

## 16<sup>ème</sup> semaine médico-chirurgicale de Ouled Djellal

09/16 avril 2011



Inauguration de la journée de FMC par le Ministre de la santé le Dr. Djamal Ould Abbas

Comme chaque année, et cela est devenu une tradition, la semaine médico-chirurgicale de Ouled Djellal vient de se dérouler du 9 au 16 avril 2011. Près de 75 médecins de différentes spécialités ont participé à ces journées en effectuant des consultations au niveau des polycliniques des EPSP de Ouled Djellal, Doucen et Ras El Miad.

De même près d'une centaine d'interventions chirurgicales (en chirurgie générale, chirurgie infantile, orthopédie, neurochirurgie, chirurgie plastique et ophtalmologie) ont été réalisées au niveau de l'EPH Achour Ziane de Ouled Djellal, par les différentes équipes chirurgicales qui se sont déplacées sur les lieux.



### Arrivée de l'équipe d'hospitalo-universitaires à l'aéroport de Biskra

Au terme de cette semaine d'activité de dépistage, de soins et d'interventions chirurgicales, une équipe d'hospitalo-universitaires de rang magistral (venant d'Alger, Batna, et Sétif) est arrivé le mardi 12 avril pour compléter l'équipe médicale déjà en place et assurer un programme de conférences destinées au corps médical de la région.

Si jusqu'à l'année dernière, cette formation médicale continue était destinée uniquement aux médecins, cette année plusieurs ateliers et conférences ont été données par l'équipe d'odontostomatologie du CHU Beni Messous aux chirurgiens dentistes de la région.

Les ateliers ont portés sur :

- La réadaptation anatomo-fonctionnelle en prothèse amovible complète : Quand et comment par le Dr. Benzoua
- Que faire devant les cellulites d'origine dentaire par le Pr. Boukais
- Que faire devant une hémorragie au cabinet dentaire par le Pr. Boukais
- La gestion d'un malaise dentaire par le Dr. Aouameur
- L'arrêt cardiaque au cabinet dentaire par le Dr. Chater

Les conférences d'odontostomatologie ont porté sur :

- Comment éviter les pièges chez l'édenté complet par le Dr. Benzoua
- La gestion d'un traitement anticoagulant en odontostomatologie par le Pr. Boukais
- La maintenance des prothèses amovibles complètes par le Dr. Benzoua
- Les gestes d'urgence devant les traumatismes alvéolo-dentaires chez l'enfant par le Pr. Boukais



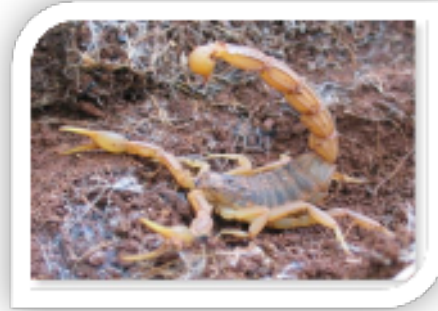
Arrivée à l'aéroport de Biskra et entrée de l'Hôpital de Ouled Djellal

La journée du mercredi 13 avril a été consacrée à des conférences médicales données par les différents enseignants des facultés de médecine d'Alger, Batna, Constantine et Sétif. C'est ainsi que **le Pr. Mekideche** de l'équipe du Pr. Zidouni de Beni-Messous a traité **de la prise en charge de l'asthme**. Elle sera suivie par le **Pr. Benkaidali** du CHU Mustapha qui traitera des **dermatocorticoïdes en pratique courante**. Introduit en thérapeutique dermatologique en

