedeme aigue du poumon. ....	26
9.2. Embolie pulmonaire. ....	26
9.3. Hypertension artérielle pulmonaire.....	27
<b>Chapitre II : METHODOLOGIE</b> .....	28
1. Méthode d'échantillonnages.....	28
2. Méthode de traitement des données.....	28
<b>Chapitre III : RESULTATS ET INTERPRETATION</b> .....	29
<b>I. Présentation des résultat</b> .....	29
1. Fréquence des maladies respiratoires dans la wilaya de Jijel .....	29
2. Répartition des ma ladies respiratoires par secteur sanitaire.....	30
3. Répartition des maladies respiratoire selon le sexe .....	33
4. Répartition des maladies respiratoires selon l'âge .....	35
5. Répartition des maladies respiratoires par années.....	37
<b>II. Interprétation des résultats</b> .....	38
Conclusion.....	39
<b>CONCLUSION</b> .....	40

- **Bibliographie.**
- **Glossaire.**
- **Annexe.**

## ABBREVIATIONS

**BCG** : bacille de Calmette et Guérin.

**BPCO** : bronchopathie chronique obstructive.

**CPT** : capacité pulmonaire totale.

**CRF** : capacité résiduelle fonctionnelle.

**CRP** : protéine réactive C.

**CV** : capacité vitale.

**ECG** : électrocardiogramme.

**EFR** : expiration fonctionnelle respiratoire.

**FNS** : formule de numération sanguine.

**PNO** : pneumothorax.

**VS** : vitesse de sédimentation

**Rx** : rayons X

**IRC** : Insuffisance Respiratoire Chronique

**OAP** : Œdème aigue du poumon

**INTRODUCTION**

## Introduction

Les maladies respiratoires posent un problème majeur de santé publique dans les pays industrialisés et en développement en raison de leur fréquence, de leur gravité et de leurs répercussions économiques.

Dans les pays en développement, les maladies respiratoires ont été longtemps liées dans la majorité des cas à des malades dont l'accès aux soins est difficile; c'est le cas des minorités les plus pauvres des pays industrialisés [8].

Nous comptons donc mener une étude épidémiologique pour tenter d'expliquer les différents facteurs qui interviennent dans l'apparition des maladies respiratoires, leur fréquence, leur mode de distribution, leur évolution et la mise en œuvre des moyens nécessaires à leur prévention. Les maladies respiratoires causent de sérieux problèmes en Algérie non seulement parce qu'elles provoquent une diminution du potentiel productif mais aussi parce qu'elles font mal aux caisses de l'état et à l'économie en général [2]. La wilaya de Jijel ne fait pas exception à ce problème car les maladies respiratoires sont très fréquentes et constituent un grave problème de santé publique en raison de leur gravité et leur coût qui est très élevé pour la prise en charge.

Ceci justifie le choix du présent sujet qui s'intitule : « Etude épidémiologique des maladies respiratoires dans la wilaya de Jijel ».

Notre étude a pour but :

- de déterminer les zones de répartition géographique des différentes maladies respiratoires dans la wilaya de Jijel.
- de trouver une relation entre les maladies respiratoires et leur fréquence d'une part et entre ces maladies et leur environnement d'autre part.
- de proposer enfin des méthodes préventives pour lutter contre ces maladies afin de diminuer leur fréquence, leur gravité ainsi que leur coût.

*Chapitre I*

**SYNTHESE**

**BIBLIOGRAPHIQUE**

## **I. Généralités :**

- L'appareil respiratoire est constitué par les poumons et les voies aériennes supérieures et inférieures.
- Les poumons sont deux organes situés sous les parties latérales du thorax et couverts par une membrane appelée plèvre
- Les voies aériennes supérieures sont constituées par : le nez, le pharynx et le larynx.
- Les voies aériennes inférieures sont constituées par la trachée et l'arbre bronchique qui se termine par les bronchioles.
- La fonction principale de cette appareil est la respiration qui permet un échange gazeux entre le milieu extérieur et l'organisme ; elle se déroule en deux temps : inspiratoire et expiratoire.
  - ❖ *L'inspiration : c'est l'entrée de l'air riche en oxygène dans les poumons*
  - ❖ *L'expiration : expulsion de l'air riche en gaz carbonique hors des poumons.*
- Donc l'oxygène parvient avec l'air inhalé dans les alvéoles où il diffuse dans le sang (capillaires pulmonaires).
- Toute atteinte qui touche l'un de ces constituants entraîne une difficulté à la respiration et modification des temps respiratoires avec retentissement sur l'état générale qui se manifeste par des signes cliniques.
- Selon le siège d'affection on distingue :
  - Les pathologies pulmonaires : les pneumopathies.
  - Les pathologies pleurales : pneumothorax et pleurésie.
  - Les pathologies bronchiques : les bronchites et l'asthme [13].

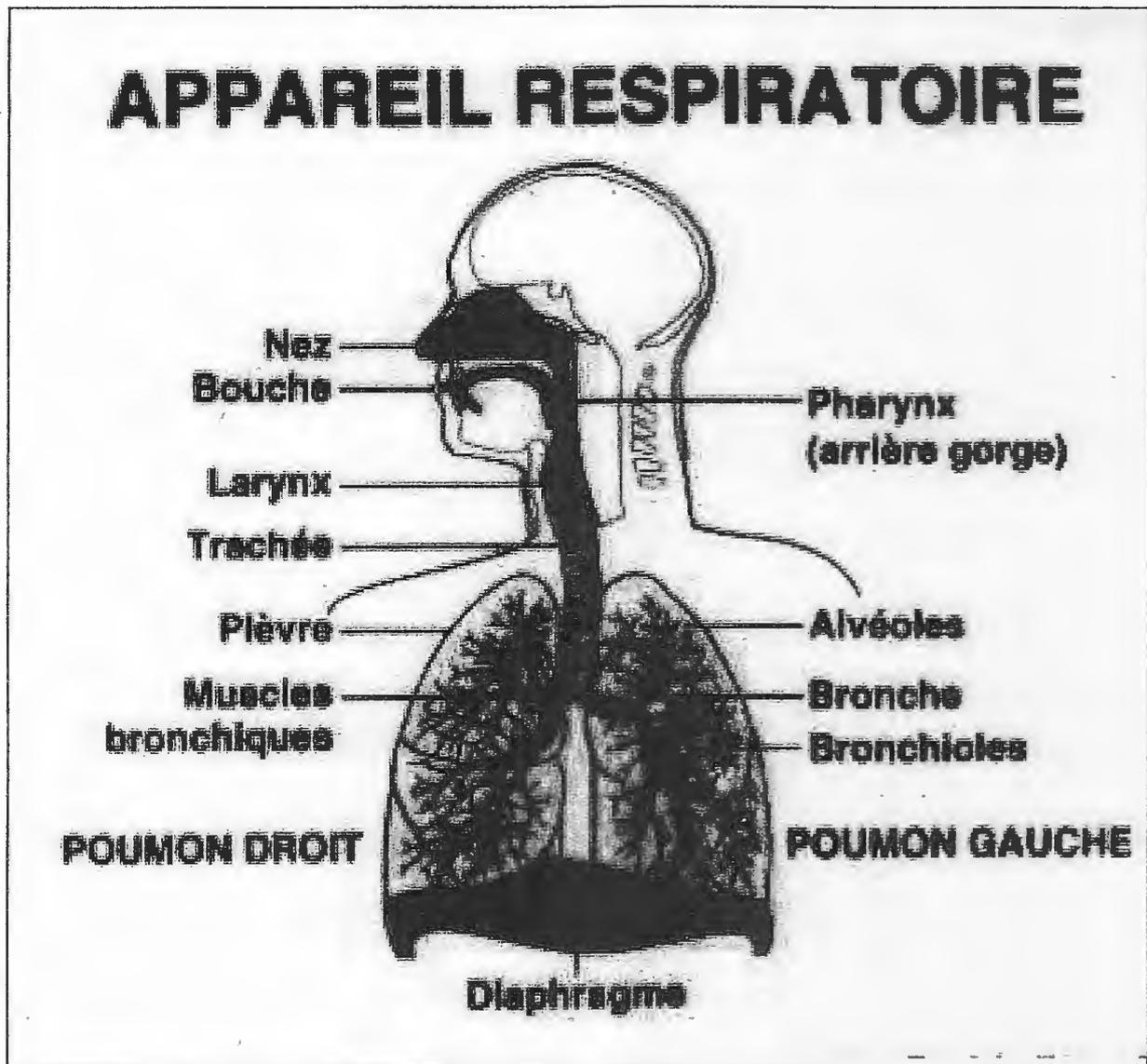


Figure 1 : l'appareil respiratoire [19]

## II. Le dépistage des maladies respiratoires :

On distingue trois types de dépistages

- **Dépistage individuel :**

Il peut reposer au départ sur l'inquiétude, celle d'une mère par exemple.

Le but d'une médecine scolaire ou d'une médecine du travail efficace doit être le même : tout doit être prétexte pour un dépistage individuel.

À côté de ce dépistage individuel, il faut faire une place aux dépistages systématiques de masse et au dépistage des sujets à risque [8].

- **Dépistage de masse :**

On s'adresse à toute une collectivité passée à la cible puis on s'intéresse à une ou plusieurs affections

Un exemple est fourni par l'examen radiologique systématique du thorax qui recherche la tuberculose mais aussi d'autres affections : tumeurs broncho-pulmonaires ou médiastinales, anomalies cardio-vasculaires [8].

- **Dépistage des sujets à risque :**

La tendance est de réserver les examens systématiques à une population à risques, par exemple l'expiration fonctionnelle respiratoire (EFR) permettant de dépister un asthme ou une bronchite chronique à son début pourra être réalisée dans un contexte professionnel donné l'ouvrier est soumis à l'inhalation de particules minérales ou organiques présumées nocives [8].

### III. Les différents types de maladies respiratoires :

#### 1. Tuberculose :

**1.1. Définition :** la Tuberculose est une maladie infectieuse chronique de déclaration obligatoire due au bacille de Koch (BK) appelé *Mycobacterium tuberculosis* « M.T » [1].

La bactérie s'implante et se multiplie dans le tissu pulmonaire en induisant une réaction immunitaire spécifique qui entraîne la formation de nodules appelés *tubercules*, d'où le nom de la maladie. Le processus pathologique peut évoluer en divers types de lésions caractéristiques qui déterminent des états de gravité différents. La tuberculose reste aujourd'hui encore un problème sérieux de santé publique dans la plupart des pays notamment chez les sujets immunodéficients. Son traitement s'étend généralement sur plusieurs antibiotiques, en fonction des résistances apparues chez *Mycobacterium Tuberculosis* ; dont certaines souches sont maintenant multi-resistants [4].

#### 1.2. Mode de contamination

L'homme constitue le principal réservoir et donc la principale source de contamination par *Mycobacterium tuberculosis*.

- celle-ci se fait de façon directe : inhalation par le sujet sain des bacilles émis par le sujet contaminé (toux).
- Pour *Mycobacterium bovis* (1% des sources pathogènes retrouvées chez l'Homme), la contamination à partir du cheptel bovin est désormais rare car la surveillance vétérinaire est d'excellente qualité et admet un principe simple : les animaux contaminés, c'est-à-dire porteurs de réactions cutanées tuberculiques positives, sont abattus.
- On distingue, par ordre de fréquence les contaminations aériennes, digestives, muqueuses et cutanées [7].

