

Mr Meftah Ch..69 ans douleur thoracique droite depuis quelque semaines.



HEMOPATHIE

NFS HB 10gr/L. GB 8400(PN 60%) **Plaquettes 60 000**

SYNDROME PARITALE



Perlèche et ulcération Croutese des commissures des lèvres. Ulcération de la langue



AHMED M ..25 ANS M'A CONSULTATE LE 26/03/2006 POUR: Exacerbation de sa maladie Asthmatique

HDLM :Dyspnée sifflante depuis 3ANS; UN FLACON DE VENTOLINE PAR 15 A30 JOURS ..

SORTIE DE LA REANIMATION 48H AUX PARAVENT(P02 l'admission =64mmdeHg)-Arrivée le 26/03/2006 A 22H « pour équilibration de son asthme »

EXAMEN PHYSIQUE : Obèse(Pd:120 kg. Ta:160cm)-

-Quelque sécrétions purulentes .-Euphémique, qq sibilances .Sat :98%-RC :70/min-TA 15/8

Evolution :

Il a développée en 30 min Une crise grave intense

Vasoconstriction-sat 83%-RC 180-FR=35/min. Transpiration -Agitée -Silences a l'auscultation

--->Régression très lente

Oxygène. Nébulisation BRICANYL .Ventoline par chambre d'inhalation

Salbumol seringue électrique 2 A 6mg/HEURE

HYDRO 700 mg puis 300 mg x8

Adrénaline Sous cutanée puis intraveineuse

Tableau 3. Sévérité clinique de la criseAdapté de ⁽³⁾ et ⁽⁵⁾

	Signes cliniques	Peak-flow Gazométrie/saturation
Crise d'asthme modérée	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes en aggravation - Aucun des critères d'asthme sévère 	> 50-75% de la meilleure valeur ou de la valeur prédite
Asthme aigu sévère	≥ 1 des éléments ci-dessous	
	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence respiratoire ≥ 25/minute - Fréquence cardiaque ≥ 110/minute - Incapacité de terminer une phrase 	33-50% de la meilleure valeur ou de la valeur prédite
Asthme menaçant le pronostic vital (asthme aigu grave)	≥ 1 des éléments ci-dessous	
	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence respiratoire ≥ 30/minute - Fréquence cardiaque ≥ 120/minute - Cyanose - Dyspnée entre chaque mot - Sibilances diminuées ou absentes - Agitation 	<ul style="list-style-type: none"> < 33% de la meilleure valeur ou de la valeur prédite Saturation O₂ < 92% PaO₂ ≤ 8 kPa PaCO₂ 4,5-6 kPa
Arrêt respiratoire imminent	<ul style="list-style-type: none"> - Pauses respiratoires - Respiration paradoxale - Bradycardie, hypotension - Silence auscultatoire - Confusion, somnolence 	PaCO ₂ > 6 kPa

ASTHME AIGUE GRAVE

(3) Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NIH Publication No 02-3659 Issued January, 1995 (updated 2002). Management Segment (Chapter 7) : Updated 2004 from the 2003 document.

(5) British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the Management of Asthma. Thorax 2003; 58 (Suppl 1.):1-94..

Tableau 2. Définition de l'asthme labile (brittle asthma)

Asthme labile de type 1

- Grande variabilité du peak-flow malgré un traitement maximal (>40% de variabilité diurne pendant >50% du temps sur une période de 150 jours)

Asthme labile de type 2

- Crises sévères subites chez un asthmatique apparemment bien contrôlé

Revue Médicale Suisse **Prise en charge d'une crise d'asthme au cabinet médical**. Rutschmann J.-P. Janssens. Numéro : 3029 Sujet: Médecine d'urgence

Brittle asthma Asthme fragile Asthme labile

Sous groupe de l'asthme
difficile

Brittle asthma Type 2

Survenue de crise aiguë potentiellement mortelles avec par ailleurs un asthme semble bien contrôlé et une fonction pulmonaire normale ou quasi normale (1) (2)

(1) Graziani E (2004). *Eur Rev Med Pharmacol Sci* **8** (4): 135–8.

(2) Toungousova O, (June 2007). "Brittle asthma". *Monaldi Arch Chest Dis* **67** (2): 102–5.