1952, année au cours de laquelle Sulzberger et Witten ont utilisé l'hydrocortisone topique pour le traitement de certaines dermatoses. Mais dès 1955 les premières constatations d'effets indésirables furent rapportées avec l'utilisation de fludrocortisone. Aussi le Pr. Benkaidali insistera sur le fait que les dermocorticoïdes sont de puissants anti-inflammatoires dont les indications, les règles d'utilisation et les effets secondaires devraient être parfaitement connus. Après avoir rappelé les mécanismes d'action, leur classification selon leur activité, la pharmacocinétique, il présentera leurs indications dans le psoriasis, la névrodermite, la sclérodermie en plaque, la pelade, la pemphigoïde bulleuse etc... Il insistera sur les contre-indications représentées par les dermatoses bactériennes (érysipèle, impétigo, pyodermite, staphylococcie), les dermatoses virales (herpes, zona, varicelle, surinfection d'un eczéma), les dermatoses mycosiques (intertrigo dermatophytique), les dermatoses parasitaires (gale), l'acné, la rosacé. Il terminera par les effets indésirables représentés par l'atrophie cutanée, les vergetures, les dermites du visage, des infections cutanées bactériennes, mycosiques et virales, le phénomène de rebond à l'arrêt (à éviter par une décroissance progressive) et la dépendance au traitement ainsi que les effets systémiques. L'orateur conclura que les dermatocorticoïdes, arme thérapeutique majeure en dermatologie, impose la nécessité de respecter les règles d'utilisation afin d'éviter tout désagrément.

Toujours dans le cadre de la dermatologie, le **Dr. Benali** de l'équipe de Pr. Bouadjar du CHU Bab El Oued présentera **la CAT devant une dermatose bulleuse**. Après avoir défini la bulle et l'avoir distinguée de la vésicule (< 0,5 cm), de la pustule de contenu d'emblée purulent, des érosions et ulcérations non bulleuses primitives et des aphtes (ulcérations douloureuses entourées d'une auréole inflammatoire, recouverte d'un enduit blanchâtre : beurre frais), le Dr. Benali expliquera que sur le plan histologique, la bulle peut résulter d'un clivage entre le derme et l'épiderme (bulle sous-épidermique, tendu ) ou d'un clivage à l'intérieur de l'épiderme (bulle intra-épidermique, flasque) . Concernant le diagnostic étiologique, il est basé sur l'anamnèse, l'examen clinique (aspect des bulles (tendues/flasques)/taille ; signe de Nikolsky ; Peau péribulleuse saine, érythémateuse ; Topographie des lésions/Muqueuse ; superficie des lésions ; signes cutanés associés), le retentissement de la dermatose, les examens complémentaires biologiques et la biopsie cutanée. Cette démarche permettra d'aboutir au diagnostic de dermatose bulleuse de cause externe, médicamenteuse, auto-immune ou héréditaire.

Le **Dr. Abchiche** de la Clinique des Brûlés d'Alger abordera **le traitement des séquelles de brûlures de la face**. Il sera suivi par le **Dr. Ouled Abdellah** du Centre National de Toxicologie dirigé par le Pr. Alamir, qui rapportera **les résultats de l'enquête prospective sur l'envenimation scorpionique, réalisée dans 2 zones pilotes du Sud-Est algérien, au cours de la période de juin-juillet 2010**. En introduction, l'orateur annoncera qu'en Algérie, **La piqure de scorpion par sa morbidité et sa mortalité très élevées constitue un véritable problème de santé publique durant la saison chaude**. En effet, plus de 50000 piqués dont 50 à 100 décès sont enregistrés annuellement dans plusieurs régions du pays, surtout les wilayas du sud et des hauts plateaux. **Au cours de l'année 2010, 47225 de cas de piqures ont été enregistrées dont 69 décès**. Ces régions sont caractérisées par leurs richesses en espèces dangereuses comme : *Androctonus australis hector* et *Buthus occitanus*.



Dans le but d'améliorer la prise en charge des envenimés et de diminuer la morbidité et la mortalité de cette pathologie, le Centre National de Toxicologie (CNT), en collaboration avec le comité nationale de lutte antiscorpionique (CNLCES), a organisé une enquête avec la participation des médecins du CNT et du Centre Antipoison au niveau de 2 régions pilotes à haut risque scorpionique que sont les wilayas de Biskra et de Ouargla, au cours de la période de Juin- Juillet 2010.

