



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
EM|consulte  
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE  
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie 49 (2009) 175–179

## Différences dans la prise en charge de l'asthme associé à la polypose nasosinusienne : cas de deux patients travaillant dans les secteurs privé et informel sénégalais

*Differences in the management of asthma associated with sinonasal polyposis:  
Two cases of patients working in the Senegalese private and informal sectors*

M. Ndiaye<sup>a,\*</sup>, B.K. Diop<sup>b</sup>, M.-L. Sow<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine du travail, faculté de médecine, Ucad, avenue Cheikh ANta Diop, Dakar-Fann, Sénégal

<sup>b</sup> Service ORL, hôpital général de Grand-Yoff, avenue Nelson Mandela, Dakar, Sénégal

Disponible sur Internet le 6 mars 2009

### Résumé

Les recommandations du global initiative for asthma (GINA) ne prennent pas en compte l'asthme associé à la polypose nasosinusienne qui demeure une entité fréquente malgré une prévalence méconnue dans nos pays. À partir de deux observations colligées au niveau de structures sanitaires, nous avons procédé à une analyse des différentes modalités de la prise en charge médicale de cette association selon le lieu de résidence du patient, son appartenance au monde de travail structuré ou dit informel, son adhésion ou non à un système de couverture médicosociale et le type de structure sanitaire fréquentée. Dans notre pays, la prise en charge efficiente de l'asthme associé à la polypose nasosinusienne est rendue difficile par l'accès tardif aux structures de soins du fait du recours systématique à la médecine traditionnelle noté chez la plupart des patients, le sous-équipement des structures sanitaires, avec l'exemple de la spirométrie qui n'est pratiquée qu'au niveau d'une structure sanitaire publique et de trois entités privées, le déficit en personnel de soins qualifié avec dix pneumologues et quatre allergologues exerçant tous dans la capitale Dakar. Au niveau du secteur structuré, la couverture médicale est assurée par les imputations budgétaires pour les fonctionnaires et les Institutions de prévoyance de la maladie (IPM) et l'assurance privée pour les travailleurs du secteur privé alors que ceux du secteur dit informel éprouvent d'énormes difficultés face aux frais médicaux malgré les efforts de promotion des mutuelles de santé. De même les bêta-2 mimétiques et corticoïdes inhalés, indispensables au traitement, ne figurent pas dans la liste des médicaments essentiels promus par l'Initiative de Bamako (IB) pour les rendre accessibles et moins onéreux.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Asthme ; Polypose nasosinusienne ; Diagnostic ; Traitement médicochirurgical

### Abstract

The recommendations of global initiative for asthma (GINA) do not take into account asthma associated with sinonasal polyposis which in our country remains a frequent entity in spite of its unknown prevalence. Based on two observations made at health facilities, we undertook an analysis of different ways of managing this combination based on the patient's place of residence, his place in the working world, i.e., either a structured or an informal setting, whether or not he had health insurance coverage and the type of health care service he frequents. In our country, the efficient treatment of asthma associated with sinonasal polyposis is hindered by delay in access to health care facilities due to the systematic use of traditional medicine by most patients, by under-equipped medical facilities, for example, lack of spirometry equipment which is available only in public medical facilities and in three private medical entities, the shortage of qualified staff, with only 10 respiratory physicians and four allergists practicing in Dakar, the capital. In the public sector, medical coverage for civil servants is ensured by budgetary charges and public health institutions and by private insurance for workers in the private sector whereas those in the informal sector experience enormous difficulties due to medical expenses in spite of the promotion of mutual health insurance companies. Furthermore, beta-2 mimetics and inhaled corticoids, indispensable for the treatment of asthma, do not appear on the list of essential drugs promoted by the Bamako Initiative which was aimed at making drugs more accessible and less expensive.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords*: Asthma; Sinonasal polyposis; Diagnosis; Treatment; Senegal

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drmorndiaye@yahoo.fr (M. Ndiaye).

1877-0320/\$ – see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.reval.2009.01.015

## 1. Introduction

Durant ces dix dernières années, les conférences de consensus comme le global initiative for asthma (GINA) ont permis d'accorder les définitions, les mécanismes, les causes de la maladie asthmatique et surtout de rationaliser le diagnostic et les modalités de son traitement. En effet, il s'agissait d'apporter des réponses appropriées devant l'augmentation de la fréquence de l'asthme, l'avènement de méthodes diagnostiques plus perfectionnées et la multiplicité des ressources thérapeutiques [1]. Cependant, l'association de l'asthme à d'autres pathologies comme la polypose nasosinusienne n'est pas prise en compte par les recommandations internationales malgré qu'ils soient tous deux des maladies inflammatoires de la sphère respiratoire. En effet, le concept d'unicité des voies respiratoires supérieures et inférieures constitue une réalité basée sur leur structure histologique très proche, leurs fonctions physiopathologiques complémentaires et les aspects communs des phénomènes inflammatoires [2].