#### 1.3. Symptômes et signes :



**1.3. Symptômes et signes :**

La tuberculose pulmonaire commune est consécutive à la réactivation du foyer de primo-infection pulmonaire ; elle se traduit par une altération de l'état générale (fièvre, fatigue, amaigrissement), des sueurs nocturnes, une toux plus ou moins grasse, des crachats parfois sanglants (hémoptysies), un essoufflement à l'effort. La radiographie thoracique met en évidence des opacités (nodules) et des clartés (cavernes) dans les parties supérieure et postérieure du poumon. La dissémination sanguine du bacille est à l'origine de formes polyviscérales (pleurésie, péricardite tuberculeuse ou tuberculose miliaire) [12].

**1.4. Diagnostic :**

Dans l'idéal, il repose sur la mise en évidence du bacille. On examine les crachats (ou les sécrétions trachéobronchiques dégluties prélevées par tubage gastrique à jeun le matin).

En cas d'atteinte polyviscérale, on analyse le liquide du péritoine, du péricarde, l'urine, le liquide pleural ou céphalorachidien. L'examen direct au microscope n'étant pas toujours positif, il faut systématiquement mettre le prélèvement en culture ; les résultats ne sont alors connus qu'après un délai de 3 ou 4 semaines.

Quand les prélèvements ordinaires sont négatifs, on peut réaliser des prélèvements par fibroscopie (à l'aide d'un fibroscope, tube muni d'une optique, introduit par le nez) ; parfois on pratique aussi une biopsie (bronchique, etc.) pour rechercher le bacille ou des signes indirects de la maladie (granulome, par exemple) ; parfois tous les prélèvements sont négatifs, même après culture, et l'on fait un diagnostic de présomption -et non pas de certitude- d'après les symptômes, les résultats des tests tuberculiniques, le fait que la personne a ou non été en contact avec un sujet contagieux et l'aspect des radiographies. Le médecin prescrit alors le traitement malgré l'absence de preuve formelle, le risque est lié aux effets indésirables de laisser évoluer une tuberculose. Si les signes disparaissent sous traitement, le diagnostic est confirmé à posteriori [12].

**1.5. Traitement :**

Le traitement nécessite l'association de trois ou quatre antibiotiques antituberculeux (*streptomycine, Rifamicine, Isoniazide, pyrazinamide*) [10].

Pris en une seule fois le matin à jeun, pendant une durée adaptée à chaque association qui est d'au moins six mois [2].

**1.6. Prévention :**

Elle repose notamment sur la vaccination par le B.C.G ; dont l'efficacité est partielle mais qui permet de réduire la fréquence des formes graves. Les autres volets de la prévention sont le traitement des malades, leur isolement pendant environ 3 semaines quand ils sont contagieux et le dépistage des sujets contaminés par le bacille dans l'entourage des malades [12].

**2. Asthme bronchique :****2.1. Définition :**

C'est une maladie chronique caractérisée par des crises de dyspnée paroxystique sifflante témoignant d'une difficulté à l'expiration auxquelles s'associent un oedème et une hypersécrétion des muqueuses et des voies aériennes.

L'hérédité est l'un des éléments essentiels du développement de l'asthme [7].

**2.2. Les facteurs étiologiques :**

Les facteurs qui interviennent dans le déclenchement de la crise d'asthme sont surtout :

- l'allergie :
  - les pneumo allergènes
  - allergie alimentaire
  - les allergènes professionnels
- pollutions atmosphériques
- Tabac et prise de certains médicaments comme " aspirine "
- Les infections : surtout virales
- Les troubles psychologiques peuvent intervenir [7].
-

### 2.3. Les symptômes :

La symptomatologie clinique est marquée par un début brutal le plus souvent le soir ou la nuit d'une dyspnée expiratoire caractérisée par une inspiration brève et une expiration active prolongée bruyante et sifflante sans pause entre les deux temps respiratoires [7].

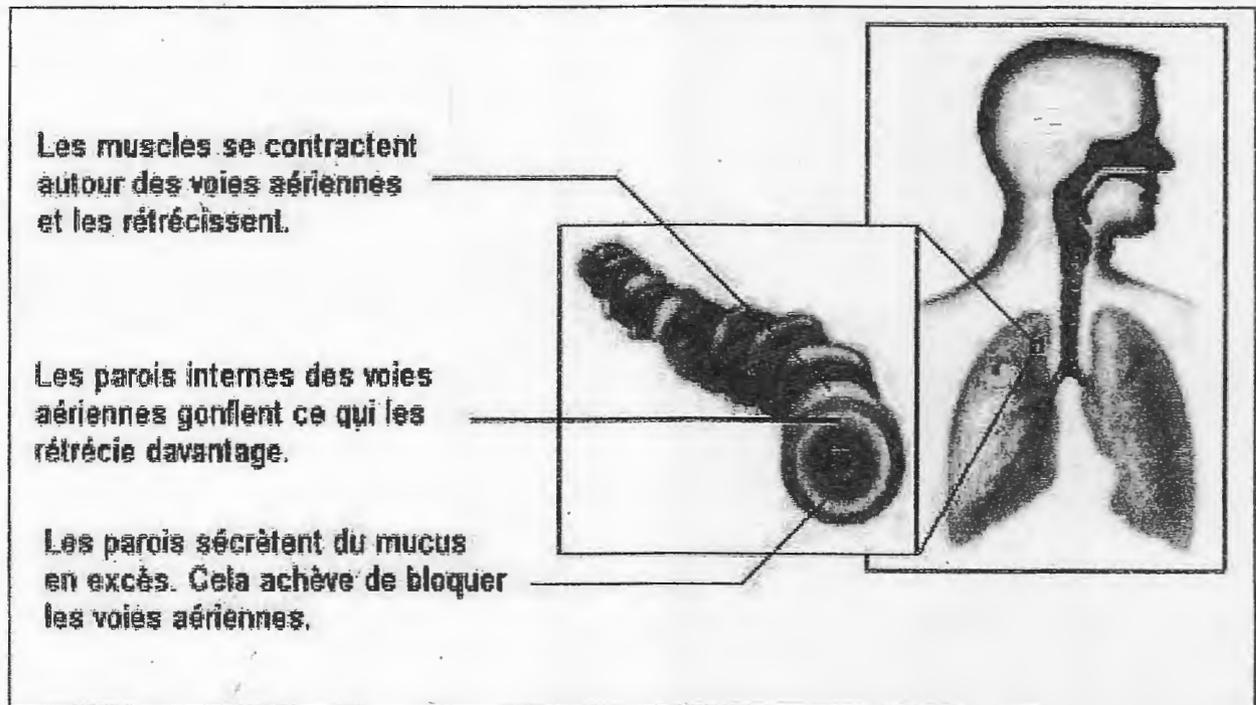


Figure 2 : une bronche d'une personne touchée par l'asthme [16].

### 2.4. L'examen clinique :

On retrouve une distension thoracique et une diminution du murmure vésiculaire avec la présence de râles sibilants [7].

### 2.5. Traitement et prévention :

- Le traitement associé correspond à une oxygénothérapie et une utilisation des broncho-dilatateurs et des corticoïdes avec une position demi assise dans un milieu spécialisé.

- La prévention est basée surtout sur l'éviction de l'allergène par l'utilisation d'une literie synthétique et de produits anti-acariens et dépoussiérage soigneux du lieux d'habitation [7].

### 3. Bronchite chronique :

#### 3.1. Définition :

C'est un inflammation des bronches et /ou des bronchioles d'origine bactérienne ou virale [7].

#### 3.2. Signes cliniques :

Cette maladie comporte une toux persistante et une hypersécrétion de mucus, avec augmentation de volume et de nombre de cellules muqueuses des glandes trachéo-bronchique, accumulation de bouchons muqueux, surinfections bactériennes possibles, état inflammatoire prolongé des bronchioles ( bronchiolite ) conduisant à des rétrécissements. Au contraire, les cellules séreuses sont inchangées [4 ].

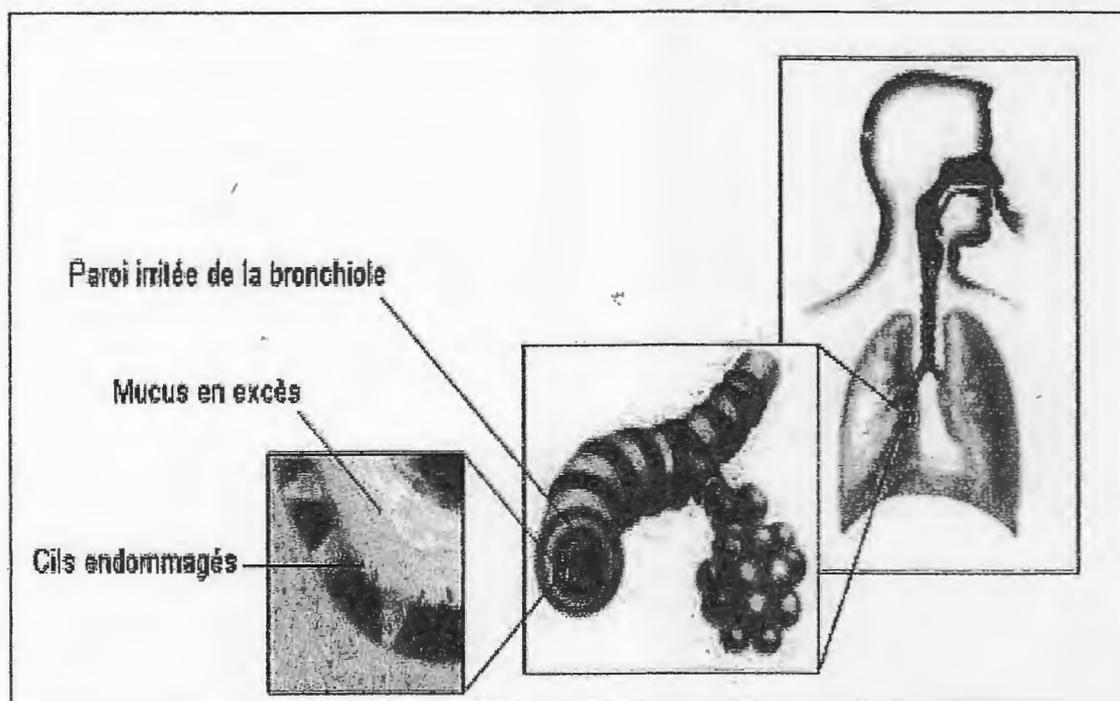


Figure 3 : bronche touchée par la bronchite chronique [16].

### **3.3. Facteurs étiologiques :**

#### **a. Facteurs extrinsèques :**

- pollution individuelle (tabagisme actif ou passif).
- pollution professionnelle.
- pollution industrielle.
- pollution atmosphérique.
- conditions climatiques et météorologiques [11].

#### **b. facteurs intrinsèques :**

- les infections surtout virales.
- les allergies.
- Certains déficits immunitaires.
- Prédispositions génétiques [11].

#### **c. Autres facteurs :**

- Conditions socio-économiques.
- Âge.
- Sexe [11].

### **3.4. Physiopathologie :**

#### **a. Facteurs déterminants :**

Trois éléments capitaux déterminent l'apparition des BPCO :

- ❖ **Augmentation des sécrétions bronchiques** avec accroissement de la viscosité du mucus et réduction de l'épuration muco-ciliaire.
- ❖ **Obstruction des voies aériennes** liée à l'hypersécrétion bronchique et à un œdème inflammatoire bronchique et bronchiolaire.
- ❖ **La distension alvéolaire** est le fait :

- d'un **effet de « valve »** à sens unique qui se ferme à l'expiration au niveau des voies aériennes périphériques.
- d'une **atteinte directe** au niveau des cloisons intralvéolaires par des agents contaminants (tabac) et / ou des enzymes protéolytiques [7].