Les objectifs de ce travail sont multiples :

- 1/ Etudier le profil épidémiologique des piqués et des cas d'envenimation dans ces deux régions.
- 2/ Avoir une meilleure connaissance de l'évolution de la pathologie surtout pour les classes II et III.
- 3/ Evaluer l'application du consensus de prise en charge sur le terrain.
- 4/ Permettre également aux médecins de CNT d'acquérir une expérience pratique vis-à-vis de cette pathologie.

Au cours de cette période 857 cas de piqures ont été répertoriées avec 3 décès. 55,3% des cas ont été piqués à l'intérieur de la maison contre 41.1 % à l'extérieur. Les piqûres surviennent à tout moment de la journée avec un pic entre 17h et 00h et 80,9 % des piqués ont consultés dans un délai ne dépassant pas une heure. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 15-49 ans avec une proportion de 66% dont l'âge moyen est de 29 ans. Les membres supérieurs et membres inférieurs représentent à eux seuls environ 87.6 % de cas avec respectivement 41,7% au niveau des membres supérieurs et 45,8% pour les membres inférieurs. 95,6% des piqués ont reçus le sérum antiscorpionique (dont la majorité en IM soit (97,9%) Les corticoïdes ont été préconisés dans 96,6%. La quasi-totalité ont une évolution favorable cependant trois décès ont été enregistrés.

L'analyse des résultats de ce travail rejoignent entièrement les données de la littérature , par ailleurs l'analyse des données cliniques , révèle que le taux d'envenimation (classes II et III) reste faible par rapport au taux global des piqués, d'où l'intérêt de revoir la prise en charge des envenimations scorpioniques (indications de SAS) et le délai de la mise en observation des patients. Le scorpionisme en Algérie est un problème de développement et d'intersectorialité, car l'envenimation scorpionique est aisément contrôlable notamment par l'amélioration de l'hygiène du milieu et la sensibilisation de la population sur le danger de cette piqure.

Le **Pr. Hireche** du service de pédiatrie du CHU Beni Messous présentera **la prise en charge d'une bronchiolite aigüe chez le nourrisson**. Cette maladie se définit comme une « affection virale inflammatoire survenant de manière épidémique chez les nourrissons âgés de 01 à 24 mois ». Le score de Bierman et Pierson modifié est présenté. Il permet de scorer la détresse respiratoire du nourrisson. De même le Pr. Hireche donnera les critères d'hospitalisation.

- **Insuffisance respiratoire progressive (e.a. augmentation de la tachypnée et du tirage)**
- **saturation en O<sub>2</sub> insuffisante (< 92%), agitation croissante**
- **incapacité de boire**
- **début de déshydratation (diminution de la diurèse, perte de poids)**
- **apnées**
- **maladie sous-jacente, p.ex. mucoviscidose, dysplasie broncho-pulmonaire (DBP), malformation cardiaque**
- **situation sociale difficile, domicile éloigné**

Les données de la littérature montrent qu'en dehors d'une bonne appréciation de la situation (détermination du groupe à risque, diagnostic différentiel), de l'aspiration, l'hydratation et l'administration d'O<sub>2</sub>, il n'y a pas de traitement médicamenteux qui a prouvé son efficacité. Madame Hireche conclura en disant : « *Nous devons donc avoir le courage de nous abstenir de proposer des thérapeutiques peu efficaces qui n'ont peut être comme effet, que de nous donner l'impression «de faire quelque chose» et de nous donner bonne conscience* ».

Elle sera suivie par le **Dr. Tidjani** du service d'ophtalmologie de Beni Messous (Pr. Nouri) qui traitera de **la rétinopathie diabétique**. Pour l'orateur, ce qu'il faut savoir, c'est connaître l'incidence et la prévalence de la rétinopathie diabétique en fonction du type et de l'ancienneté du diabète ; comprendre la physiopathologie de la rétinopathie diabétique ; connaître les différentes complications oculaires du diabète ; connaître les signes de la rétinopathie diabétique et ses principaux stades de gravité ; comprendre les principes du traitement et connaître les principes du dépistage de cette rétinopathie ainsi que le rythme de surveillance selon la gravité de la rétinopathie.

