

19ÈME RENCONTRE PÉDIATRIQUE DE TLEMCCEN



PÉDIATRIE GÉNÉRALE

PROGRAMME

POUR TÉLÉCHARGER
LE PROGRAMME
COMPLET



SCAN
ME!

30 AVRIL & 01 MAI 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE TLEMCCEN (AUDITORIUM)

WWW.RPT.APSET-DZ.COM



19ÈME RENCONTRE PÉDIATRIQUE DE TLEMCCEN



جامعة أبو بكر بلقايد
UNIVERSITÉ DE TLEMCCEN



MEMBRES APSET

PRÉSIDENT :

A.S. BENDEDDOUCHE

M. INAL

M.C. SMAHI

S.M. GHOMARI

E.L. BELBACHIR

S. BOUAYAD AGHA

M.C. BOUKLI HACENE

A. BELHADJ-KACEM

W. MAZARI

D. SENOUCI

K. BOURICHE

A. BOUGUIMA

A. BAGHDADLI

D. BENHABIB

A. HAFFAF

K. BEROUBA

M. KORSO FECIANE

R. ALLAL

S. CHERBEL

Z. DEBBAL

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr A.S. BENDEDDOUCHE

Pr M.C. SMAHI

Pr L. SMATI

Dr S.M. GHOMARI

Dr D. SENOUCI

Dr H.L. BELBACHIR

Dr A. KOUDACHE

Dr C. BOUKLI HACENE

COMITÉ D'ORGANISATION

Pr A.S. BENDEDDOUCHE

Dr S.M. GHOMARI

Dr D. SENOUCI

Dr H.L. BELBACHIR

Dr C. BOUKLI HACENE

30 AVRIL & 01 MAI 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE TLEMCCEN (AUDITORIUM)





MOT DU PRÉSIDENT



Chers confrères, chers congressistes, honorables partenaires et sponsors, distingués invités,

C'est avec une immense fierté et un plaisir renouvelé que je vous souhaite la bienvenue à cette 19^{ème} édition des Rencontres Pédiatriques de Tlemcen.

Au fil des années, notre rendez-vous est devenu bien plus qu'un simple congrès médical ; il est une tradition, un carrefour d'excellence où la science rencontre la convivialité au cœur de notre cité d'art et d'histoire.



À nos chers congressistes

Votre présence massive aujourd'hui témoigne de votre engagement indéfectible envers la santé de l'enfant. Le programme de cette année a été conçu pour répondre aux défis quotidiens de notre pratique, avec un accent particulier sur l'innovation et la mise à jour des protocoles.

Nous espérons que ces journées seront pour vous :

- Un espace d'actualisation de vos connaissances ;
- Un lieu de partage d'expériences entre générations de pédiatres ;
- Une opportunité de renforcer les liens de notre communauté médicale.

À nos précieux partenaires et sponsors

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux laboratoires et entreprises qui nous accompagnent. Dans un monde de la santé en constante mutation, votre soutien est le moteur qui nous permet de maintenir le haut niveau scientifique de cette manifestation.

Votre présence dans l'espace d'exposition n'est pas seulement commerciale ; elle est le reflet d'une collaboration essentielle pour l'accès aux progrès thérapeutiques et technologiques en Algérie.

Chers amis, Tlemcen, avec sa douceur printanière et son patrimoine séculaire, vous ouvre les bras. Que ce congrès soit, au-delà des sessions scientifiques, un moment de respiration et de plaisir partagé.

Je déclare officiellement ouvertes les 19^{èmes} Rencontres Pédiatriques de Tlemcen.

Excellents travaux à toutes et à tous !

***Le Président du Congrès
Professeur A.S. Bendeddouche***



JEUDI 30 AVRIL 2026



- SALLE ATELIER -

Session de formation paramédicale et des médecins résidents

10h00 – 10h45	Allaitement maternel	S.M. Ghomari, S. Bouayed Agha - Tlemcen
10h45 – 11h30	Organisation des soins des nouveau-nés hospitalisés : messages clés	Y. Sadi - Blida