**b. Conséquence physiopathologique :**

- ❖ **Hétérogénéité ventilation / perfusion** avec effet « shunt » les alvéoles mal ventilées par des bronchioles inflammatoires et obstruées ne participent qu'incomplètement à l'hématose face à une perfusion sensiblement normale (il y a hypoxémie).
- ❖ **Hypoventilation alvéolaire** (inconstante) liée à l'augmentation du travail respiratoire et à l'augmentation de l'espace mort secondaire physiologique avec hypercapnie secondaire.
- ❖ **Fatigue des muscles respiratoires** qui fonctionnent dans des conditions géométriques défavorables.
- ❖ **Hypertension artérielle pulmonaire précapillaire secondaire** à une vasoconstriction hypoxique [7].

**3.5. Clinique :**

Il s'agit le plus souvent d'un homme de 50 ans qui vient consulter pour une toux chronique productive.

À l'interrogatoire, on insiste sur :

- La recherche des facteurs étiologiques suscités.
- Les caractéristiques de la toux.
- La dyspnée et ses caractéristiques.

À l'examen clinique :

Le plus souvent, malade obèse, bréviligne, cyanosé (selon le stade).

Le thorax distendu avec présence de signes de Hoover et de Campbell.

Avec de râles ronflants parfois mêlés à des râles sibilants [11].

**3.6. Examens para clinique :**

- a. Radiographie du thorax standard.
- b. Scanner thoracique.
- c. Endoscopie bronchique.
- d. Expiration fonctionnelle respiratoire [11].

**3.7. Traitements :**

**a) Traitement préventif :**

- suppression des facteurs étiologiques
- dépistage des sujets prédisposés génétiquement.
- vaccination.
- traitement des infections installées [11].

**b) Traitement médical proprement dit :**

Stade de début : insister sur la prévention et la rééducation respiratoire.

Stade de troubles obstructifs : intérêt surtout, des broncho-dilatateurs.

Stade de troubles de l'hématose : rôle essentiel de l'oxygénothérapie bien conduite [11].

**4. Pneumothorax**

**4.1. Définition :**

Épanchement gazeux dans la cavité pleurale [11].

**4.2. Physiopathologie**

Le poumon présente une tendance spontanée à se rétracter, tandis que la paroi thoracique a tendance à s'expandre : il en résulte une pression pleurale inférieure à la pression atmosphérique et lorsqu'une communication s'établit entre la cavité pleurale et les alvéoles ou l'extérieur il se crée un pneumothorax (PNO).

Il en résulte une diminution des volumes pulmonaires : capacité pulmonaire totale (CPT), capacité vitale (CV), capacité résiduelle fonctionnelle (CRF). Si la perfusion du poumon collabé est conservée, l'hypoxémie peut être importante.

La gravité des perturbations fonctionnelles dépend du degré de rétraction du poumon ainsi que de la fonction pulmonaire de base [15].

### **4.3. Étiologies**

\* Pneumothorax spontané primitif.

Pathologie du sujet jeune, souvent un homme longiligne. Souvent rapporté à un Kyste situé au contact de la plèvre apicale. Récidive dans environ 25% des cas dans les 02 ans.

Pneumothorax spontané secondaire

Les pathologies suivantes sont susceptibles de se compliquer d'un PNO

- bronchopathie chronique obstructive (BPCO).
- Mucoviscidose.
- Asthme.
- fibrose interstitielle diffuse.
- pneumothorax infectieux (Tuberculose).
- Pneumocystose [15].

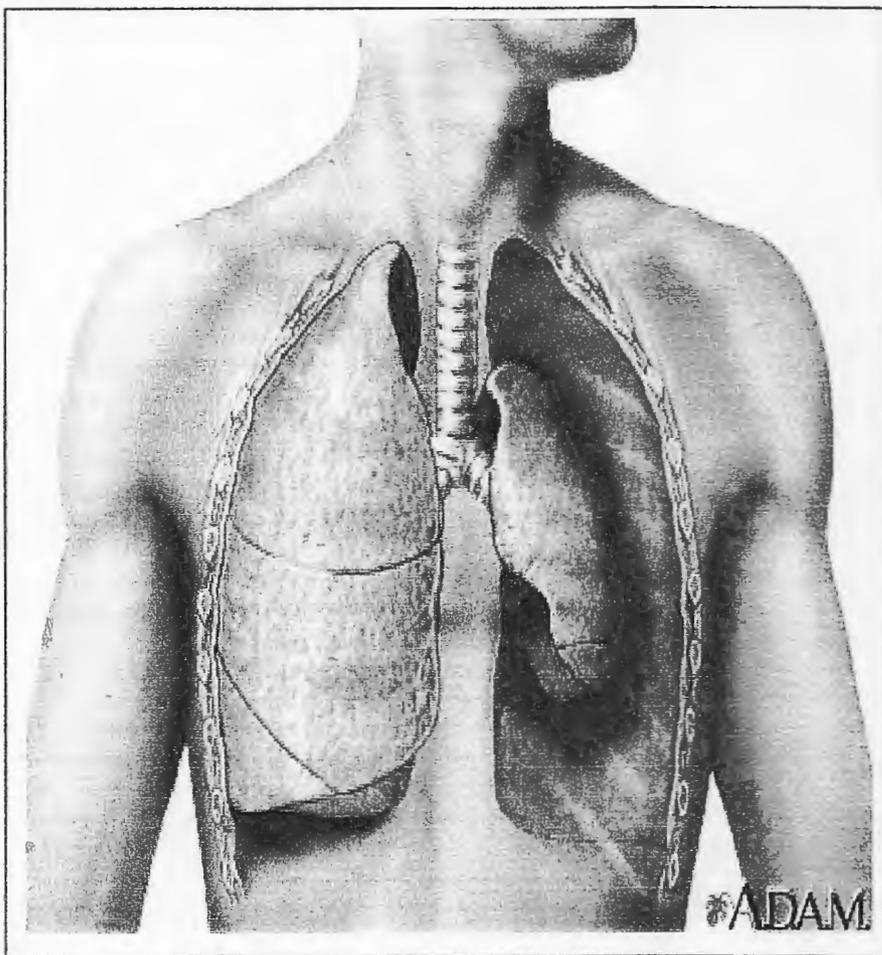
Tendance à la récurrence.

\* Pneumothorax iatrogène.

- dans les suites d'examen à visée diagnostique (ponction pleurale, biopsie)
- dans les suites de la ventilation mécanique
- dans les suites de pose de cathéter veineux central.
- Dans les suites d'un bloc intercostal [15].

\* Pneumothorax traumatique.

Secondaire à une hyperpression intrathoracique à une fracture de côte, à une place transfixions le PNO peut s'accompagner d'un hémithorax et / ou d'une contusion pulmonaire [15].



**Figure 4 :** personne touchée par le pneumothorax [18].

#### **4.4. Diagnostic différentiel :**

##### **a. Avant la radiographie de thorax :**

La présentation clinique peut égarer vers une embolie pulmonaire, un OAP, une crise d'asthme, un infarctus du myocarde, en fait, il importe de penser au diagnostic de PNO et de s'assurer de la bonne qualité du cliché de thorax [9].

##### **b. Après la radiographie de thorax :**

Le diagnostic reste parfois difficile :

- si le PNO est minime : tout se limite à un décollement discret à l'apex [9].

**5.2.3. Traitement et pronostic :**

Le traitement se fait toujours en urgence. Il consiste à suppléer la fonction respiratoire défaillante et simultanément à traiter la cause lorsque c'est possible (antibiotiques, par exemple). Il peut aller de la simple oxygénothérapie (enrichissement en oxygène de l'air inspiré) à l'assistance ventilatoire partielle ou complète à l'aide de respirateurs artificiels, qui sont raccordés au malade par l'intermédiaire d'une sonde d'intubation endotrachéale ou d'une trachéotomie. Le pronostic, une fois la phase aigüe traitée, dépend du terrain respiratoire et de l'origine de la défaillance [12].

**5.3. Insuffisance respiratoire chronique :**

Insuffisance respiratoire chronique (I.R.C.) est une Insuffisance respiratoire permanente résultant de l'évolution de nombreuses affections respiratoires [12].

**5.3.1. Causes :**

La plupart des Insuffisances respiratoires chroniques sont liées à une obstruction des voies aériennes par bronchopathie chronique, asthme ou emphysème : ce sont les insuffisances respiratoires chroniques obstructives. D'autres, appelées Insuffisances respiratoires chroniques restrictives, sont dues à une diminution des volumes respiratoires liée soit à une atteinte neuromusculaire ( poliomyélite, sclérose latérale amyotrophique, myopathie ) soit à une atteinte osseuse ( cyphoscoliose grave, spondylarthrite ankylosante ), soit à des lésions pulmonaires (pneumectomie ou lobectomie pour cancer, tuberculose et ses séquelles, fibrose pulmonaire) [12].

**5.3.2. Symptômes, diagnostic et évolution :**

Insuffisance respiratoire chronique se traduit par une respiration difficile avec distension thoracique, tirage (creusement des espaces intercostaux à l'inspiration) et cyanose. Elle peut en outre entraîner une insuffisance ventriculaire droite : tachycardie, augmentation de volume du foie, jugulaires turgescentes ; turgescentes, œdème des membres inférieurs [12].

Les insuffisances respiratoires chroniques évoluent lentement, aggravées par des poussées d'insuffisance respiratoire aiguë. Dans les cas les plus graves, on est amené à pratiquer une trachéotomie définitive [12].

Le diagnostic repose sur l'examen des gaz du sang, montrant une hypoxie avec hypercapnie.

Un cliché radiographique thoracique précise l'atteinte pulmonaire [12].

### 5.3.3. Traitement, pronostic et prévention :

Le traitement associe l'oxygénothérapie pratiquée à domicile à raison de plusieurs fois par jour à l'aide d'un extracteur d'oxygène, aux broncho-dilatateurs (théophylline); aux antibiotiques), parfois aux corticostéroïdes, aux aérosols et à la kinésithérapie respiratoire. L'arrêt du tabac est impératif de même que la prophylaxie anti-infectieuse. la prévention est essentiellement celle des bronchopathies chroniques, donc l'arrêt du tabagisme et le traitement antibiotique de toute surinfection [12].



## 6. Pleurésie

### 6.1. Définition :

La pleurésie est l'enflure de la plèvre des poumons. La plèvre est composée de deux couches de tissus (membranes) qui enveloppent les poumons et qui couvrent les parois de la cage thoracique. La plèvre comprend deux couches sur chaque poumon.

La plèvre est une membrane protectrice bien ajustée autour des poumons. En général, il n'y a pas vraiment d'espace entre la couche interne et la couche externe, qui se joignent à leurs extrémités. Une mince couche de liquide entre ces deux couches sert de lubrifiant. Cela vous aide à respirer sans difficulté. Si la quantité de ce liquide augmente, il peut entraîner la formation d'une cavité pleurale [17].

### 6.2. Causes :

Une pleurésie peut être due à épanchement (trop de liquide dans la cavité pleurale) ou sèche. Il existe 2 types de pleurésies

- **Pleurésie primitive:** une enflure des tissus pleuraux peut être causée par des microbes, une blessure ou une tumeur.
- **Pleurésie secondaire :** causée par une autre affection à la poitrine, comme une pneumonie, la tuberculose ou un abcès poumon [17].