Sur le plan épidémiologique, 40% des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie. Cette rétinopathie diabétique est aussi fréquente au cours du diabète de type 1 qu'au cours du diabète de type 2 (diabète de type 1 : pas de RD avant 7 ans d'évolution ; après 20 ans d'évolution : 90 à 95 % des diabétiques en sont atteints. diabète de type 2 : 20 % des diabétiques ont une RD dès la découverte de leur diabète.)

Circonstances de découverte : une baisse d'acuité visuelle (en général tardive) ; découverte lors de l'examen ophtalmologique systématique (la découverte du diabète ou lors de la surveillance). L'Examen clinique précisera l'ancienneté du diabète, glycémie + la tension artérielle, signes fonctionnels oculaires. L'examen ophtalmologique : AV de loin et de près, mesure du tonus oculaire, et un examen du fond d'œil après dilatation pupillaire.

Les signes cliniques de la rétinopathie diabétique (examen du fond d'œil) sont : les microanévrismes, les hémorragies rétinienne punctiformes, les nodules cotonneux (occlusion des artéioles pré-capillaires rétinienne). Au niveau de la macula : un épaississement rétinien témoin d'un œdème maculaire. La classification de la rétinopathie diabétique est présentée : Rétinopathie non proliférante minime ; Rétinopathie non proliférante modérée ;

Rétinopathie non proliférante sévère (rétinopathie préproliférante); Rétinopathie proliférante.

La cécité due à la RD s'explique par : l'œdème maculaire, cystoïde ou non ; la maculopathie ischémique ; le placard d'exsudats secs centraux, fovéolaires ; l'hémorragie intra-vitréenne ; le décollement de rétine par traction ; le glaucome néovasculaire.

Le traitement de cette RD est d'abord médical : Équilibre glycémique et tensionnel. La photocoagulation panrétinienne (PPR) au laser est le traitement spécifique de la rétinopathie diabétique proliférante, indiquée dans tous les cas de rétinopathie diabétique proliférante.

Les injections intra-vitréennes d'anti-VEGF peuvent avoir un intérêt dans certaines indications de rétinopathie diabétique proliférante. Le traitement chirurgical (vitrectomie) en cas de RD proliférative compliquée (HIV persistante ou DR tractionnel).

La surveillance de la RD comporte : en l'absence de rétinopathie diabétique ou en cas de rétinopathie diabétique minime un examen ophtalmologique **annuel** est suffisant ; En cas de rétinopathie diabétique plus grave, une surveillance ophtalmologique tous les **4 à 6 mois** peut être nécessaire.

Circonstances particulières justifiant une surveillance ophtalmologique rapprochée:

- ◇ Puberté et adolescence
- ◇ Grossesse
- ◇ Normalisation rapide de la glycémie
- ◇ Chirurgie de la cataracte
- ◇ Décompensation tensionnelle ou rénale

En conclusion, l'orateur insistera sur les points suivants : La rétinopathie diabétique c'est la première cause de cécité avant l'âge de 55 ans. L'équilibre stricte de la glycémie et de la tension artérielle, associée à une surveillance annuelle du fond d'œil est le meilleur traitement préventif de la rétinopathie diabétique. Le traitement par laser permet d'empêcher les complications de la rétinopathie diabétique proliférante et de stabiliser la baisse visuelle liée à l'œdème maculaire (photocoagulation maculaire). Le traitement doit être débuté dès l'apparition d'une néovascularisation prérétinienne. La baisse visuelle est tardive, et peut être prévenue : un examen du fond d'œil précoce dès la découverte du diabète, une surveillance ophtalmologique régulière.

De la même équipe d'ophtalmologie du CHU Beni Messous, le **Dr. Kaci** traitera de **l'amblyopie fonctionnelle**, problème de santé publique, cause la plus fréquente de BAV chez l'enfant < 6 ans, touchant 1 enfant sur 6. Unilatérale, réversible grâce à un traitement approprié, si réalisé pendant que persiste une plasticité cérébrale.