13h00 – 14h00 **Accueil & Inscription**


- AUDITORIUM -


14h00 – 14h15 **Inauguration officielle**

Session plénière 1

Modérateurs : H. Maouche – B. BIOUD – K. Benallal



14h15 – 14h35	Conférence inaugurale	S. Dib - Tlemcen
14h35 – 14h55	Origine et développement des maladies métaboliques : rôle du microbiote digestif	F. Boubred - Marseille
14h55 – 15h15	Avancées thérapeutiques dans l'asthme de l'enfant	M. Belghazi, A. Dehimi - Sétif
15h15 – 15h35	Ictères prolongés du Nouveau-né : quoi faire !	M.C. Smahi - Tlemcen
15h35 – 15h55	Découverte d'un souffle cardiaque : fonctionnel ou organique !	MM. Bekkar - Oran
15h55 – 16h10	Discussion et débat	

16h10 – 16h40	Symposium 1 Stratégie d'adaptation insulinique chez l'enfant DT1 face au sport	 B. Bioud Sétif
---------------	--	--

16h40 – 17h10	Symposium 2 Duplication diagnostic en conseil parental : démêler le vrai du faux dans les troubles fonctionnels intestinaux du nourrisson (coliques, régurgitations, dyschésie)	 M.C. Smahi Tlemcen
---------------	---	--

Session ateliers parallèles

Coordinateurs : S.M. Ghomari – H.L. Belbachir – A. Koudache

17h10 – 17h40 Salle 01	ASMD : du diagnostic à la prise en charge	 A. Mekki Alger
17h10 – 17h40 Salle 02	Repenser l'insuline basale dans le DT1 chez l'enfant : focus sur la glargine U300	 A.S. Bendeddouche Tlemcen

17h40 – 18h00 **Visite des stands et des posters**

Cocktail de Bienvenue



VENREDI 01 MAI 2026



- AUDITORIUM -

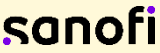
Session plénière 2
Modérateurs : S. Zoubir – M.C. Smahi

08h30 – 08h50	Imagerie des urgences abdominales en pédiatrie	N. Belarbi - Paris
08h50 – 09h10	Croissance et nutrition des enfants à la sortie du service de néo-natologie	F. Boubred - Marseille
09h10 – 09h30	Micropénis : quand faut-il s'inquiéter ? Quand faut-il traiter ?	K. Fouatih - Paris Bicêtre
09h30 – 09h50	Taches café au lait / Taches achromiques chez l'enfant : comment s'en sortir ?	B. Bouadjar - Alger
09h50 – 10h10	Rachitismes-hypophosphatémiques liés à l'X	K. Fouatih - Paris Bicêtre
10h10 – 10h25	Discussion et débat	

10h25 – 10h45 **Pause-café – Visite des stands et des posters**

Session plénière 3
Modérateurs : R. Boukari – S. Niar

10h45 – 11h05	Actualités dans les AJI	D. Benasla - Tlemcen
11h05 – 11h25	Déficits immunitaires de l'enfant : approche pratique	B. Belaid - Alger, A. Dehimi - Sétif
11h25 – 11h45	Rectorragies de l'enfant : l'essentiel en 20 mn	A. Yagoubi - Alger
	Discussion et débat	

11h55 – 12h30 **Symposium 3**
Maladie de pompe :  A.S. Bendeddouche - Tlemcen
Quand y penser, comment la prendre en charge

Session communications orales - Jeunes pédiatres -
Modérateurs : L. Smati – A. Mekki – R. Mecifi


12h30 – 13h30 **C1 – C5**

13h30 – 14h30 **Visite des stands et des posters – Déjeuner – Prière du vendredi**

Session plénière 4
Modérateurs : R. Mecifi – A. Dehimi

14h30 – 15h00	IRM hypophysaire pédiatrique : quoi rechercher ?	N. Belarbi - Paris
15h00 – 15h30	Traitement des épilepsies	A. Mekki - Alger
15h30 – 16h00	Obésité : nouvelles molécules chez l'adolescent : limites, indications, enjeux éthiques	S. Niar - Oran

Session ateliers parallèles
Coordinateurs : D. Senouci – K. Bouriche – S. Bouayed Agha

16h00 – 16h45 Salle 01	Infection HP : Quand y penser, à quoi s'attendre	 W. Mazari, K. Bouriche Tlemcen
16h45 – 17h30 Salle 01	Infection urinaire : actualités thérapeutiques	 D. Senouci, A.S. Bendeddouche Tlemcen
16h00 – 16h45 Salle 02	Antibiothérapie ambulatoire chez l'enfant : actualités et recommandations	 A. Koudache, H.L. Belbachir Tlemcen
16h45 – 17h30 Salle 02	Cas cliniques Croissance	 M. Dali Youcef, D. Benasla Tlemcen