N 38



LEVEL 4

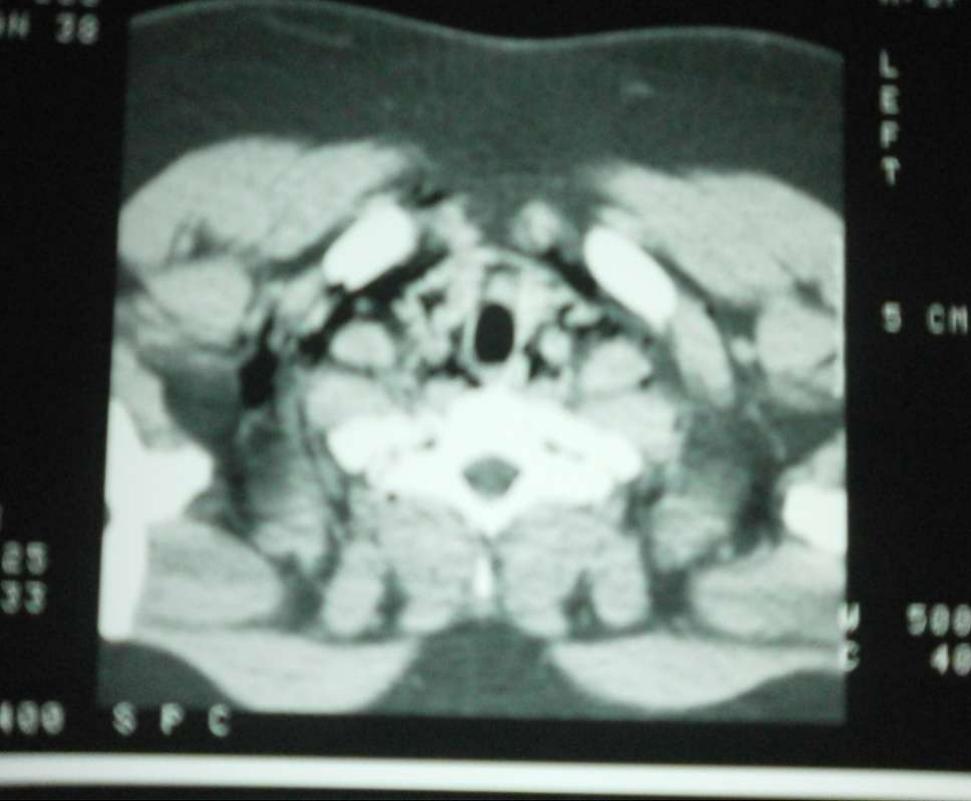
5 CM

25
33

M
C

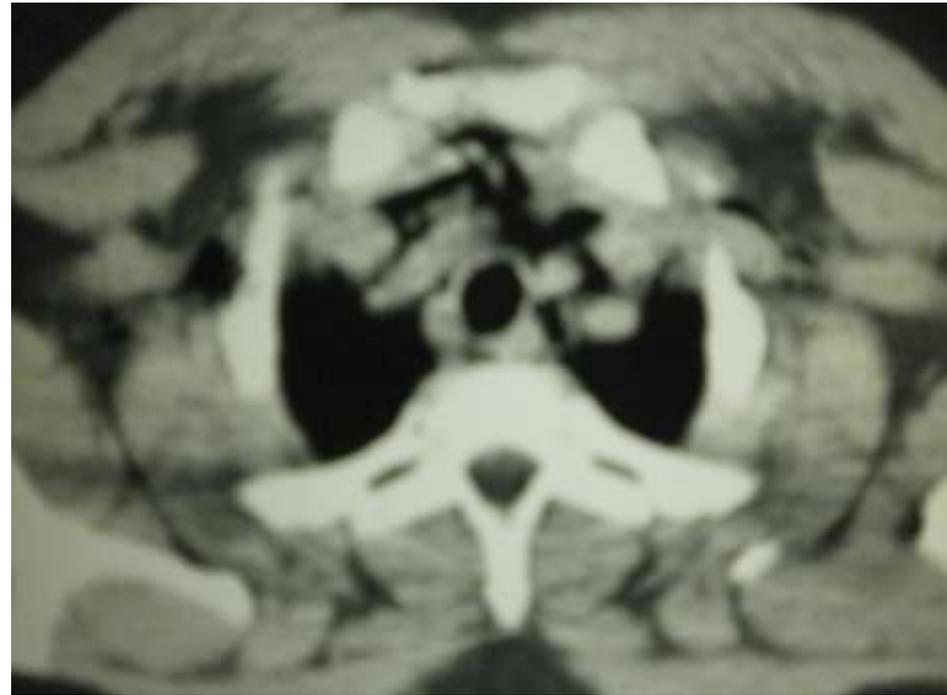
500
40

100 S P C



Scanner thoracique:

Pneumomediastin
Panicule adipeux



Obésité et asthme

Prévalence accrue de l'asthme, en particulier chez les femmes (1)

Asthme difficile à contrôler (2)

Asthme mal contrôlé ; qualité de vie altérée, hospitalisations plus fréquentes (3)

Diminution de la réponse aux corticostéroïdes inhalés (4)

Diminution de la réponse à la dexaméthasone (5)

Effets bénéfiques de la perte de poids sur l'évolution de l'asthme (6)

Place des antileucotriènes

(1) Shore SA. *Pharmacol Ther* 2006;**110**:83–102.

(2) Shore SA. *J Allergy Clin Immunol* 2008;**121**:1087–1093.

(3) Mosen DM, . *J Allergy Clin Immunol* 2008;**122**:507–511

(4) Peters-Golden M, . *Eur Respir J* 2006;**27**:495–503.

(5) Sutherland ER, *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;**178**:682–687.

(6) Eneli IU, Skybo T, Camargo CA Jr. Weight loss and asthma: a systematic review. *Thorax* 2008;**63**:671–676.