Sur le plan physiopathologique, La maturation des voies visuelles: n'est **pas terminée à la naissance**. Une anomalie oculomotrice (strabisme) ou réfractive non corrigée entraîne des modifications morphologiques et fonctionnelles définitives au niveau du cortex visuel. La

compétition entre les informations visuelles provenant de chaque œil entraîne le développement préférentiel de la vision de l'un d'eux. Il est important de faire la preuve d'amblyopie le plus tôt possible, car la réussite du traitement dépend de la rapidité de sa mise en route. Le traitement de l'amblyopie fonctionnelle est basée sur des règles simples et rigoureuses : Le port de la correction optique déterminée s/ cycloplégique est une condition nécessaire mais insuffisante. Obliger l'œil amblyope à prendre la fixation. Empêcher la vision simultanée.

Le **Pr. Tiar**, chef de service d'ophtalmologie au CHU Bab El Oued terminera cette première session en traitant des **glaucomes**.

La session de l'après-midi débutera par une communication du **Pr. Abid** de l'hôpital de Bologhine sur **le profil de poste du médecin omnipraticien en Algérie**. *La médecine générale est la branche de la médecine prenant en charge le suivi durable et les soins médicaux généraux d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.*

*C'est une spécialité à part entière qui a sa spécificité: **La prise en charge du patient intégrant le biomédical, le psychologique et le social**. Ce métier devrait s'enseigner et ne s'apprendre pas seulement dans les hôpitaux mais également et **surtout dans les cabinets** où l'on peut apprendre : Les techniques de consultation, La relation médecin-malade, Les aspects psychosomatiques. Le **médecin généraliste (l'omnipraticien)** est le **spécialiste de la santé assurant** : le suivi, la prévention, les soins et le traitement des malades de sa collectivité, dans une vision à long terme de la santé et du bien-être de ceux qui le consultent. Près de 60 % des médecins exerçant en Algérie sont des médecins de 1<sup>er</sup> recours. Cette réalité professionnelle devrait se refléter dans le contenu de l'enseignement médical : sensibilisation aux aspects de la médecine de 1<sup>er</sup> recours, motivation pour ce travail, enseignement des spécificités de la MG. Cet enseignement devrait être dispensé tout au long des études, par des enseignants HU mais également **des médecins généralistes**. La faculté de médecine devrait former le plus tôt possible une commission chargée : d'esquisser le profil de poste du médecin généraliste, de rédiger les programmes, d'identifier les ressources professorales, hospitalières et de 1<sup>ère</sup> ligne susceptibles de prendre en charge cette formation.*

Il sera suivi par le **Dr. Ammari** du SEMEP du CHU Constantine qui fera un **rappel épidémio-clinique et proposera une CAT devant une morsure**. En Algérie on comptabilise 100.000 morsures par an et 20 décès en moyenne. Les chiens errants, les chats, et les chacals représentent les principaux vecteurs. 100000 morsures par an. Entre 1970 à 2008 on a enregistré 839 décès. Les wilayas les plus touchées sont : Tizi ouzou 10 cas, Chleff 8cas, Sétif 8cas, Alger et Oran 7 cas (chien 49% des cas).

L'agent causal est un virus à ARN: Rhabdoviridae, genre Lyssavirus, neurotropisme, fragile, résiste longtemps dans le cerveau, et à la putréfaction. Il est transmis par salive virulente d'un animal enragé à l'occasion d'une morsure, léchage, griffures.

La rage humaine est une encéphalomyélite aigue suite à une morsure par un animal infecté domestique ou sauvage. Le risque de contamination dépend de l'espèce de l'animal mordeur, du nb et de la profondeur des morsures, du siège et de la richesse en terminaisons nerveuses (cas des morsures de loups gravité+++ , profondeur, nb+++ , localisation: cou, tête).

