

#### ➤14 L'ASTHME PROFESSIONNEL AU CENTRE TUNISIEN : PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET AGENTS ÉTIOLOGIQUES

A. Omrane, L. Bouzgarrou, I. Kacem, A. Kraïm, I. Kraïem, K. Rejeb<sup>2</sup>, H. Haj salah<sup>2</sup>, I. Marchaoui<sup>1</sup>, C. Amri<sup>1</sup>, M. Akrou<sup>1</sup>, T. Khalfallah. M.A. Henchi<sup>1</sup>

Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle – CHU de Mahdia

1 : Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle – CHU de Monastir

2 : Caisse nationale d'assurance Maladie -Bureau Régional de Sousse

**Introduction :** Actuellement l'asthme représente la pathologie respiratoire professionnelle la plus fréquente dans la majorité des pays industrialisés et dans de nombreux pays en voie de développement, devançant ainsi largement les pneumoconioses. **L'but** de notre travail est de dresser le profil épidémiologie des patients indemnisés pour asthme professionnel (AP) au centre tunisien et d'établir la cartographie des secteurs à risque.

**Méthode:** Etude descriptive exhaustive des cas d'asthme professionnel indemnisés sur une période de 08 ans par les commissions médicales des accidents du travail et des maladies professionnelles de Sousse et de Monastir habilitées à fixer les taux d'incapacité partielle permanente (IPP). Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et des fiches d'enquêtes techniques des ingénieurs de la CNAM.

**Résultats :** 129 patients ont été indemnisés pour AP durant la période d'étude, avec un âge moyen de 41 ans  $\pm$  7, 7 (22 à 59 ans). Le sexe ratio a été 0, 62. L'ancienneté moyenne au poste au moment de la déclaration a été à 16, 42  $\pm$  9, 29 ans (0 à 40 ans). Des antécédents familiaux d'asthme ont été rapportés dans 3, 8 % des cas. Un terrain atopique a été noté chez 38 patients (29, 4 %) et un asthme préexistant à l'exposition chez 7 d'entre eux (5, 4%). Le VEMS moyen a été égal à 71, 5 $\pm$ 18, 4 (30-108) et le rapport de Tiffeneau 74, 32 $\pm$ 13, 2 (48-1210) . le test de provocation bronchique a été réalisé dans 65 acs avec la PD 20 moyenne égale à 421 $\pm$ 370, 5 (50-1600). Les tests immunologiques ont été pratiqués en particulier les prick tests aux pneumo-allergènes courant positifs dans 21 cas. Lors de la déclaration d'AP, la symptomatologie a été de type respiratoire isolée chez 38% des patients, associée à une rhinite chez 37, 2% d'entre eux ; avec le rapport dans un cas sur deux d'un rythme professionnel. Le secteur le plus représenté a été celui de textile et la confection regroupant 96 déclarations soit 74, 4 % de patients indemnisés. Les autres secteurs d'activités retrouvés ont été l'industrie automobile, du plastique et du bois. Les agents étiologiques de l'AP ont été principalement les poussières végétales textiles dans 72, 9% des cas, la farine (5, 4 %), le bois (4, 7%), et les isocyanates (4, 7%). La déclaration a été faite par le pneumologue pour 22% des travailleurs. Le délai moyen de consolidation a été de 298 j $\pm$  327. Le délai moyen entre la date de la consolidation et celle de la commission a été de 297 jours $\pm$  257. L'IPP moyen accordé a été 27% avec un IPP maximum de 70%. Une différence statistiquement significative (p = 0.004) a été notée entre les IPP accordées par la commission de Monastir et celle de Sousse.

**Conclusion:** Les allergènes en causes d'AP sont divers et avec une multiplication continue en rapport avec le secteur industriel en perpétuelle évolution. Pourtant un nombre assez limité de secteurs d'activité et d'allergènes résumant la large majorité des cas indemnisés dans le centre tunisien. Il alors impératif de savoir évoquer l'origine professionnelle particulièrement chez des patients exerçant dans l'un de ces secteurs, et leurs assurer une prise en charge multidisciplinaire.

#### ➤15 LES AÉROSOLS DOSEURS ET LES INHALATEURS DE POUDRE SÈCHE: QUELLES DIFFÉRENCES ?

I. Khalfallah, H. Bouazra, M. Loukil, W. Nahali, R. Kelai, H. Ghraïri  
Hôpital Mohamed Tahar Mâamouri de Nabeul

**Introduction :** La mauvaise méthode d'utilisation des dispositifs d'inhalation (DI) expose à une baisse de la déposition pulmonaire du médicament avec par conséquent une perte du contrôle de la maladie et une augmentation de la déposition oropharyngée majorant ainsi les effets indésirables.

**But :** Evaluer la qualité de la technique d'inhalation chez nos patients, étudier les corrélations avec les caractéristiques du patient, de la maladie et du traitement et mesurer l'impact d'une méthode éducative directe et individuelle, centrée sur la technique d'utilisation des DI, sur l'amélioration de cette technique et sur le contrôle de la maladie, et comparer entre les deux types de DI.

**Patients et Méthodes :** Etude prospective débutée en juillet 2012 portant sur 276 patients suivis à notre consultation externe pour asthme (38%) ou BPCO (62%).

**Résultats :** Les deux types de DI utilisés dans le traitement de fond sont les aérosols doseurs (AD) et les inhalateurs de poudre sèche (IPS). L'AD est prescrit seul chez 66% des patients, l'IPS seul chez 18% et une association des deux types chez 16%. Avant éducation thérapeutique, le nombre d'erreurs moyen par patient dans le groupe AD est de 4, 6  $\pm$  0, 8, dans le groupe IPS de 3, 88  $\pm$  3 et dans le groupe AD+IPS de 6, 6  $\pm$  3, 8. Le nombre d'erreurs de manipulation du DI est significativement plus élevé dans le dernier groupe (p<0, 001). Après éducation thérapeutique, on a obtenu une diminution significative du nombre d'erreurs moyen devenu à 0, 45  $\pm$  0, 9 pour le groupe IPS vs 1, 19  $\pm$  1 dans le groupe AD (p=0, 04). Les erreurs qui persistent sont dépendantes du type du DI, elles sont dominées par la difficulté de retenir la respiration pendant quelques secondes dans le cas du diskus, par la difficulté de faire une inspiration rapide et puissante dans le cas de l'aéroliseur et par la coordination main bouche dans l'AD. Les facteurs corrélés à une mauvaise utilisation sont un âge  $\geq$  70 ans, un niveau d'instruction bas, des conditions socio-économiques mauvaises, un nombre de systèmes d'inhalation > 2 et à l'absence de démonstration antérieure.

**Conclusion :** Quelque soient les caractéristiques du patient, de sa pathologie et du DI, une éducation personnalisée permet l'acquisition d'une bonne technique d'inhalation