ASTHME LABILE AVEC CRISE GRAVE SE COMPLIQUANT DE PNEUMO-MEDIASTIN CHEZ UN PATIENT DE 25 AN
OBESE S'e TRAITANT PAR LA VENTOLINE A LA DEMANDE

»BRETTLE ASTHMA TYPE 2 »

SUIVIE:

SOUS SERETIDE 500 + SINGULAIR

GDS(27/03/06): Po2: 71 -So2:94 -Pco2:30 - PH:7,37

TEST PNEUMOALLERGENE(18/5/06):Négative °

EFR (18/5/06):NORMALE

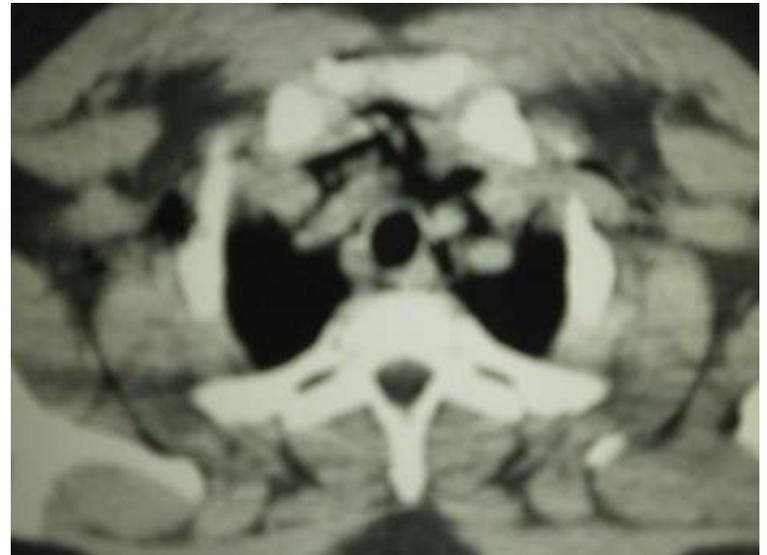
CV: 6,76 161 %

VEMS: 5,30 144 %

TIFNEAUX : 0,94 %

Dernière CONSULTATION LE 25/04/2008 :

Pas de crise; un flacon par 45 a 60 JOURS



SANS COMMENTAIRES ???

Lamsis B ..4 ans

Asthmatique depuis
âge de 18 mois

Fièvre depuis 48h



Inspecter la chambre d'inhalation (et le sachet du médicament)





VERIFICATION DE L'UTILISATION DES PULVOS ???



Mme FADHILA R..38 Ans le 23/07/2013

pour BILAN ALLERGOLOGIQUE aux décours d'un Choc d'Anaphylaxie

ANTECEDENTS ET TARES :

RHINOCONJONCTIVITE D'ALLURE ALLERGIQUE (Depuis 2ANS)

HTA SOUS TENORDATE (Depuis 1 ANS)

DIABETE sous GR (Depuis 1 ANS)

HDLM

VERS LE 9/07/13.. AUX RETOUR DU SOUK ..ET POUR SE RAFRAICHIRE ..ELLE A MIS SUR SON NEZ UN PEU DE PARFUM DE SON BÉBÉ--

Survenu rapidement d'un tableaux comprenant: →

Prurit pharyngée; dysphonie ; Angioedeme.; DYSPNEE progressive puis **ASPHYXIE; Malaise ..OEDEME Prurigineux** DES MAINS ET PIEDS →

ADMISSIONS AUX URGENCES

EXAMEN PHYSIQUE : (ce jour)

TA: 12/7- RC : 80 /min .Sat:98 %. Rhinite rose pale. Pas de sibilances

LE Parfum est pour Bébé (MANE de NIHEL: aqua-éthanol-glycerine -parfum) :

Test réaliste aux Parfum ramenée par la patiente

Réaction érythémateuse lors du Prick test aux parfum

Réaction franchement positive comparée aux témoin(Sérum physiologique)

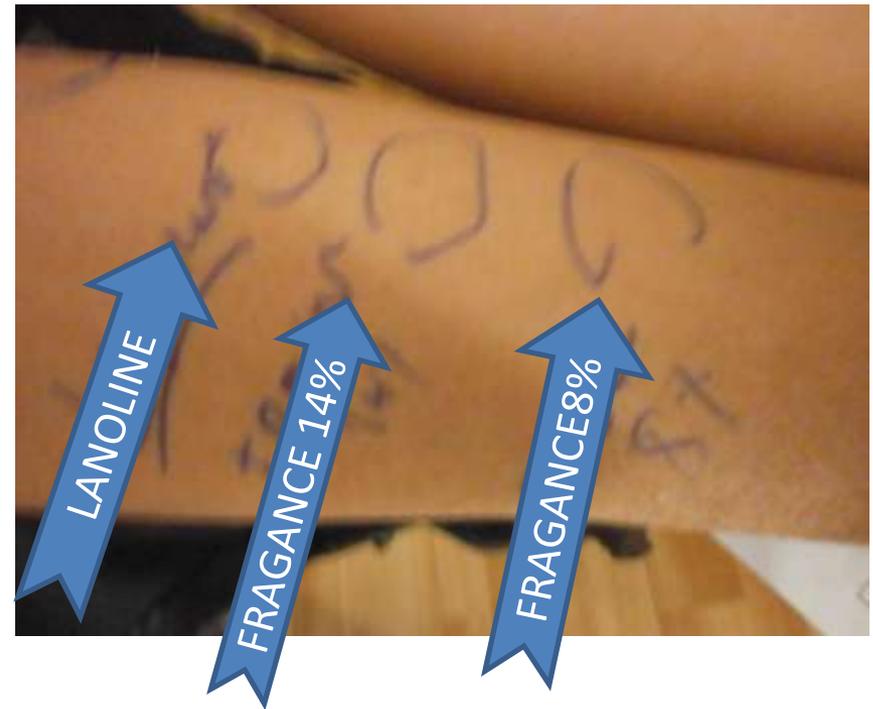


L'Allergie est liée a la glycérine contenu dans le parfum pour BB

TEST AUX GLYCERINE:Positive



Test aux parfum et a lanoline: Négative



Utilisation répandue: Produits de soins personnels et l'industrie agroalimentaires

- Parfums et d'arômes
- Savons
- Shampoings
- Crèmes pour la peau
- Produits topiques
- Lotions
- Baume pour les lèvres
- Dentifrice (Ingrédiént pour ajouter une saveur sucrée).
- Rince bouche.
- Après rasage
- Bases non parfumées
- Huiles Essentielles
- MATIÈRES PREMIÈRES. Métaux .Cuir
- Autres articles ménagers (Bougies. .
- Certains médicaments .
- Produits alimentaires(édulcorant)
- Fabrication de la bière.