Dans nos pays africains subsahariens, la prévalence de l'association asthme et polypose nasosinusienne demeure inconnue alors que dans des pays européens comme la France elle varie de 7 à 16,5 % au sein de la population générale [3].

La polypose nasosinusienne est considérée comme un facteur d'exacerbation et d'aggravation de l'asthme avec des symptômes cliniques permanents, des activités physiques limitées et des recours fréquents aux services d'urgence [4]. En effet, la polypose nasosinusienne agit sur la maladie asthmatique par trois mécanismes [5] :

- le drainage passif des sécrétions nasales pendant le sommeil ;
- la diminution du seuil de stimulation vagale lors des infections sinusiennes ;
- la production au sein des voies aériennes supérieures de cytokines pro-inflammatoires et bronchoconstrictrices susceptibles d'aggraver, voire de dégénérer une hyperréactivité bronchique non spécifique (mécanisme le plus cohérent).

La prise en charge de cette association, source de nombreuses controverses, doit reposer sur une approche multidisciplinaire (allergologue, pneumologue, ORL) pour une meilleure efficacité. Des études ont clairement démontré que la cure chirurgicale de la polypose nasosinusienne entraîne une réduction de la fréquence des exacerbations de l'asthme alors que pour d'autres elle est source d'une dégradation, voire une augmentation des risques de récurrence de polypose avec diminution de leur délai de survenue [6–8].

L'Afrique subsaharienne avec sa diversité socioculturelle et ses entités francophones, anglophones, lusophones, arabophones, se caractérise par un monde du travail dominé par le secteur non structuré dit informel et une disparité dans la prise en charge médicosociale des maladies avec une médecine à deux vitesses, celle des nantis et celle des pauvres.

Sur la base de deux observations colligées au niveau d'une structure sanitaire publique et d'une clinique privée, nous avons procédé à une analyse des différentes modalités de la prise en

charge diagnostique et thérapeutique chez ces patients travaillant dans le privé et le secteur informel.

## 2. Observation n° 1

Sénégalaise de 38 ans, comptable dans une entreprise privée à Dakar, sans notion d'atopie familiale, était hospitalisée au niveau d'une clinique privée pour une crise d'asthme sévère.

On notait dans ses antécédents, de fréquentes crises d'asthme, des épisodes de toux déclenchés par les éclats de rire et l'effort, des étouffements en salves déclenchés par la climatisation, une obstruction nasale bilatérale d'installation progressive accompagnée d'une anosmie intermittente, un écoulement nasal fait de sécrétions muqueuses et des céphalées. Cette symptomatologie avait motivé des consultations en médecine générale, pneumologie et ORL et des cures thérapeutiques à base de corticoïde per os, corticoïde par voie nasale, antibiotiques, antihistaminiques, bêta-2 mimétique de courte durée et association de corticoïde et bêta-2 mimétique de longue durée d'action inhalée. Aucune intolérance à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires n'était retrouvé.

L'examen clinique respiratoire objectivait une hypertrophie bilatérale des cornets, des râles sibilants au niveau des deux champs pulmonaires et un débit expiratoire de pointe (DEP) à 225 l/min. La radiographie thoracique de face était normale.

La spirométrie mettait en évidence un syndrome obstructif avec un volume expiratoire maximum seconde (VEMS) à 2,1 l/min (théorique à 3,75 l/min), une capacité vitale (CV) à 2,80 l/min (théorique à 3,80 l/min), un Tiffeneau VEMS/CV à 75 % (théorique à 78 %) et un débit expiratoire maximum (DEM) 25/75 à 2,60 l/min (théorique à 3,65 l/min).

Un traitement d'urgence à base d'oxygénothérapie, bêta-2 mimétique de courte durée en inhalation et corticothérapie en perfusion avait permis l'amélioration clinique et la poursuite du bilan complémentaire.

L'imagerie médicale montrait une opacification des deux sinus maxillaires au Blondeau et, au scanner des sinus, un comblement des cellules ethmoïdales, des sinus maxillaires, sphénoïdaux et frontaux par des formations polypoides hypodenses avec présence de microcalcifications en faveur d'une polypose nasosinusienne stade III. L'endoscopie des fosses nasales visualisait des polypes atteignant le plancher des fosses nasales. Les *prick-tests* aux pneumallergènes mettaient en évidence une sensibilisation aux acariens. Le traitement chirurgical avait consisté en une ethmoïdectomie ayant nécessité sept jours d'hospitalisation.

Les frais d'hospitalisation de 2428,51 euros étaient pris en charge par la compagnie d'assurances qui assurait la couverture médicale des cadres travaillant au sein de cette entreprise (Tableau 1).

## 3. Observation n° 2

Madame S. de 42 ans, vendeuse de friperies au marché de Touba, ville religieuse située à 300 km de la capitale Dakar, avait consulté au niveau du service ORL du CHU de Dakar pour

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386834>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386834>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)