Clôture de la 19ème Rencontre Pédiatrique de Tlemcen

Cocktail de clôture

19ÈME RENCONTRE PÉDIATRIQUE DE TLEMCCEN



جامعة أبو بكر بلقايد
UNIVERSITÉ DE TLEMCCEN



COMMUNICATIONS ORALES



30 AVRIL & 01 MAI 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE TLEMCCEN (AUDITORIUM)





C1

Détresse respiratoire grave du nouveau-né : profil étiologique et pronostic en réanimation pédiatrique

I. AMROU, F. KHELFIAT, A. KENFOUD, F. GUERROUCHE, S. SAADAOUJ, A. MECHALI, M. ALOUANI, N. BOULEKHIOUT, M. MOUBRI, A. MEKKI

Service de pédiatrie B, CHU Nafissa Hamoud ex-Parnet, Alger

C2

La prématurité : quel enjeu !!! Étude de 224 cas dans l'unité de néonatalogie Elbez Sétif

Y. BOULEKFOUL, S. BOUABDELLAH, B. BIOUD

Pôle pédiatrique, CHU Sétif

C3

Gynécomastie chez le garçon : analyse clinicobiologique et étiologique — étude descriptive à propos de 6 cas

A. KOUDACHE, I. BENTRAR, I. BOUTERFAS, A.S. BENDEDDOUCHE

Université Abou Bekr Belkaid - Faculté de médecine de Tlemcen Dr Benzerdjeb Benaouda ; Service de pédiatrie CHU Tlemcen

C4

Diabète de type 1 et retard de croissance : un double défi

D. SENOUCI, M. DALIYOUCEF, I. BENTRAR, L. BEKKARA, S. BELYAGOUBI, A.S. BENDEDDOUCHE

Service de pédiatrie, CHU Tlemcen – Faculté de Médecine, Université Abou Bekr Belkaid, Tlemcen

C5

Ostéite chronique multifocale récurrente : un diagnostic à ne pas manquer

A. KOUDACHE, R. OUAHIANI, D. BENASLA, I. BOUTERFAS, A.S. BENDEDDOUCHE

Université Abou Bekr Belkaid - Faculté de médecine de Tlemcen Dr Benzerdjeb Benaouda ; Service de pédiatrie CHU Tlemcen