Allergie a la Glycérine: Vidal

Différentes préparations contiennent de la glycerine....

- **ÆQUASYAL[®] spray buccal .**
- Solution pour pulvérisations endobuccales
- Triesters de **glycérol** oxydés (TGO) : 94,4 %. Dioxyde de silicium. Arôme alimentaire. Aspartam
- **Précautions d'emploi:**
- Ce produit a fait la preuve de son innocuité**En cas de manifestation allergique**, il convient, par prudence, d'interrompre le traitement et de consulter le médecin...

Pub Med :glycérol allergy case report

- **Hypersensitivity** reaction to chromated glycerin.

Sánchez-Schmidt JM, Giménez-Arnau AM, Barranco-Sanz C, Corbi-Coloma L, Raventós-Riera A, Pujol-Vallverdú R. Dermatol Surg. 2012 Feb;38(2):279-81.

- Handle with care ... nitroglycerin anaphylaxis.

Weiss L, Brady N, Hostoffer RW, Tcheurekdjian H. Ann **Allergy Asthma Immunol.** 2009 Dec;103(6):536-7..

- Allergy caused by sodium fluoride glycerin: a case report.

Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2012 Apr;30(2):221, 223

Allergie a la Glycérine: Sites Grand publique



Effets secondaires de glycérine

Les réactions **allergiques graves** (éruption cutanée, urticaire, difficulté à respirer, sensation d'oppression dans la poitrine, enflure de la bouche, le visage, les lèvres ou la langue), des saignements rectaux

LIVESTRONG.COM

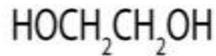
Glycerin Allergy Threshold (Melodie Anne Coffman Melodie : Nov 6, 2011)

La détermination du seuil de tolérance a la glycérine (1)

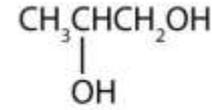
Utilités des pricks test a la glycérine pour déterminer la statu allergique (2)

(1) Food and Drug Administration: Approaches to Establish Thresholds for Major Food Allergens and for Gluten in Food

(2) MayoClinic.com



Ethylene glycol



Propylene glycol

Très toxique .Comme le Méthanol;toxicité par métabolite hépatique. Atteinte rénale par précipitation de cristaux d'oxalate de calcium.

Considéré comme non toxique. Solvant de certains médicaments ;agent d'hydratation de certains aliments

- **Limit of diethylene glycol and ethylene glycol—**
- *Standard solution: 2.0 mg per mL of USP Glycerin RS, **Delete the following:***
- 0.050 mg per mL of USP Ethylene Glycol RS, 0.050 mg per mL of USP Diethylene Glycol RS

- Regain d'intérêts avec la e-Cigarette
- Propylène glycol (66%) et la glycérine (24%) étaient les principaux composants d'un marque italienne (1)
- La glycérine est plus efficace pour la production de l'aérosol que le propylène glycol qui est un exhausteur d'arôme beaucoup moins puissant (2)
- Vu la popularité dans le monde de l'e-cigarettes les préjudice possibles de ces émissions sont en cours de réévaluation (3;4;5)