**6.3. Les symptômes des 2 types de pleurésies peuvent être exactement les mêmes :**

- Douleur fulgurante chaque fois que vous respirez, comme si vous receviez un coup de couteau dans la poitrine.
- Douleur très aiguë quand vous tousssez, éternuez ou prenez une grande respiration.
- Douleur présente le jour comme la nuit.
- Vous essayez de ne pas respirer profondément et avez du mal à respirer.
- Toux sèches.
- Faiblesse.
- Mal de tête.
- Perte d'appétit.
- Frissons, fièvre.
- Pouls rapide [17].

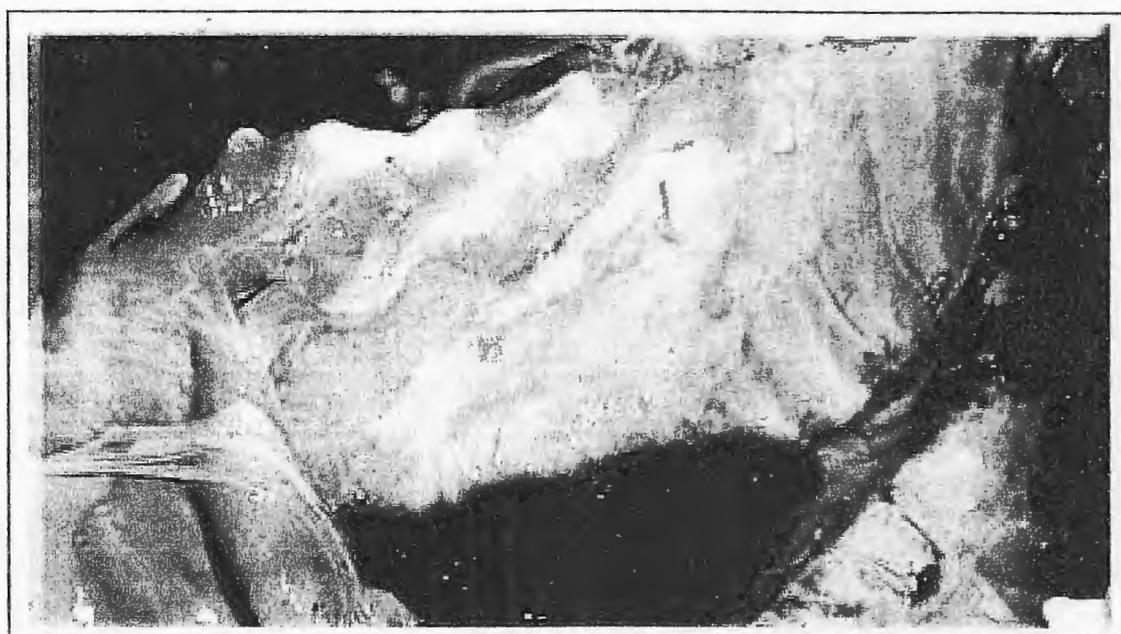
**6.4. Problèmes pouvant être causés par une pleurésie :**

- **Pleurésie sèche:** des adhérences (des morceaux de tissus laissés derrière) peuvent se coller à vos poumons et à votre cage thoracique. Parfois, il y en a tellement que vos poumons ne peuvent plus bouger comme ils le devraient. En général, les adhérences décollent et la douleur disparaît [17].
- **Pleurésie à épanchements :** le liquide s'accumule dans votre cavité pleurale. Il y a parfois tellement de liquide que les poumons ne peuvent plus bouger comme ils le devraient et que vous avez de la difficulté à respirer. Une plus grande quantité de liquide peut aussi causer la séparation des couches, ce qui limite les mouvements de votre cage thoracique et de la couche externe. Cela peut, en fait, rendre la douleur moins grande [17].

S'il y a une grande quantité de liquide, votre cœur et vos poumons peuvent être poussés. Une fois le liquide absorbé, il se peut que la plèvre ne reprenne pas sa taille originale, ce qui peut nuire au fonctionnement de vos poumons.

Le liquide clair ne cause pas beaucoup de problèmes et on peut assez facilement l'absorber. Le liquide peut cependant s'infecter et de devenir du pus, causant ainsi une

**pleurésie purulente ou empyème**, ce qui est très grave. Le pus passe parfois à travers votre cage thoracique et se loge dans les espaces vides. Le pus peut être recraché, mais on doit généralement l'aspirer [17].



**Figure 5:** pleurésie [20].

### **6.5. Traitement :**

Vous devez être traité pour ce qui a causé la pleurésie.

Pour aider à soulager la douleur, vous pouvez vous coucher sur le côté douloureux et sur une surface ferme pour limiter les mouvements de vos poumons. Prendre des analgésiques.

Dans le cas d'une pleurésie épanchement, le médecin peut proposer de faire aspirer le liquide à l'aide d'une aiguille. Le moment auquel on fait cette démarche est très important, car si elle est faite trop tôt, le liquide peut recommencer à s'accumuler. Si, au contraire, on ne l'aspire pas suffisamment tôt, d'importantes adhésions peuvent se former et causer des problèmes de respiration permanents.

Repos [17].

**Rendez-vous au service des urgences ou allez très rapidement chez votre médecin :**

Si vos symptômes empirent.

Si douleur change.

Si vous vous sentez plus essoufflé [17].

## 7. Emphysème

### 7.1. Définition :

L'emphysème est une maladie respiratoire chronique qui provoque des lésions anatomiques irréparables. Quand les bronches deviennent irritées, certaines bronchioles s'obstruent, et l'air peut rester coincé dans les poumons. Les alvéoles (petits sacs d'air des poumons) perdent leur élasticité. Les poumons se gonflent et parviennent difficilement à faire sortir l'air, entraînant ainsi des troubles respiratoires. Il est alors difficile pour l'oxygène de se rendre dans les poumons.

Le tabagisme est la principale cause de l'emphysème.

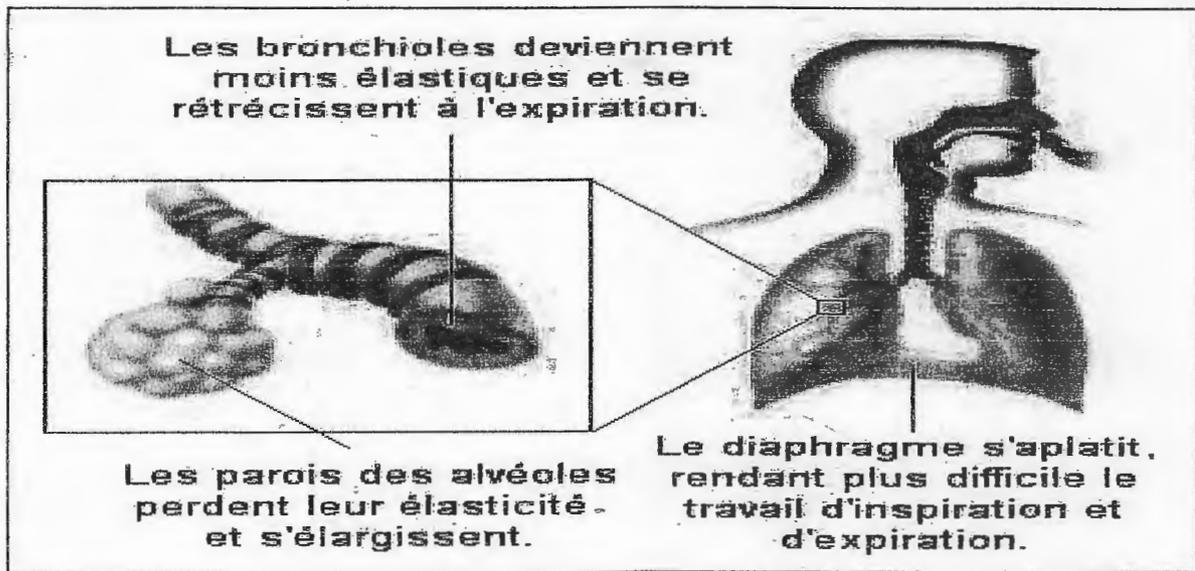
Beaucoup plus rarement, l'emphysème peut avoir pour origine une déficience héréditaire d'une enzyme appelée l'antitrypsine alpha-1 [14].

### 7.2. Sémiologie

Dyspnée et toux chronique sont les maîtres symptômes (comme pour la BPCO à laquelle elle est souvent intriquée).

L'évolution est lente et progressive avec des épisodes hivernaux de surinfection bronchique accompagnées de fortes toux. La toux persiste entre les rhumes et devient chronique puis la dyspnée apparaît, la respiration peut devenir sifflante et la fatigue se manifeste.

L'emphysème s'est installé et on ne pourra que le traiter sans espérer le guérir [14].



**Figure 6 :** bronche touchée par l'emphysème [16]

### 7.3. Les examens

Le bilan minimum comprend :

- NFS, VS, CRP.
- Radiographie : poumons et sinus.
- EFR.
- Gazométrie.
- ECG [14].

### 7.4. Traitement :

- L'essentiel est l'arrêt de tabagisme.
- Les béta-2 mimétiques et corticoïdes inhalés peuvent être utilisés. L'épisode infectieux sera énergétiquement traité comme pour la BPCO.
- Les vaccinations (Grippe, Pneumo) sont à pratiquer.
- Certains patients peuvent être soulagés par l'administration d'oxygène de façon presque continue
- Un programme de rééducation ou de réadaptation respiratoire peut être proposé.

- Les patients très gravement atteints peuvent bénéficier d'une greffe pulmonaire ou d'une pneumo réduction [14].

#### **7.5. La prévention de l'emphysème :**

- l'usage de tabac est la cause la plus fréquente de l'emphysème. l'arrêt du tabagisme est une mesure préventive qui permet d'éviter l'apparition de la maladie.
- la pollution atmosphérique est aussi une cause importante de l'emphysème. Il faut veiller à s'exposer le moins possible aux polluants domestiques et industriels.
- les infections respiratoires sont souvent à l'origine de l'emphysème. Il importe de consulter un médecin lors de chaque infection respiratoire.
- l'emphysème est une maladie très grave qui peut provoquer des lésions irréparables aux poumons et au cœur. Consulter un médecin dès l'apparition des premiers symptômes.
- Certaines personnes atteintes d'emphysème ont des maux d'estomac.
- Adopter de saines habitudes de vie afin d'améliorer votre respiration et de prévenir l'apparition de l'emphysème et d'autres maladies et d'améliorer votre qualité de vie.
- consultez un médecin dès les premiers symptômes d'un rhume ou d'une infection respiratoire [14].

#### **8. Les pathologies infectieuses non tuberculeuses:**

On distingue deux types :

- Les bronchites aiguës
- Les pneumonies aiguës

**8.1. Les Bronchites aiguës :**

**8.1.1. Définition :**

- La bronchite aiguë est une inflammation des bronches et / ou des bronchioles d'origine infectieuse virale ou bactérienne d'évolution bénigne.
- Elle se fait par une destruction épithéliale et migration des cellules aux zones périlésionnelles qui entraînent une vasodilatation de l'œdème muqueux et desquamation épithéliale.
- C'est un motif fréquent de consultation avec un pic de fréquence automno-hivernal [7].

**8.1.2. Diagnostic clinique :**

- douleurs rétrosternales à type de brûlures majorées par la toux.
- toux grasse.
- expectoration muqueuse ou mucopurulente.
- fièvre à 39 °C
- Examen physique normal.
- Examen para clinique normal [7].