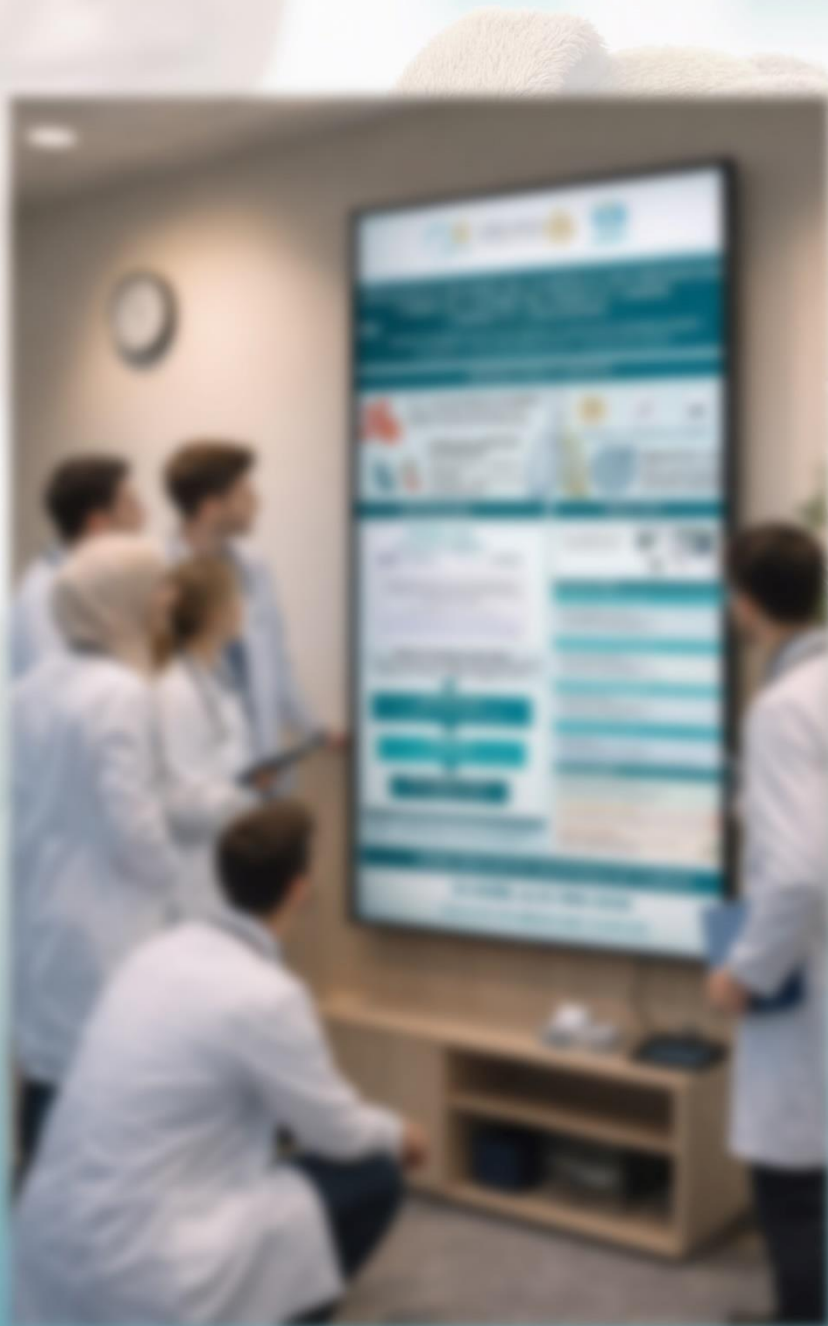
19ÈME RENCONTRE PÉDIATRIQUE DE TLEMCCEN



جامعة أبو بكر بلقايد
UNIVERSITÉ DE TLEMCCEN



COMMUNICATIONS AFFICHÉES



30 AVRIL & 01 MAI 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE TLEMCCEN (AUDITORIUM)





P1

Efficacité et sécurité des plantes et des préparations à base de plantes dans la prise en charge de l'asthme chez l'enfant et l'adolescent : Revue systématique des essais cliniques randomisés

AMAL HELALI¹, KHADIDJA BENCHACHOU², LEYLA METAHRI³, NAZIM BELLIFA⁴

¹ Laboratoire de Pharmacognosie, Département de Pharmacie, Faculté de Médecine, Université Abou Bekr Belkaid, Tlemcen, Algérie

² Laboratoire d'hydrobromatologie médicale, Département de Pharmacie, Faculté de Médecine, Université Abou Bekr Belkaid, Tlemcen, Algérie

³ Service d'ophtalmologie, CHU Tlemcen, Algérie

⁴ Laboratoire de Pharmacognosie, Département de Pharmacie, Faculté de Médecine, Université Djillali Liabès, Sidi Bel Abbès, Algérie

Introduction :

L'asthme pédiatrique est une pathologie chronique fréquente, dont la prise en charge repose principalement sur les corticostéroïdes inhalés et les bronchodilatateurs. Toutefois, les effets indésirables associés à ces traitements ont conduit à un intérêt croissant pour les thérapies complémentaires à base de plantes.

Objectif :

L'objectif de cette revue systématique est d'évaluer l'efficacité et la sécurité des plantes médicinales et des préparations phytothérapeutiques dans la prise en charge de l'asthme chez l'enfant et l'adolescent, à partir des essais cliniques randomisés disponibles.

Matériel et méthodes :

Une revue systématique, dont le protocole a été enregistré dans le registre international PROSPERO (CRD42025640576), a été réalisée conformément aux recommandations PRISMA 2020. Les bases de données PubMed, Scopus, Cochrane Library et ScienceDirect ont été interrogées jusqu'en février 2025. Ont été inclus les essais cliniques randomisés, sans restriction de langue ni d'année de publication, portant sur des enfants ou des adolescents (< 18 ans) diagnostiqués asthmatiques, traités par phytothérapie seule ou en association avec un traitement conventionnel.

Résultats :

Vingt-cinq études répondant aux critères d'inclusion ont été retenues. Plusieurs plantes ont montré une amélioration des symptômes de l'asthme — réduction de la fréquence des crises, amélioration des paramètres de la fonction pulmonaire, diminution de la prise de corticostéroïdes — notamment *Nigella sativa*, *Glycyrrhiza glabra*, *Thymus vulgaris*, *Curcuma longa* et *Eucalyptus globulus*. La majorité des interventions étaient bien tolérées, avec peu d'effets indésirables graves rapportés.