(1) Pellegrino Ann Ig. 2012 Jul-Aug;24(4):279-88

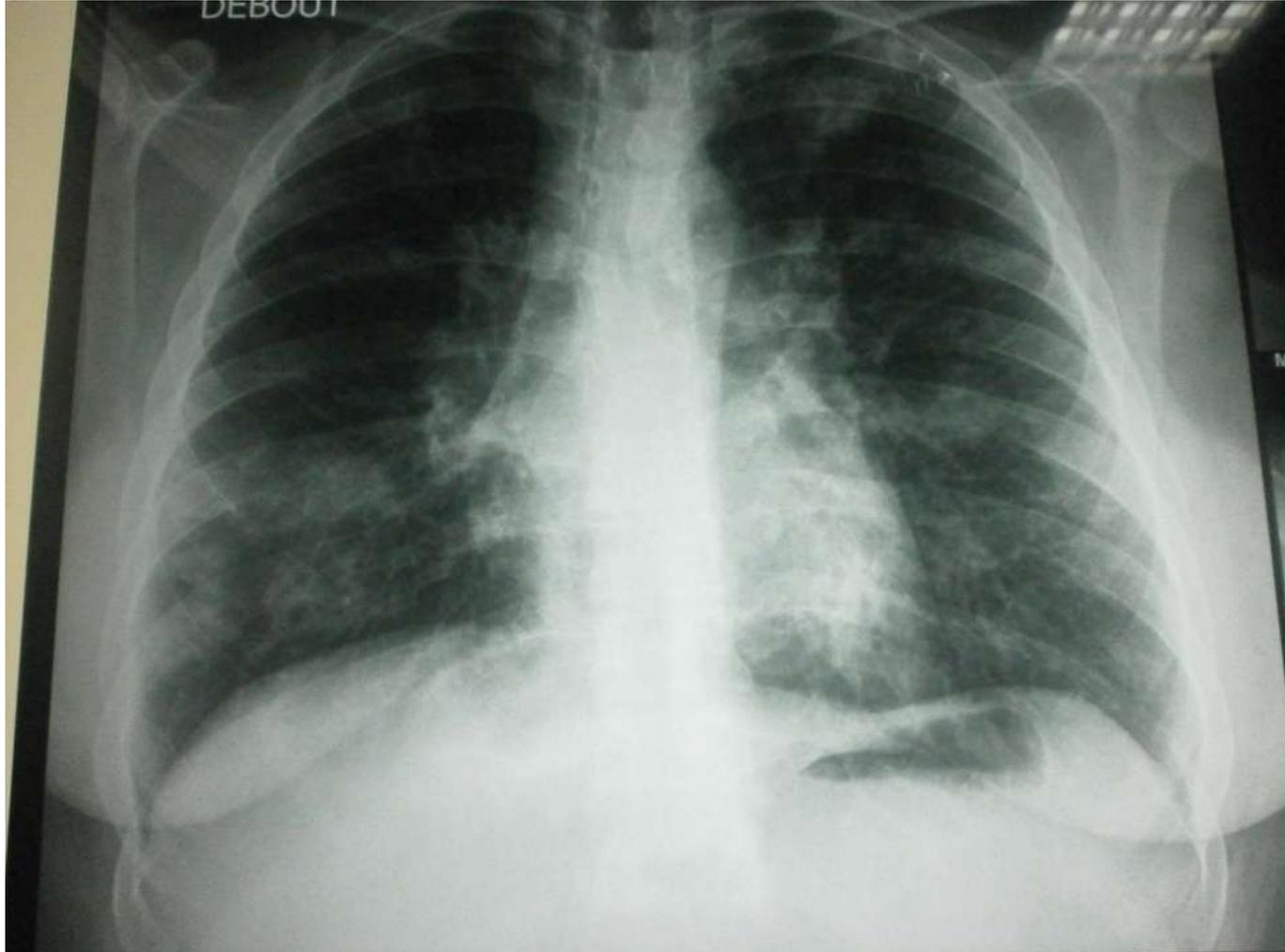
(2) Avdalovic MV, Chest. 2012 Jun;141(6):1371-2

(3) Bullen C. Tob Control. 2010 Apr;19(2):98-103

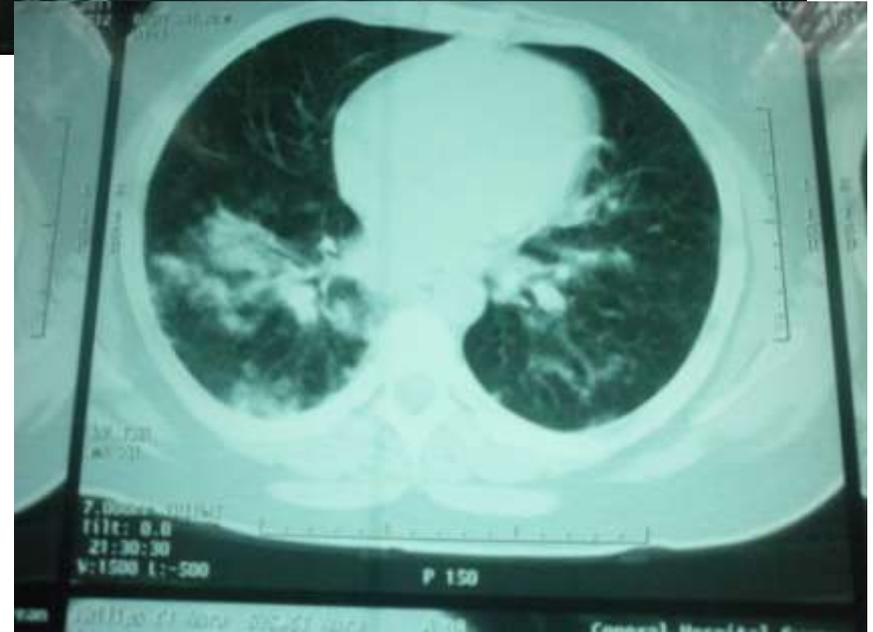
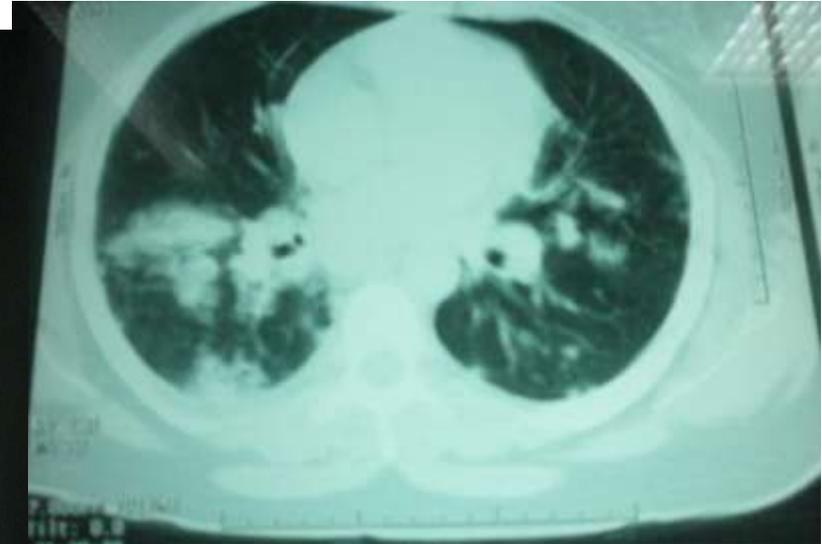
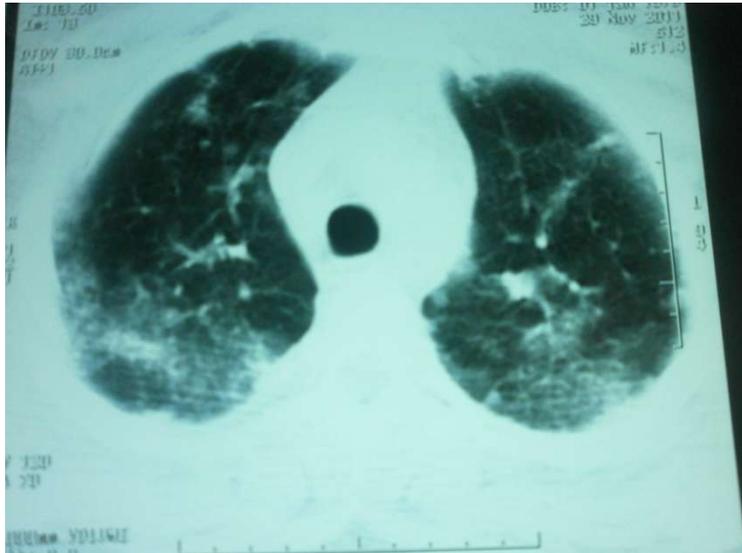
(4) Einecke. MMW Fortschr Med. 2012 Sep 10;154(15):20