**8.1.3. La prise en charge thérapeutique : basé sur :**

- Le repos.
- Les anti- inflammatoire.
- Les antibiotiques [7].

**8.2. Les pneumonies aiguës :**

**8.2.1. Définition :**

- C'est une infection respiratoire aiguë d'origine bactérienne ou virale qui survient quand les capacités d'épuration microbienne bronchique sont dépassées
- L'infection diffuse habituellement des voies aériennes distales et le parenchyme pulmonaire, facilitée par l'absence de toux et d'épuration muco-ciliaire
- Elle représente 1% de l'ensemble des infections respiratoires et responsable de 6,5 % à 21 % de mortalité en France [7].

**8.2.2. Diagnostic :**

**a) Les signes cliniques**

- Fièvre 39 à 40 °C avec frisson.
- Douleurs basithoraciques aiguës.
- Toux sèche.
- Matité avec souffle pleurétique ou frottement pleural [7].

**b) Les examens paracliniques :**

- La radiographie du thorax montre une opacité alvéolaire homogène.
- Biologie : hyperleucocytose à FNS et VS accéléré [7].

**8.2.3. Le traitement :** associe le repos + antalgiques + antibiotiques [7].

**8.2.4. La prévention :**

• **mesures hygiène diététiques:**

- Arrêt du tabac.
- Traitement des foyers infectieux dentaire et sinusiens.
- kinésithérapie respiratoire [7].

• **vaccination :**

**vaccination antigrippale:**

- en septembre ou octobre
- efficace en 3 semaines et pendant 6 à 8 mois
- efficacité vaccinale de l'ordre de 70 % [7].

**vaccination anti pneumococcique:**

- tous les 5 ans.
- efficacité de l'ordre de 60% [7].

**9. Pathologies pleuropulmonaires liées à une affection cardiovasculaire :**

Sont présentés par :

- Oedème aigue du poumon.
- Embolie pulmonaire.
- Hypertension artérielle pulmonaire [7].

**9.1. Oedème aigue du poumon :**

C'est un syndrome dyspnéique aigu secondaire à l'inondation brutale des espaces interstitiels ou des alvéoles pulmonaires par un transsudat ou un exudat d'origine vasculaire. Il est lié à : une insuffisance cardiaque [7].

- Insuffisance mitrale.
- Hypertension artérielle ou surcharge hydro-sodée. Son diagnostic est évoqué devant les signes cliniques comme la dyspnée de repos, grésillement laryngé , la cyanose et confirmée par la radiologie et la biologie sur tout gaz du sang qui résulte d'une hypoxie et hypercapnie avec des troubles électrolytiques à l'ionogramme sanguin [7].

Son traitement est basé sur l'oxygénothérapie et les diurétiques par voie veineuse [7].

**9.2. Embolie pulmonaire :**

C'est l'obstruction des artères pulmonaires par un thrombus (sang coagulable) le plus souvent d'origine veineuse profonde. Les causes responsables de la survenue de la maladie sont :

les varices et surtout l'insuffisance cardiaque.

La symptomatologie clinique est dominée par la dyspnée et la cyanose avec tachycardie.

On retrouve des troubles rythmés à l'ECG et hypoxie hypocapnie.

Le traitement se fait essentiellement par : le repos au lit, oxygénothérapie et les anticoagulants [7].

### 9.3. Hypertension artérielle pulmonaire :

C'est une augmentation de la pression dans le réseau artériel pulmonaire due le plus souvent aux cardiopathies congénitales et par-fois embolie pulmonaire et rétrécissement mitrale.

La symptomatologie clinique dominée par la dyspnée d'effort et hypertrophie ventriculaire à l'ECG.

Son traitement est basé sur le traitement des étiologies [7].

*Chapitre II*

**METHODOLOGIE**

## **Méthodologie**

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant la période de l'année 2003 à l'année 2005 qui a porté sur un échantillon de 382 cas de maladies respiratoires reçus dans le service de pneumo-phthisiologie de trois secteurs sanitaires Jijel, Taher, El milia, dans la wilaya de Jijel.

Les critères d'inclusion dans notre échantillon ont été les suivants :

- ✓ présenter une maladie respiratoire.
- ✓ avoir fait un dossier clinique.

Pour chaque cas (malade) on a rempli une fiche qui contient les renseignements suivants :

1. Type de maladies respiratoires : asthme, tuberculose, pleurésies .
2. Données sociodémographiques : âge, sexe, profession, adresse, commune, wilaya .
3. Diagnostic clinique : fièvre, toux, dyspnée .
4. Diagnostic para clinique : RX thorax, IDR (intradermo réaction) examen bactériologique (crachat).
5. Bilan inflammatoire : FNS, VS, T° d'entrée .
6. Traitement : quelques antibiotiques

*Chapitre III*

RESULTATS ET  
INTERPRETATIONS

## I. Présentation des résultats :

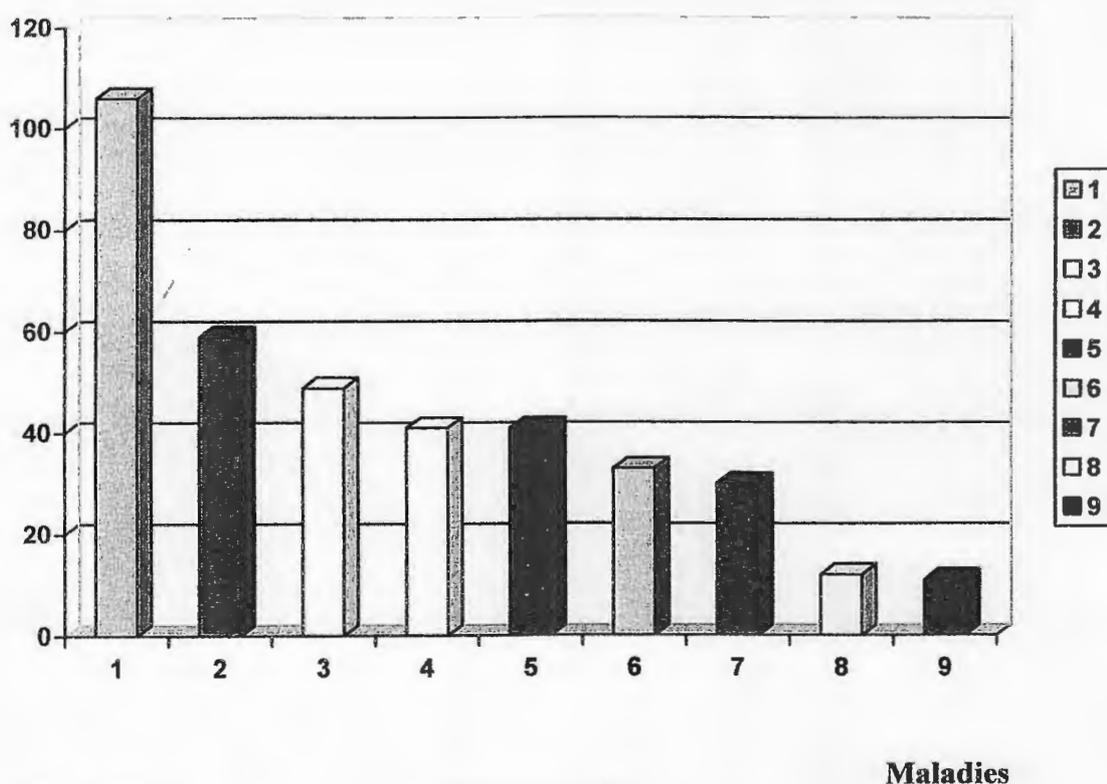
La population étudiée est un échantillon de 382 cas atteints d'une maladie respiratoire recensée dans les trois secteurs sanitaires de la région de Jijel pour les années 2003, 2004 et 2005. Neuf types de maladies respiratoires ont été recensés.

### 1. Fréquence des maladies respiratoires dans la wilaya de Jijel :

**Tableau 01 :** nombre de cas par maladie respiratoire dans la wilaya de Jijel (selon l'échantillon étudié)

maladie	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Nombre de cas	106	59	49	41	41	33	30	12	11

Nombre de cas



- Maladies**
- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 01 Asthme                | 02 Tuberculose  |
| 03 Pneumopathie          | 04 Pleurésies   |
| 05 Bronchite chronique   | 06 Pathologie pleuropulmonaire liée à une affection Cardiovasculaire. |
| 07 Pneumothorax spontané | 08 Insuffisance respiratoire chronique                                |
|                          | 09 Emphysème  |

**Figure 07 :** Histogramme représentant la fréquence des maladies respiratoires dans la Wilaya de Jijel

La figure (07) représente sur l'abscisse différentes pathologies respiratoires et sur l'ordonnée les fréquences des ces différentes pathologies.

D'après cette figure on observe une grande fréquence de l'asthme bronchique, une fréquence moindre pour la tuberculose et les pneumopathies avec une fréquence moyenne pour les pleurésies et les bronchites chroniques.

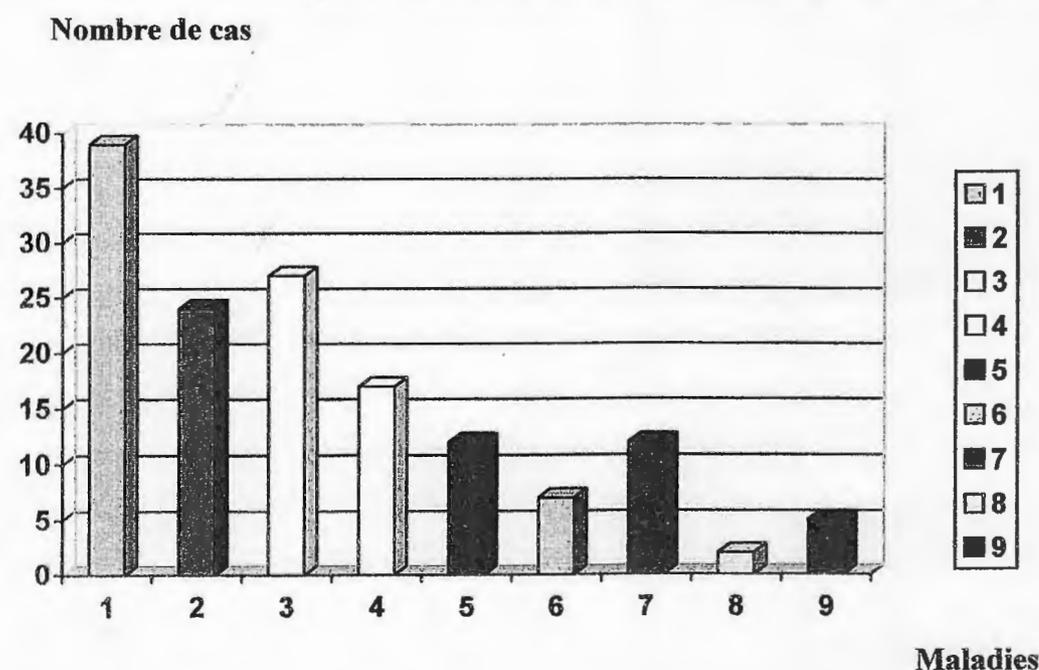
Les pathologies liées à une affection cardiovasculaire et le pneumothorax spontané présentent une faible fréquence.

Enfin on note que l'insuffisance respiratoire chronique et l'emphysème sont les maladies les moins fréquentes dans la région.