Discussion :

La variabilité des formulations, la courte durée des interventions et l'absence de données standardisées ont cependant limité la généralisation des résultats.

Conclusion :

Néanmoins, certaines plantes médicinales apparaissent prometteuses en tant que traitements complémentaires dans la prise en charge de l'asthme infantile. Des essais cliniques supplémentaires, rigoureusement conduits et standardisés, sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

P2

Dysphagie chez l'enfant : apport diagnostique et thérapeutique de la fibroscopie digestive haute : expérience du service de pédiatrie du CHU Sétif

M.T. TERCHA¹, K. ABDELLATIF², L. ZENDAOUA¹, B. BIOUD¹

¹ CHU Sétif ² Gastro-entérologue libéral

Introduction :

La dysphagie en pédiatrie constitue un motif fréquent de consultation spécialisée et peut révéler des étiologies variées, congénitales, inflammatoires ou fonctionnelles. La fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) représente un outil diagnostique et parfois thérapeutique essentiel.

Objectif :

L'objectif de notre travail est d'analyser les résultats endoscopiques chez des enfants explorés pour dysphagie au sein du service de pédiatrie du CHU Sétif.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective menée sur une période de six mois (JUILLET-DÉCEMBRE 2025) au service de pédiatrie du CHU Sétif, incluant 12 enfants ayant bénéficié d'une FOGD dans le cadre d'une dysphagie. Les données recueillies concernaient l'âge, le motif de l'examen et les conclusions endoscopiques. Tous les examens ont été réalisés sous sédation générale.

Résultats :

L'âge des patients variait entre 2 et 15 ans.

La dysphagie aux solides représentait le principal motif d'exploration, notamment dans le cadre :

- du syndrome d'Allgrove (4 cas),
- d'atrésie de l'œsophage opérée (2 cas),
- de sténose œsophagienne congénitale (1 cas),
- de sténose peptique (1 cas),
- de sténose caustique (4 cas).

Une dilatation endoscopique (bougies de Savary ou ballonnet) a été réalisée dans la majorité des cas de sténose, avec évolution favorable immédiate et programmation de séances complémentaires.

Conclusion :

La dysphagie en pédiatrie nécessite une exploration endoscopique systématique devant la suspicion d'une étiologie organique. La FOGD représente un outil indispensable, à la fois diagnostique et thérapeutique.

P3

Constipation fonctionnelle en Pédiatrie ; le trio thérapeutique gagnant

M.T. TERCHA, A. HARMAS, M. AMAMA, Y. BOULEKFOUL, B. BIOUD

Service de Pédiatrie CHU Sétif

Introduction :

La constipation fonctionnelle représente l'un des motifs les plus fréquents de consultation en pédiatrie. Son impact sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille justifie une prise en charge structurée et précoce.

Objectif :

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité d'une stratégie thérapeutique combinée (régime diététique, éducation sphinctérienne et traitement médical) chez 50 enfants suivis pour constipation fonctionnelle.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective menée au service de pédiatrie du CHU Sétif durant l'année 2025, incluant 50 enfants diagnostiqués pour constipation fonctionnelle selon les critères de Rome IV.

La prise en charge repose sur :

- Une éducation sphinctérienne structurée (horaire régulier, position adaptée, valorisation positive)
- Des mesures diététiques (augmentation des fibres, hydratation suffisante)
- Un traitement par PEG adapté au poids

Les patients ont été suivis cliniquement afin d'évaluer la fréquence des selles, leur consistance, la douleur à la défécation et la survenue d'épisodes d'encoprésie.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 5 ans.

La majorité des enfants présentait :

- Une constipation chronique avec selles dures
- Des douleurs à la défécation
- Des épisodes d'encoprésie dans certains cas

Après instauration du protocole thérapeutique :

- Une amélioration significative de la fréquence des selles a été observée dans la majorité des cas
- La douleur à la défécation a nettement diminué
- Les épisodes d'encoprésie ont régressé progressivement
- L'observance était meilleure lorsque l'éducation parentale était bien comprise

Le PEG a montré une bonne tolérance, sans effets secondaires majeurs rapportés.

Conclusion :

La prise en charge combinée associant éducation sphinctérienne, mesures diététiques et traitement par PEG constitue une stratégie efficace et sûre dans la constipation fonctionnelle de l'enfant. Une approche structurée et un accompagnement parental sont essentiels pour prévenir les rechutes.