(5) Kralikova EAddiction. 2012 Aug;107(8):1528-9

Mme KHADIJA T ..53 ANS m a consulte le 11/11/11 pour:
Toux .Dyspnée . Fièvre récidivante. Perte de poids. Arthralgie
Tableaux d'instalation progressive depuis 1 an :



Scanner thoracique(29/11/11) Syndrome alvéolointertitielle :
Verre dépolie lobaires supérieurs. Condensation alvéolaire lobaire inférieurs



Adénomégalie médiastinale



EXAMEN PHYSIQUE :

TA: 11/7 RC :90 /min .Sat: 94%. PF: . Pd: 59 kg.T° 37
CREPITANTES AU 2 BASES- **ADENOPATHIE CERVICALE GAUCHE** –
ERUPTION TYPE PRURIGUO AUX NIVEAUX DU DOS

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB = 8,1 10³/UL- HB=10,5 lg/dl - PLAQUETTES = 103/mm³
VS : 1érH: 85.2éreH:120 .HIV:negatif

GAZ DE SANG : **Po2: 69**. Pco2 :43. Hco3- :30. PH:7,47

CRACHATS:ABSENCE DE B.A.A.R

EFR :Trouble ventilatoire réstrictive grave

CVF :0,90=24% VEMS: 0,90=30 %.VEMS / CVF: 100 %-

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE : NORMALE

BIOPSIE BRONCHIQUE ETAGEE

INFLAMMATION CHRONIQUE DE LA MUCUEUSE BRONCHIQUE

LBA: FORMULE NORMALE

BIOPSIE d'un ganglion cervical gauche :

Hyperplasie lymphoïde réactionnelle

BIOPSIE Glande SALIVAIRE :

ASPECT D'UN SYNDROME DE Gougerot Sjörger , cotation 2^{de} Chisholm

Conclusion

Patiente de 53 Ans symptomatique,présentant un syndrome alvéolointéristielle et des adénomégalies médiastinales,un syndrome de Gougerot Sjörgeren a la biopsie des glande salivaire

Evolution

- **Dégradation clinique quant on descend aux dessous de 30 mg de prédnisone**
 - **Dernière radio (29/03/2012) Stable**
- > *Bilan immunologique et Biopsie pulmonaire***

Le syndrome de Goujerot-Sjögren maladie auto-immune des glandes exocrines.

Sécheresse buccale (xérostomie). Sécheresse oculaire (xérophtalmie) . Asthénie

Tableau 1
Critères diagnostiques du syndrome de Goujerot-Sjögren [18].

- 1- Symptômes buccaux : réponse positive à au moins une des questions suivantes :
 - a. sensation quotidienne de sécheresse buccale pendant plus de 3 mois
 - b. gonflement persistant ou récurrent des glandes parotides chez l'adulte
 - c. nécessité de boire fréquemment des liquides pour permettre la déglutition des aliments
- 2- Signes oculaires
 - a. test de Schirmer pathologique : moins de 5 mm en 5 minutes (sans anesthésie)
 - b. test au Rose Bengale ou autre colorant pathologique (score ≥ 4 selon van Bijsterveld)
- 3- Signes histologiques : sialadénite lymphocytaire appréciée par un expert anatomopathologiste, comportant au moins un foyer lymphocytaire pour 4 mm² de tissu glandulaire. Un foyer lymphocytaire est adjacent à une zone de muqueuse normale et doit comporter au moins 50 lymphocytes. Ceci correspond à un score de Chisholm supérieur ou égal à 3
- 4- Atteinte objective des glandes salivaires, définie par au moins un test pathologique
 - a. flux salivaire non stimulé < 1,5 ml en 15 minutes
 - b. sialographie parotidienne montrant des atélectasies diffuses sans obstruction des canaux principaux
 - c. retard de capture, ou faible concentration, ou retard de sécrétion du traceur sur la scintigraphie salivaire
- 5- Présence d'auto-anticorps anti-SSA (Ro) ou anti-SSB (La) ou les deux