La période d'Incubation : asymptomatique, durée est fx du siège de la morsure. Dans 85% , 35 à 90 jours. Dans 10% inf. à 20 jrs ; dans 5% sup. à 3mois.

Les prodromes: 2 à 4 jrs; troubles sensoriels, douleurs régions mordues, tristesse profonde, crise de larmes sans raison, recherche d'isolement. T°: 38-39°C.

A la phase d'état: Troubles du caractère, angoisse, hallucinations, T°: 41-42°C.

**La forme spastique** : violentes contractures, excitations sensorielles, lumineuses, auditives, tactiles, spasmes douloureux, laryngés, voix modifiée, déglutition douloureuse, hydrophobie, convulsions et crises tétaniformes, lucide→ coma terminal. Dc en 2 à 10 jrs par paralysie cardio-respiratoire par atteinte des centres bulbaires (sans Réa M).

**La forme paralytique**: Monoplégie, paraplégie. Paralysie ascendante type Landry, dgc difficile quand la notion de morsure fait défaut. Devant toute méningo-encéphalite: évoquer la rage et rechercher dans les souvenirs une morsure ou un contact avec un animal oublié.

**Le traitement de la rage confirmée chez l'homme** : Le pronostic de l'encéphalite rabique est toujours fatal malgré les techniques modernes de réanimation.

- Isolement, calme, sédatifs neurologiques,
- analeptiques cardio-vasculaires, réhydratation hydro électrolytique, diurétiques, assistance respiratoire.

Le traitement local de la morsure fait appel aux soins généraux : Lavage abondant de la plaie à l'eau savonneuse, puis eau javellisée (Dakin), appliquer de l'alcool ou solution d'alcool iodée; entrepris même si consultation tardive. Sérothérapie locale. Grade 3: infiltration au tour de la plaie de la demi-dose, le reste en IM. La suture est à proscrire sauf si délabrement. Traitement d'appoint vaccination, ATB.



**Prs. Belhocine, Grainat et Ammari**

Le **Pr. Grainat**, chef de service d'anesthésie-réanimation au CHU de Batna traitera de la **conduite à tenir devant une douleur postopératoire**. L'oratrice nous propose une approche pragmatique de l'intensité et de la durée en fonction du type de chirurgie. Il existe deux approches différentes pour la prévention de la douleur postopératoire : une méthode analgésique appliquée avant la stimulation douloureuse et une deuxième démarche, qui

associe diverses mesures anesthésiques et chirurgicales visant à bloquer la survenue ou à diminuer l'intensité de la douleur postopératoire.

Les mesures préventives générales font partie des bonnes pratiques cliniques et débutent par la préparation psychologique à l'intervention. La chirurgie vidéo-assistée a un bénéfice démontré sur la douleur postopératoire en chirurgie abdominale. La diminution de la douleur postopératoire passe aussi par la prévention des douleurs inutiles : sondages, drainages postopératoires dans les interventions où leur utilité n'est pas démontrée ; éviter les prélèvements biologiques postopératoires et d'utiliser les modes de ponction les moins douloureux. L'anesthésie locale de contact devrait être plus largement utilisée chez l'adulte comme chez l'enfant.

La prescription d'agents antalgiques s'intègre aujourd'hui dans une stratégie d'analgésie multimodale, visant à limiter l'intensité de la douleur postopératoire. Les prescriptions doivent tenir compte de la voie d'administration et de la pharmacocinétique des agents utilisés. L'administration de paracétamol, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, les infiltrations pariétales ainsi que les blocs tronculaires, réalisés avant la fin de l'acte chirurgical, ont une efficacité documentée sur les scores de douleur postopératoire.

La douleur postopératoire n'est plus une fatalité, et son traitement est une spécialité en plein développement. Une analgésie multimodale, associant antalgiques non-opiacés, anti-inflammatoires et opiacés au besoin, ainsi qu'une utilisation judicieuse de l'analgésie locorégionale, permettent de réduire les effets indésirables de cette douleur. Des techniques nouvelles apparaissent chaque jour, avec pour but un confort accru pour le patient, et en fin de compte de meilleurs résultats postopératoires.