## 2. Répartition des maladies respiratoires par secteur sanitaire:

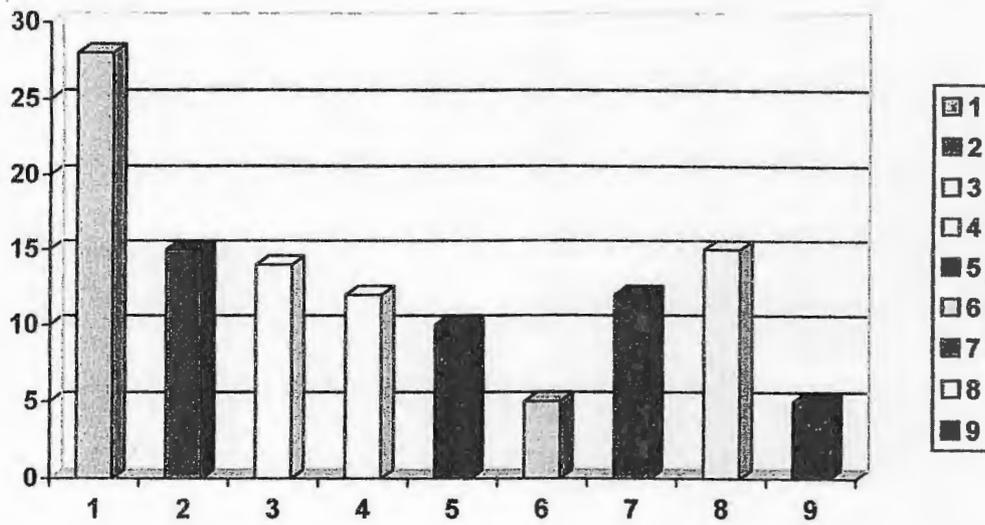
**Tableau 02 :** nombre de cas par maladie dans les 03 secteurs sanitaires de la wilaya de Jijel

Secteur sanitaire \ Maladies	Maladies								
	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Jijel	39	24	27	17	12	7	12	3	5
Taber	28	15	14	12	10	12	15	05	05
El-Milia	39	20	08	12	19	14	03	04	01



**Figure 08:** Fréquence des maladies respiratoires dans la secteur sanitaire de Jijel

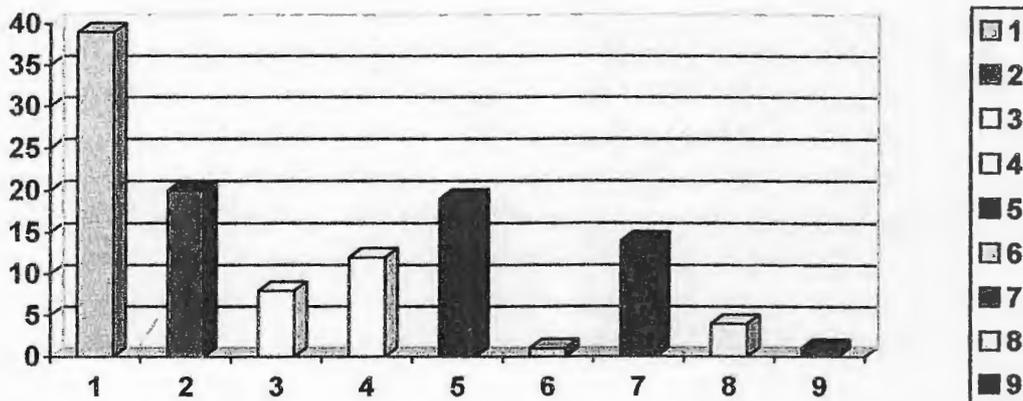
Nombre de cas



Maladies

Figure 09: Fréquence des maladies respiratoires dans le secteur sanitaire de Taher

Nombre de cas



Maladies

Figure 10: Fréquence des maladies respiratoires dans le secteur sanitaire d'El-Milia.

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 01 Asthme                | 02 Tuberculose  |
| 03 Pneumopathie          | 04 Pleurésies   |
| 05 Bronchite chronique   | 06 Pathologie pleuropulmonaire liée à une affection Cardiovasculaire. |
| 07 Pneumothorax spontané | 08 Insuffisance respiratoire chronique                                |
|                          | 09 Emphysème  |

D'après les figures 08, 09 et 10 on observe la même répartition des maladies respiratoires dans les trois secteurs sanitaires (Jijel, Taher et El- Milia). L'exception est faite pour les pneumopathies qui occupent la 2<sup>ème</sup> place après l'asthme à Jijel (plus fréquentes que la tuberculose) et les IRC qui sont bien présentes à Taher.

**Tableau 03** : répartition des maladies respiratoires par localités (communes).

Maladies Commune	01	02	03	04	05	06	07	08	09	Total
Jijel	30	20	20	17	13	07	12	04	05	128
Taher	07	08	12	06	04	05	03	02	02	49
El -Milia	16	12	03	06	10	08	05	01	01	62
Chekfa	10	04	03	02	04	03	02	02	02	32
El-Kannar	11	00	02	02	01	02	03	00	00	22
Settara	11	03	01	01	01	03	00	00	00	21
Sidi Maarouf	04	02	01	01	03	02	00	00	00	13
Ain-Kachra	06	02	02	02	00	00	00	00	00	12
Amir Abdelkader	02	03	01	01	01	01	02	01	01	12
Oudjana	00	01	01	03	01	00	03	00	00	09
Kaous	03	02	01	00	01	01	00	00	00	08
El-Ancer	04	00	01	00	00	00	00	00	00	06
Chehna	01	00	00	00	02	01	00	00	00	04
Ziama	01	02	01	00	00	00	00	00	00	04
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>59</b>	<b>49</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>382</b>

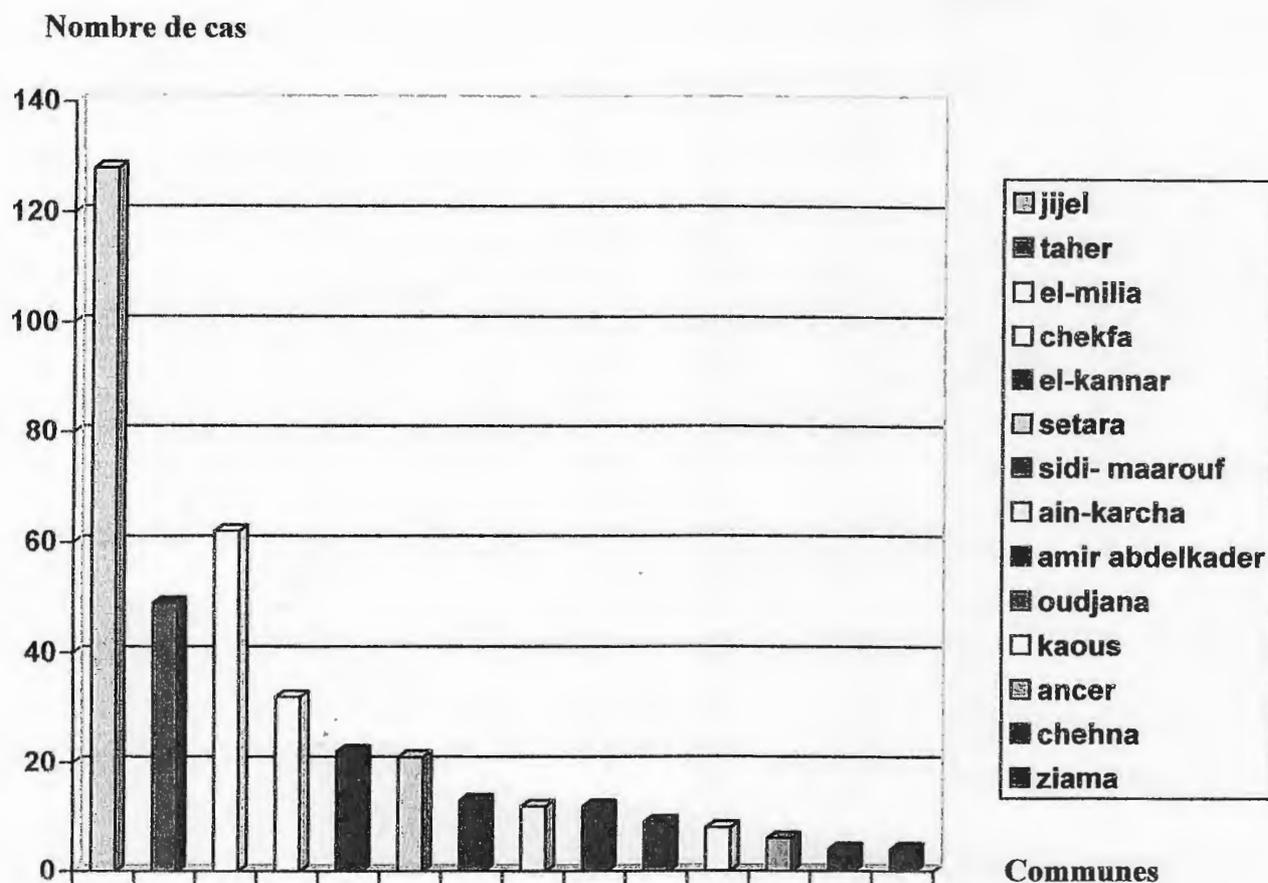


Figure 11: Fréquence des maladies respiratoires par commune

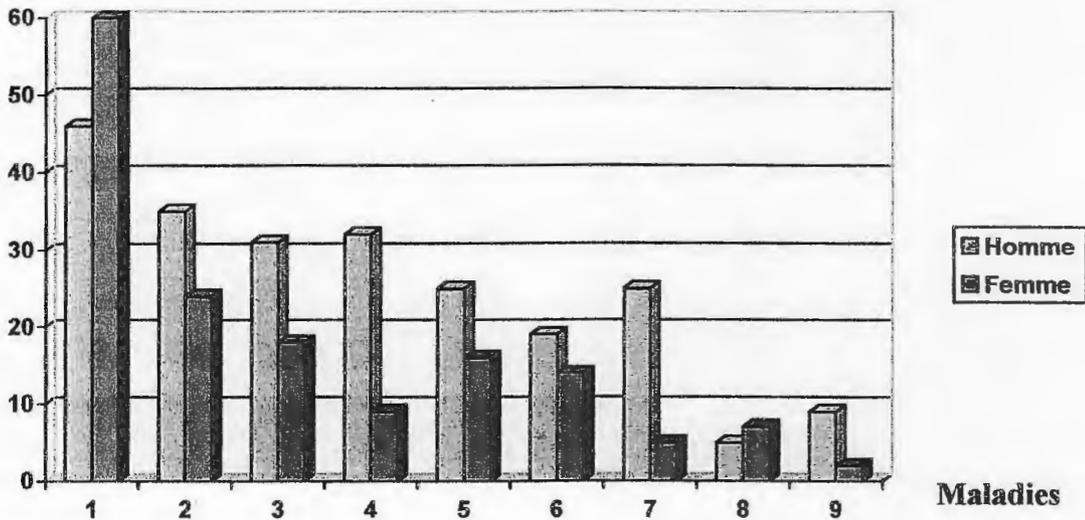
Les communes les plus touchées sont par ordre d'importance décroissante : Jijel, El- Milia, Taher et chekfa, ... etc.