Le SGS primitif est défini par :
la présence de 4 des 6 critères dont le critère histologique ou le critère sérologique ou
la présence d'au moins 3 des 4 critères objectifs (items 3, 4, 5 ou 6)

Le SGS secondaire est défini par la présence du critère 1 ou 2, et deux des critères 3, 4 ou 5, chez un patient ayant une maladie associée (autre connectivite)

Le diagnostic de SGS est exclu en cas de :

- irradiation cervicofaciale
- hépatite C chronique
- SIDA
- lymphome préexistant
- sarcoidose
- réaction du greffon contre l'hôte
- utilisation de médicaments anticholinergiques (après au moins 4 demi-vies)

Syndrome de Goujerot-Sjögren primitif

Sécheresse buccale et oculaire +

soit la présence d'une infiltration lymphocytaire sur la biopsie des glandes salivaires

soit la présence d'autoanticorps (anti-SSA ou anti-SSB).

- (Spéc 96 % . Sensibilité de 94 %)

S. Goujerot-Sjögren secondaire

1) Présence d'une autre connectivite

(Polyarthrite rhumatoïde ; sclérodermie ; lupus, polymyosite, cirrhose biliaire)

2) Symptômes de sécheresse oculaire ou buccale,

3) Élément objectif de l'atteinte oculaire ou salivaire

(Sensibilité de 97 % spécificité de 90 %)

CRITERE D'EXCLUSION

Sarcoidose;Hépatite C;SIDA

(18)Vitali C. *Ann Rheum Dis* 2002 ; 61 : 554-8.

Atteinte extraglandulaire (5 à 10 %).

Poumon =Localisation privilégiée :10%,si on tient compte de la clinique (1)

Atteinte des voies aériennes(va)

Anatomiquement

vaSupérieures (sphère ORL).(2)

va Inférieures (Infiltrats lymphocytaires, mastocytaires et neutrophiles). (3)

Bronchiolaire (bronchiolite folliculaire).(4)

Fonctionnellement :

Trouble ventilatoire obstructif (Rare ;non significatif) (5)

Hyperréactivité bronchique • (6)

Sécheresse muqueuse bronchique :non établie. (7)

Au scanner : Fréquence des anomalies bronchiques (8)

Cliniquement :

Toux (5)

Infections respiratoires récidivantes (9)

Dilatation des bronches,

Atteinte bronchiolaire. (10)

Pneumopathies infiltrantes diffuses

- **PINS**
- **Pneumopathie interstitielle lymphocytaire (LIP)**
- **Lymphomes pulmonaires**
- **La bronchiolite folliculaire**
- **Amylose pulmonaire**
- **Pneumopathie éosinophile**
- **Hémorragie intra-alvéolaire**
- **Pneumonies organisées**
- **Domages alvéolaires diffus**
- **Pneumopathies interstitielles desquamatives**

(1)Davidson. *Ann Rheum Dis* 2000 ; 59 : 709-12. (2)Ito K. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1994 ; 56 : 173-6. (3)Amin K. *Respir Med* 2001 ; 95 : 904-10(4)Gardiner. *J Rheumatol* 1993 ; 20 : 831-7.(5)Papiris SA .*Ann Rheum Dis* 1999 ; 58 : 61-4.(6)La Corte R. *Clin Exp Rheumatol* 1991 ; 9 : 125-30. (7)Fairfax AJ. *Q J Med* 1981 ; 50 : 279-95.(8)Taouli B. *Eur Radiol* 2002 ; 12 : 1504-11(9) Mialon P. *Clin Exp Rheumatol* 1997 ; 15 : 349-54. (10)Schneider S . *Rev Mal Respir* 2005 ; 22 : 127 (abstract).

Pneumopathies infiltrantes diffuses dans le Gougerot-Sjögren

LBA: anormal 50 % .Lymphocytose non toujours retrouvée ->Biopsie chirurgicale

PINS:

La plus fréquente (61 % d'une série chirurgicale de 33 cas) (1)

Verre dépoli sous-pleurale et postérieure

Réticulations sous-pleurales et zones de nid-d'abeilles(Fibrose)

LIP (Pneumopathie interstitielle lymphocytaire):

25 % à 50 % des LIP (2)présentent un SGS

Le scanner est(2) évocateur montrant:

Nodules centrolobulaires ET sous-pleuraux

Épaississement péribronchovasculaire et des septums interlobulaires

Plages de verre dépoli

Condensation pulmonaire

Adénopathies médiastinales (50% des cas) .

Les kystes parenchymateux (50% des cas)

- (1)Ito I,. *Am J Respir Crit Care Med* 2005 ; 171 : 632-8.(2) Johkoh T.*Radiology* 1999 ; 212 : 567-72. (3)Papis SA. *Respir Med* 2006 . (4) Delevaux I. *Ann Rheum Dis* 2001 ; 60 : 694-5. (5) Johnston SL. *Scand J Rheumatol* 2005 ; 34 : 404-7. Sch (6)neider. *Rev Mal Respir* 2005 ; 22 : 127 (abstract).