Le **Dr. Zeroug**, chef de service d'ORL au CHU de Sétif abordera **l'orientation diagnostique devant une paralysie faciale**. Après des notions d'anatomie du nerf facial, le docteur Zeroug insistera sur le diagnostic positif qui est clinique (paralysie faciale périphérique complète chez un sujet conscient : atteinte motrice du VII supérieur) qui se traduit au repos par un effacement des rides du front, fente palpébrale s'élargit, le clignement se raréfie. Lors de mouvement : impossibilité de relever le sourcil, de plisser le front, il existe un signe de Charles –Bell (l'occlusion des paupières ne peut être réalisée que du côté sain ; du côté paralysé, l'œil se porte en haut et en dehors.)

Une atteinte motrice du VII inférieur se traduit au repos par une asymétrie du visage, déformation buccale, avec attraction de la commissure labiale du côté sain, effacement du pli naso – génien. Lors de mouvement par une impossibilité de siffler, gonfler les joues, une stase alimentaire.

Une atteinte sensitive: Hypœsthésie dans la zone de Ramsay Hunt

Une atteinte sensorielle : diminution des qualités sensorielles au niveau du 2/3 antérieurs de l'hémi langue.

Une atteinte végétative : Diminution des sécrétions lacrymales ; Diminution des sécrétions salivaires.

Le **Pr. Belhocine** du service de médecine sport et rééducation fonctionnelle de l'EHS Maouche (ex. CNMS) a présenté une très intéressante communication intitulée : **Apport de**

**l'activité physique dans la réduction des facteurs de risque.** Il rappellera la campagne de promotion de l'activité physique en Algérie s'inscrit dans le cadre du PNLIMNT (Programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles). Conduit par les pouvoirs publics, ce programme a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur les facteurs de risque que ces maladies ont en commun. L'objectif de cette campagne est donc de promouvoir auprès du grand public la recommandation du PNLIMNT qui est : 30 minutes de marche rapide chaque jour. Rappeler que l'inactivité physique est un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, de cancers, de diabète et favorise la prise de poids et l'ostéoporose. Il insistera sur les AVC constituent une cause majeure de décès dans le monde, et 85 % d'entre eux surviennent dans les pays en développement. Les résultats de l'étude **INTERSTROKE** sont rapportés.

Le **Dr. Auameur** du service de réanimation du CHU Beni Messous traitera **la prise en charge des AVC en urgence.** D'emblée elle insiste sur l'imagerie qui permet de faire la différence entre AVC hémorragique et ischémique et sur la nécessité d'une organisation d'une filière intra-hospitalière spécifique permettant un accès à un traitement spécifique et efficace.

A propos des AVC ischémiques l'oratrice rapportera la classification TOAST puis la physiopathologie de cet AVC en insistant sur la zone de pénombre qu'il faut protéger et éviter d'aggraver par des thérapeutiques inadaptées.

Les facteurs de risque des 2 types d'AVC sont passés en revue ainsi que la démarche diagnostique, l'appréciation du profil évolutif, et le traitement.

Cette journée très studieuse se terminera par l'arrivée des marathoniens ayant participé au 4<sup>ème</sup> Ultra Marathon( 100 kms) des Ziban qui a démarré à 6 heure du matin de Biskra et qui a vu la participation d'une trentaine d'athlètes du Bouchaoui Athletic Club (BAC) ainsi que d'athlètes Sud-Africaines, autrichiens, allemands et français. C'est l'athlète Nouri Grine du BAC qui a franchi le premier la ligne d'arrivée avec un temps de 9h43mn suivi par Hassan Sadiki et Fethi Bensahel .

De même un match de football a réuni au stade de Ouled Djellal une équipe locale à une équipe composée de médecins venus d'Alger pour cette semaine médico-chirurgicale.

A signaler également qu'après l'inauguration des journées de Ouled Djellal, Le ministre de la santé a procédé à la distribution de chaises roulantes aux handicapés de la daïra.