### 3. Répartition des maladies respiratoire selon le sexe

Tableau 04 : nombre de cas par sexe et par maladie

Malades \ Sexe	01	02	03	04	05	06	07	08	09	Total
Hommes	46	035	31	32	25	19	25	05	09	227
Femmes	60	24	18	09	16	14	05	07	02	155

Nombre de cas



- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 01 Asthme                | 02 Tuberculose  |
| 03 Pneumopathie          | 04 Pleurésies   |
| 05 Bronchite chronique   | 06 Pathologie pleuropulmonaire liée à une affection Cardiovasculaire. |
| 07 Pneumothorax spontané | 08 Insuffisance respiratoire chronique                                |
|                          | 09 Emphysème  |

Figure 12 : Fréquence par sexe des différentes maladies respiratoires.

D'après l'histogramme (figure 12) on observe une nette prédominance masculine pour toutes les maladies sauf pour l'asthme et les IRC qui touchent surtout les femmes.

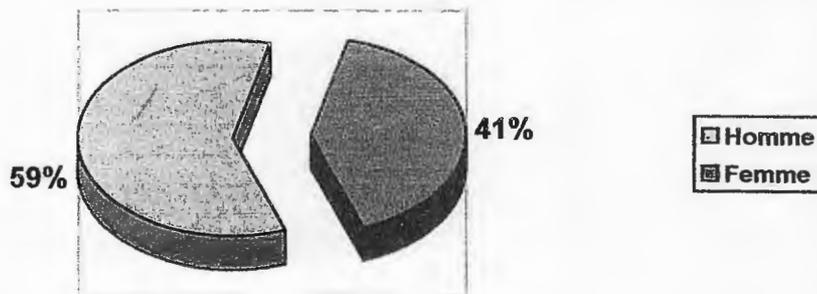


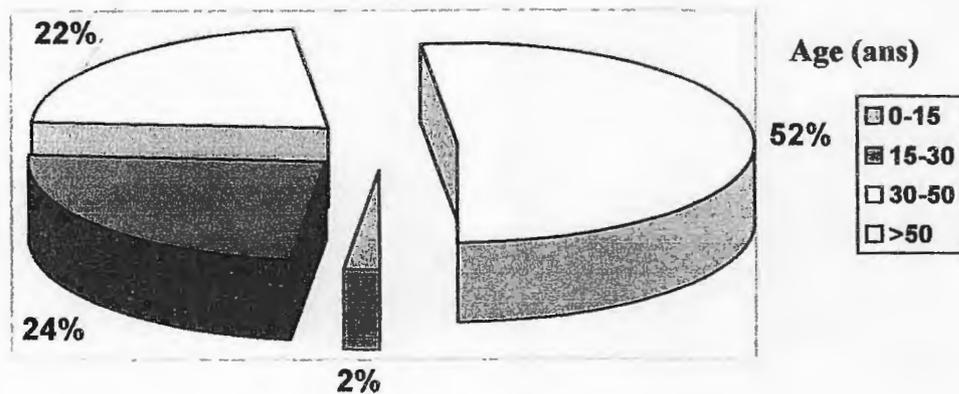
Figure 13: Fréquence par sexe de toutes les maladies respiratoires confondues.

D'après le secteur circulaire (figure 12) on observe une nette prédominance masculine (59 contre 41 %) et ce pour toutes les maladies confondues.

#### 4. Répartition des maladies respiratoires selon l'âge:

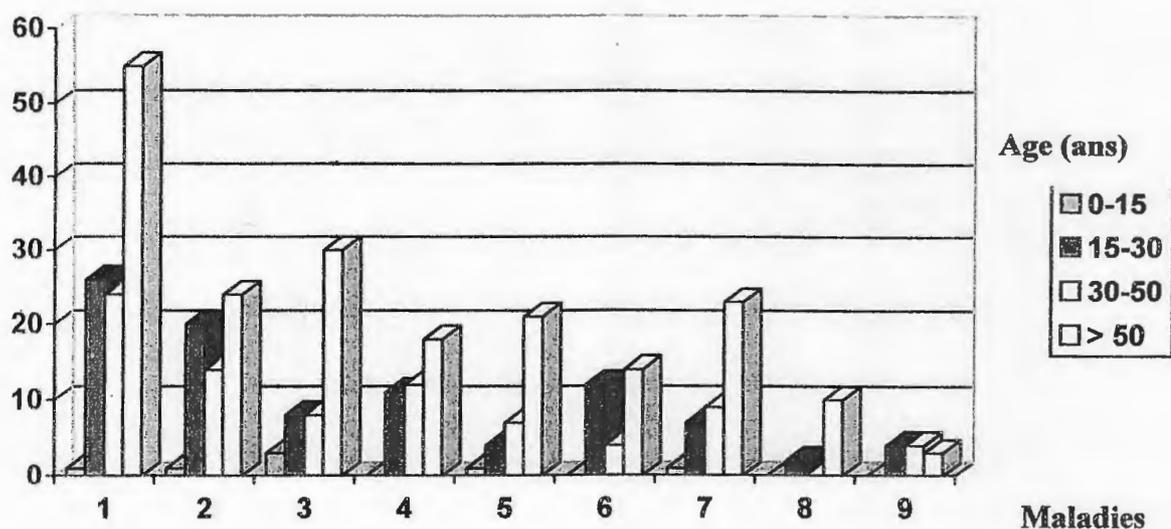
**Tableau 05:** Répartition des maladies respiratoires par classes d'âge.

Malades Age (ans)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	Total
0-15	01	01	03	00	01	00	01	00	00	07
15-30	26	20	08	11	04	12	07	02	04	93
30-50	24	14	08	12	07	04	09	00	04	83
> 50	55	24	30	18	21	14	23	10	03	198



**Figure 14 :** Pourcentage de malades par classes d'âge (toutes maladies respiratoires confondues).

## Nombre de cas



- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 01 Asthme                | 02 Tuberculose  |
| 03 Pneumopathie          | 04 Pleurésies   |
| 05 Bronchite chronique   | 06 Pathologie pleuropulmonaire liée à une affection Cardiovasculaire. |
| 07 Pneumothorax spontané | 08 Insuffisance respiratoire chronique                                |
|                          | 09 Emphysème  |

Figure 15 : nombre de cas par maladie respiratoire et par classe d'âge.

Les figures 14 et 15 montrent que la tranche d'âge la plus touchée est celle des sujets âgés de plus de 50 ans tandis que celle des enfants (0-15 ans) est la plus épargnée. Les autres classes sont de fréquence moyenne qui dépend du type de maladie respiratoire.

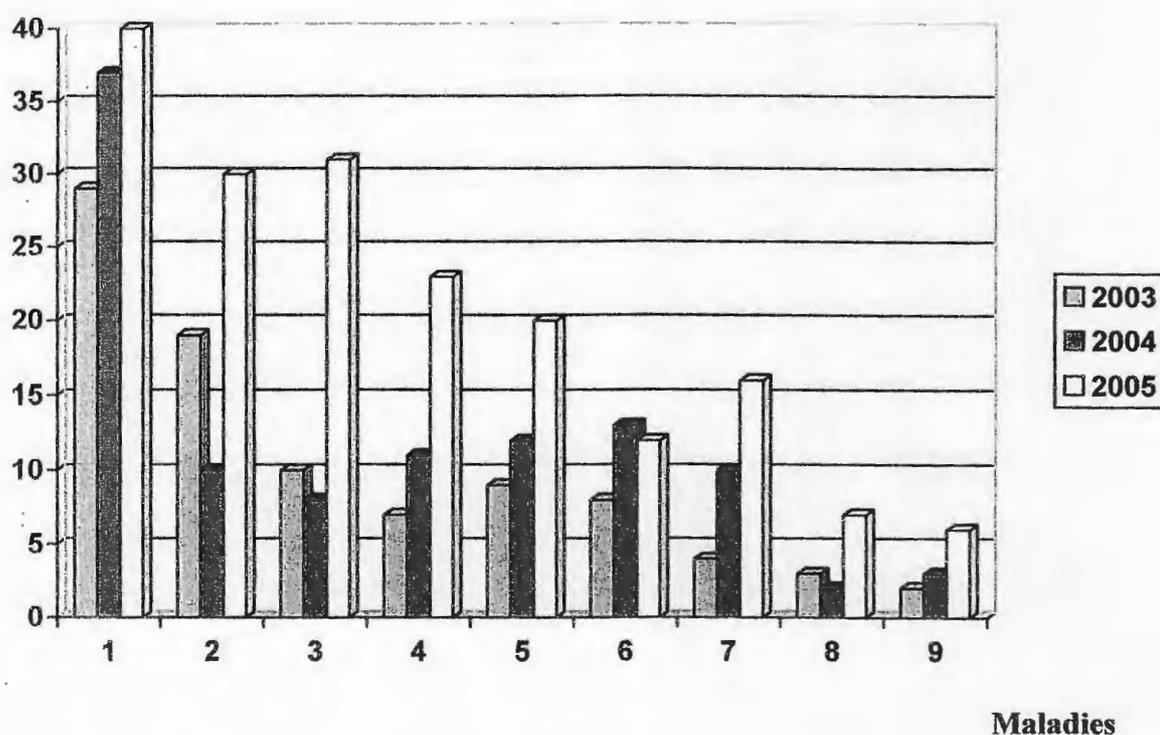
## 5. Répartition des maladies respiratoires par années (évolution dans le temps) .

**Tableau 06:** nombre de cas par maladie et par année d'observation

(période 2003 à 2005).

Maladies \ Années	01	02	03	04	05	06	07	08	09	Total
2003	29	19	10	07	09	08	04	03	02	91
2004	37	10	08	11	12	13	10	02	03	106
2005	40	30	31	23	20	12	16	07	06	185

## Nombres de cas



01 Asthme

02 Tuberculose

03 Pneumopathie

04 Pleurésies

05 Bronchite chronique

06 Pathologies pleuro pulmonaires liées à une affection cardiovasculaire.

07 Pneumothorax spontané

08 Insuffisance respiratoire

09 Emphysème

**Figure 16 :** Fréquence des maladies respiratoires par année d'observation : (Période 2003 à 2005).

D'après la figure (16), l'année 2005 est l'année qui a connu le plus grand nombre de cas de maladies respiratoires et ce pour toutes les maladies à l'exception des pathologies pleuro pulmonaires qui étaient plus fréquentes en 2004.

## II. Interprétation des résultats :

L'asthme bronchique, la tuberculose et les bronchites chroniques sont plus fréquents, en raison de l'humidité de l'air et des pollutions atmosphériques et hydriques causées par les usines implantées un peu partout sur le territoire de la wilaya telles que la centrale thermique d'Ouled Salah et la tannerie de Jijel. Les maladies respiratoires sont plus fréquentes dans les grands centres urbains et ceci pourrait s'expliquer non seulement par l'importance des contacts avec les personnes malades et la pollution atmosphérique provenant des usines voisines et l'humidité mais aussi par les conditions non sanitaires qui règnent dans les caves des bâtiments et des mauvaises habitations, les autres communes de la wilaya sont moins touchées par les nuisances, ce qui explique la faible fréquence des maladies respiratoires dans les régions rurales.

La prédominance masculine est due au fait que la majorité des fumeurs sont des hommes travaillant dans des usines où le contact avec les gens malades et l'atmosphère pollué est très fréquent.

Les sujets âgés de plus de 50 ans sont les plus touchés. Ceci pourrait être expliqué par la très forte sensibilité de cette catégorie de personnes aux différentes pollutions atmosphériques et à l'humidité de l'air.

L'estimation d'une fréquence faible chez les enfants est sujette à caution car les enfants sont, pour la majorité, hospitalisés en service << Pédiatrie >> et ils ont, par conséquent, échappé à notre investigation.