• Lymphomes pulmonaires

Le scanner :

Opacités uniques ou multiples, masse ;excavation possible

Condensation alvéolaires, basale,extension péribronchovasculaire,

Verre dépoli plus ou moins étendu (3)

Adénopathies médiastinales ou hilaires(rare).

• Amylose pulmonaire

Nodules pulmonaires multiples

Lésions kystiques associés

Amyloïdose systémique (exceptionnelle) (4)

• Hémorragie intra-alvéolaire

Présence d'une cryoglobulinémie (5)

Connectivite associée (lupus surtout).

• La bronchiolite folliculaire

Trouble ventilatoire obstructif parfois sévère et hypoxémie

Scanner :Nodules bronchiolaires . Bronchectasies.

Épaississement pariétal bronchique

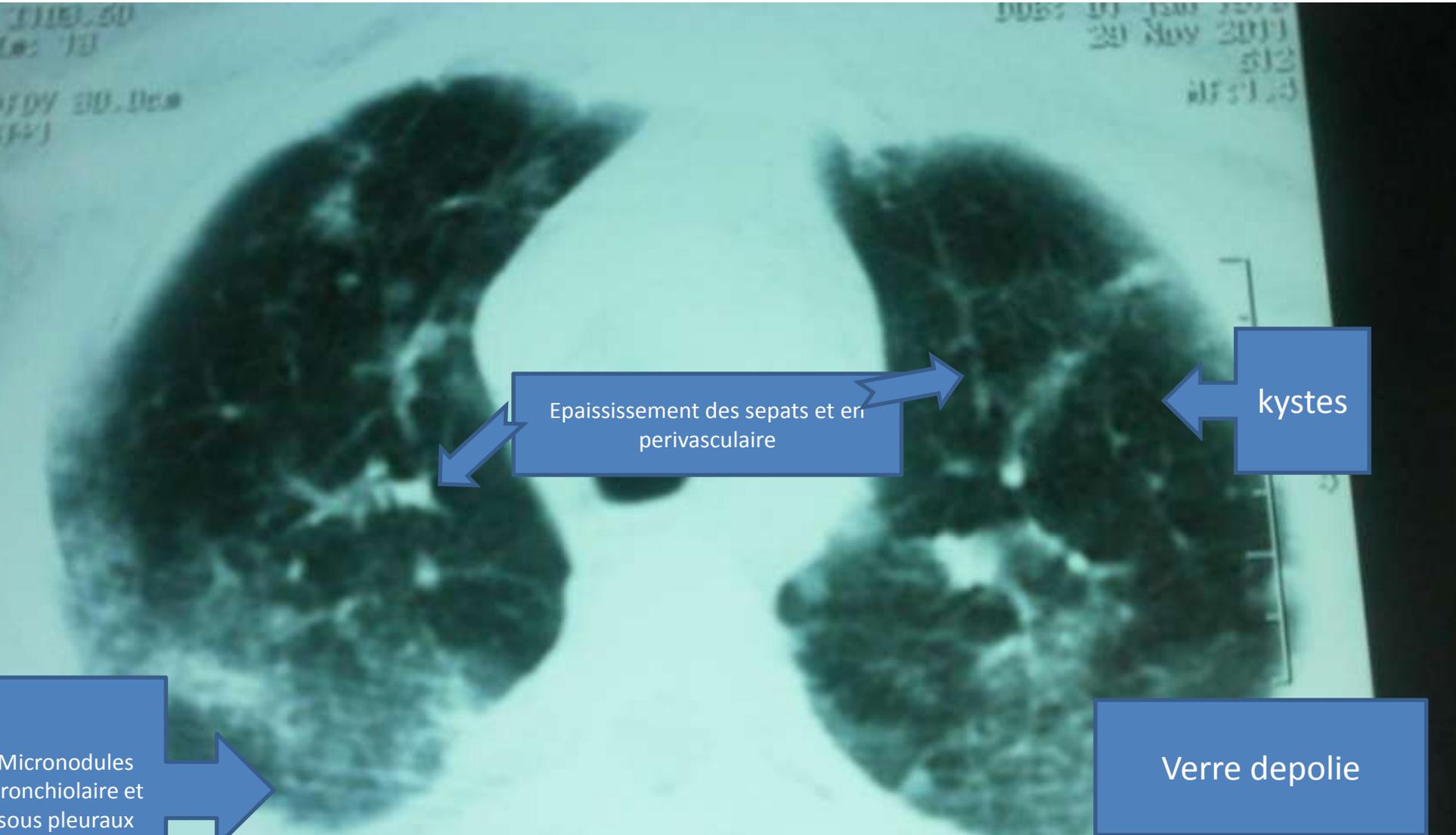
Peut être révélatrice du SGS. Chez tous patients présentant une pathologie bronchiolaire chronique il est recommandé de rechercher systématiquement le SGS (6)

Notre observation: il peut s'agir d'une LIP

Plages de verre dépoli . Nodules centrolobulaires ET sous-pleuraux

Epaississement péribronchovasculaire et des septums interlobulaires .kystes parenchymateux

.Condensation pulmonaire. Adénopathies médiastinales



Epaississement des septats et en perivasculaire

kystes

Verre depolie

Micronodules bronchiolaire et sous pleuraux

Notre observation: il peut s'agir d'une LYMPHOME

Opacités uniques ou multiples, masse ;**excavation possible**

Condensation alvéolaires, basale,extension péricronovasculaire,

Verre dépoli plus ou moins étendu · Adénopathies médiastinales ou hilaires