On ne peut pas expliquer la fréquence élevée pour l'année 2005 parce que notre étude n'a pas porté sur une longue période et il se pourrait que les années précédentes aient connues des situations pareilles.

**Conclusion :**

Les pathologies respiratoires sont dominées par l'asthme bronchique avec la tuberculose et la bronchite chronique qui touchent surtout les sujets âgés avec prédominance masculine due au tabac ; elle sont présentes beaucoup plus dans les zones urbaines à cause de la pollution atmosphérique, par contre dans les zones rurales elles sont dues surtout au niveau socio-économique qui est relativement bas et aux conditions de vie défavorable.

22

**CONCLUSION**

**Conclusion**

Les maladies respiratoires sont des maladies répandues chez les populations humaines à l'époque contemporaine. Malgré le combat que leur fait la médecine on ne peut pas parvenir à des solutions raisonnables pour éviter et éliminer les dangers certains provoqués par les maladies respiratoires que ce soit du côté préventif, car on ne peut pas confisquer ou commander les facteurs qui causent ces maladies c'est-à-dire qu'on ne peut pas changer le climat pour éviter certaines maladies respiratoires ; ou du côté thérapeutique car tous les traitements qui sont prescrits par les médecins sont des calmants plus que des traitements guérisants et d'ailleurs parce qu'on a des maladies qui sont d'origines héréditaires ou inconnues ce qui fait que la possibilité de traiter ou prévenir est presque impossible malgré l'expansion des perspectives de recherches médicales dans ce domaine.

Comme suite à notre étude nous pouvons présenter des conseils préventifs pour diminuer le nombre de cas de maladies respiratoires :

- maintenir la vaccination pour les enfants.
- Ne pas construire des usines dans les zones résidentielles.
- Faire diminuer les polluants atmosphériques provenant des usines voisines en utilisant les procédés appropriés.
- Programmer des jours de sensibilisation et d'éducation pour lutter contre les effets graves du tabac.
- Appliquer des mesures d'hygiène strictes dans toutes les collectivités.

**BIBLIOGRAPHIE**

## Bibliographie

- [1] Bezzaoucha A. (2004). Maladies à déclaration obligatoires. ~~X~~  
Vol. 3 : Maladies nécessitant une surveillance particulière.  
Éd. OPU. Alger. pp : 36-41
- [2] Bezzaoucha A. (2004). Maladies à déclaration obligatoires ~~X~~  
Vol 2 : maladies impact grandissant sur la santé publique.  
Éd : 01.03.4628 OPU .Alger. pp : 172-218
- [3] Borel J.-P, Maquart F.-X, . Gillery PH et Exposito M (2002) .Biochimie pour le clinicien. Éd: frison- Roch. Paris. P 129.
- [4] Bousseboua H. (2002). Eléments de microbiologie générale ~~X~~  
Ed. Université Mentouri. Constantine. P 215.
- [5] Claude N et Grumbach.N. (2000) Larousse médicale.  
Ed Larousse – Bordas, Paris. P 358.
- [6] Czernichow P, Chaperon.J et Xavier C. (2001) . Abrégés épidémiologie. p 85 .
- [7] Dautzenberg B.(1999 ) Impact internat. salpêtrière. Paris.  
pp 51-65, 95, 150, 161-167.
- [8] Depoutanal H.G et Loraux N (1991) Soins infirmiers. Tome 5.  
Éd. ENAP. Alger. pp 115-238 .
- [9] Hosset B (2001) Abrégés pneumologie, 2<sup>ème</sup> éditions. P 311.
- [10] Khiati. M.(2004 ).Guide des maladies infectieuses et parasitaires. OPU. Alger.  
pp 109-124 .
- [11] Mokrane Z.L (2003). Cours de pneumologie. 4<sup>ème</sup> années de médecine (travail personnel).CHU Constantine.
- [12] Morin Y (2002). Petit Larousse de la médicale. 3<sup>ème</sup> éditions, Paris. pp 491-492,  
719-720, 976-977.
- [13] Silbernagl S et .Despopoulos A (1992) .Atlas de poche de physiologie humaine.  
2<sup>ème</sup> éditions .pp 154 .155 .

Sites internet :



**GLOSSAIRE**

## *Clinique*

**Alcalose :** trouble de l'équilibre acido –basique de l'organisme correspondant à une diminution de la concentration d'acide dans le plasma et des liquides interstitiels

**Alvéolocapillaire :** lieu des échanges gazeux air-sang

**Analgésiques :** médicaments destinés à supprimer ou à atténuer la douleur.

**Anorexie :** Diminution ou arrêt de l'alimentation pour perte d'appétit ou refus de se nourrir.

**Bronchectasies :** Augmentation permanente et irréversible du calibre des bronches.

**Broncho-dilatateur :** Substance provoquant une bronchodilatation et démunie la gêne respiratoires au cours de l'asthme et bronchite. comme l'adrénaline.

**Broncho dilatation :** augmentation du diamètre du bronche.

**Cathéter veineux :** tuyau en matière plastique de calibre millimétrique et de longueur variable.

**Céphalorachidien :** (liquide) liquide entourant tout les systèmes nerveux central et remplissant également les canites ventriculaires en céphalique.

**Corticostéroïdes :** hormone secrète par les glandes cortico surrénales à partir de cholestérol et utilise en thérapeutique comme anti inflammatoire et comme immun spresseur « corticoïdes ».

**Cortico Surrénale (glande) :** zone périphérique de chacune de deux glandes surrénale, qui élaborent et sécrètent les corticostéroïdes " hormones synthétisés à partir du cholestérol "

**Crachat :** substance normale (salive) ou pathologique (sécrétion muqueuses purulents ou hémorragiques).

**Cyanose :** coloration mauve ou bleutée de la peau due à la présence d'un taux anormalement élevé (supérieur à 5g par litre de sang)

**Cyphoscoliose :** double déformation de la colonne vertébrale associant une déviation latéral (scoliose) et un déviation à convexité postérieure (cyphose)

**Débitmètre pointe (peak flow) :** petit instrument en forme de tube utilisé par une malade asthmatique pour contrôler son état respiratoires

**Drainage :** évacuation à l'extérieurs de l'organisme de liquide, de gaz physiologique ou pathologique en ventilation dans l'organisme

**Empyème (pyothorax) :** pleurésie purulents ou hémorragique

**Endocarde :** tunique interne du cœur, tapissant l'intérieurs du myocarde et limitant les cavités cardiaque

**Endocardite :** inflammation de l'endocarde une endocardite peut être d'origine infectieuse ou Rhumatismale

**Glottique = Glotte :** région du larynx comprise entre les cordes vocales

**Hémoptysie :** rejet par la bouche de sang provient de l'appareil respiratoires

**Hypoxie :** diminution du taux d'oxygène sanguin

**Histiocytose :** affection localisée ou diffuse, caractérisée par la prolifération bénigne ou maligne des cellules dérivées des globules blancs.

**Hypércapnie :** augmentation du taux de gaz carbonique sanguin.

**Hypertrophie :** augmentation du volume d'un tissu ou d'un organe.

**Hypophyse :** petite glande endocrine " sécrète tout des Hormones " reliée à la partie intérieur du cerveau.

**Kinésithérapie respiratoire :** ensemble des techniques de Kinésithérapie visant à maintenir une capacité respiratoire correcte chez les malades souffrant d'une affection broncho-pulmonaire " bronchite chronique " ou pleurale " pleurésie " de fracture de cote ou ayant subi une intervention chirurgicale

**Maladie d'Addison :** maladie rare due à une atteinte des glandes corticosurrenale conduisant à un déficit total en aldostérone et en cortisol

**Mésothélium :** tumeur bénigne ou maligne se développant aux dépens des Mésothélium " tissu tapissant la surface interne de certaines membranes séreuses "

**Myopathie :** affection des fibres musculaires

**Nébulisation :** administration d'un médicament liquide par pulvérisation nasales ou buccales

**Péricardite :** inflammation des deux feuillets du péricarde (tunique externe enveloppant le cœur)

**Plèvre :** membrane enveloppant les poumons.

**Pleurésies :** inflammation aiguë ou chronique de la plèvre (membrane enveloppant les poumons).

**Pneumothorax iatrogène :** se dit d'une maladie ou d'un trouble provoqué par les thérapeutiques.

**Poliomyélite :** d'inflammation de la substance, crise de la moelle épinière.

**Une respiration assisté :** insufflation d'oxygène dans les poumons par intermédiaire d'une sonde d'incubation

**Spondylarthrite :** affection chronique caractérisé par la survenue d'une arthrite touchant principalement les articulations sacro-iliaque et celles du rachis.

**Surrénale " glande " :** glande endocrine située au pôle supérieur de chacun des deux reins.

**Sympathomimétique :** substance chimique médicamenteuse ou non qui stimule le système nerveux sympathique adrénergique.

**tachycardie :** accélération de la fréquence des battements du cœur au-delà de 90 pulsations par minute.

**Terrain :** ensemble des facteurs générales, physiologiques tissulaires ou hormonaux. qui chez un individu favorisent les survenues d'une maladie ou en conditionnement le pronostic.

**Trachéobronchite :** inflammation simultanée de la muqueuse trachéale " trachéite " et des bronches (bronchite).

**Trachéotomie :** intervention chirurgicale consistant à pratiquer une ouverture de la face antérieure de la trachée cervicale entre la 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> anneau assurer le passage de l'air.

**Tuberculine :** produit concentré à partir de la filtration d'une culture de bacilles tuberculeux (bacille de Koch). utilisé pour rechercher la pénétration du bacille dans l'organisme.

**Tympan :** membrane fibreuse, transparente qui sépare le conduit auditif externe de la caisse du tampon. " cavité de l'oreille moyenne contenant les osselets et transmet la vibration sonore aux osselets.

**Réaliser par :**

- HIMER Abdelwahab
- BADRANI Mahfoud
- TEBAÏ Djamel

**Dirigé par :**

- M' BOUDJELAL F

**Date de soutenance :**

Le : 16 / 07 / 2006

**Thème :**

Etude épidémiologique des maladies respiratoires  
dans la wilaya de Jijel

**Nature du diplôme**

Diplôme d' Etudes Universitaires Appliquées (DEUA)

**ملخص:** لقد كانت الأمراض التنفسية دائما مشكلا عويضا للصحة العمومية في الجزائر  
موضوع دراستنا مكننا من معرفة الأمراض التنفسية و كذا توزيعها على مختلف مناطق  
جيجل و سمح لنا بتحديد أن الربو و السل هما السائدان بالمقارنة مع الأمراض الأخرى.  
و لكن بإمكاننا الحد من انتشار هذه الأمراض وذلك بالعلاج السريع والتخلص من  
أسبابها.

**Résumé :** les maladies respiratoires ont depuis toujours été un sérieux problème  
de santé publique en Algérie.

Notre travail qui se voulait une contribution à une meilleure connaissance des  
maladies respiratoires et leur distribution dans différentes régions de la wilaya  
de Jijel nous a permis de voir que l'asthme et tuberculose prédominaient sur les  
autres maladies et qu'on pouvait limiter la répartition de ces maladies par le  
traitement rapide et l'élimination de ces causes.

**Summary :**

The respiratory diseases were, for a long time, a serious problem of the public  
health in Algeria.

Our study, which is a contribution to a better knowledge of the respiratory  
diseases and their distribution in the various areas of the wilaya of Jijel, enabled  
us to know that asthma and tuberculosis prevail on the other diseases.

However , we can limit the frequency of these diseases by avoiding the  
etiologic factors and by the fast treatment of the disease .