P4

Ostéopétrose infantile maligne : à propos d'un cas chez un enfant de 02 ans

F. REDJAOUA, S. ABASSI, B. BIOUD

Service de pédiatrie, CHU de Sétif

Introduction :

L'ostéopétrose infantile maligne (OIM) est une maladie génétique autosomique récessive rare (1/250000 naissances), due à un dysfonctionnement des ostéoclastes incapables de résorber l'os immature. Elle se manifeste principalement par des fractures pathologiques, un retard de développement staturo-pondéral et une insuffisance médullaire.

Méthodes et matériel : à propos d'un cas

Résultat :

Enfant de sexe féminin âgé de 26 mois, 2ème enfant d'un couple consanguin, suivie depuis l'âge de 8 mois pour bicytopenie et hépato-splénomégalie. L'examen clinique retrouve : un retard staturo-pondéral, un retard de développement moteur avec traits du visage épais, xérose cutanée, une hépatomégalie à 6 cm, une splénomégalie stade 3, un strabisme avec nystagmus bilatéral, un tirage sus-sternal. À l'hémogramme : une anémie normocytaire, thrombopénie. Au myélogramme : moelle très pauvre, absence de cellules suspectes et des cellules de surcharge. Des radiographies osseuses ont révélé un aspect caractéristique de la maladie avec os dans l'os et orbites en loup de carnaval. L'ostéopétrose maligne infantile est une maladie héréditaire rare, due à des mutations génétiques causant l'échec du processus de résorption et donc un remodelage déséquilibré. Le déficit pourrait résulter soit d'une défaillance dans la différenciation des ostéoclastes, soit dans l'incapacité d'effectuer la résorption par des ostéoclastes matures mais non fonctionnels. Actuellement, on compte plus de 7 gènes identifiés, dont la mutation TCIRG1 la plus fréquente. Notre malade présente plusieurs signes compatibles avec cette maladie et le diagnostic est retenu sur les éléments cliniques, biologiques et radiographiques en se basant sur la base de données OMIM. Une étude génétique n'a pas pu être faite par manque de disponibilité. Le strabisme et le nystagmus sont secondaires à l'atteinte neurologique. Sa prise en charge est multidisciplinaire et le pronostic est conditionné par l'atteinte médullaire.

Conclusion :

L'ostéopétrose infantile maligne est une maladie rare mais elle existe réellement en Algérie, raison pour laquelle elle devrait être incluse dans le diagnostic différentiel de toute anémie associée à une hépato-splénomégalie.

P5

Autres visages des cardiopathies congénitales que le "Down syndrome" à propos de 06 cas

B. REKAIBI¹ ; S. HECHHAD² ; N. BOUTRID¹

¹ Service de pédiatrie EHS El-Eulma ; ² Pôle pédiatrique, CHU de Sétif

Introduction :

Les cardiopathies congénitales (CC) revêtent des présentations variées chez les enfants aux traits syndromiques, justifiant un dépistage systématique. Au-delà des associations classiques comme la T21, d'autres syndromes rares révèlent des CC spécifiques.

Objectif :

Attirer l'attention sur les syndromes les moins fréquents pour optimiser le diagnostic précoce.

Observations :

Cas 01 : un syndrome (Rubinstein-Taybi) : nouveau-né de sexe masculin admis à notre niveau pour une détresse respiratoire précoce avec un syndrome malformatif fait d'une microcéphalie, palais ogival, pouces larges et déviés ; une large CIA de 08 mm avec un canal artériel perméable de 03 mm.

Cas 02 : il s'agit d'une association syndromique exceptionnelle de l'ASMD (Niemann-Pick A/B) (maladie de surcharge lysosomale) et le syndrome d'Ellis-van Creveld (dysplasie osseuse nanisme) : le nourrisson est âgé de 3 mois, issu d'un couple consanguin de deuxième degré avec des antécédents de décès de trois frères avant l'âge d'un an ; présente une polydactylie, dysplasie thoracique, des bronchopneumopathies à répétition et une CC type oreillette unique. Le diagnostic de l'ASMD est retenu devant le dosage enzymatique et l'étude génétique.

Cas 03 : le syndrome Di-George : nouveau-né cyanosé qui présente une énophtalmie, nez large, oreilles bas implantées et une hypocalcémie ; la radiographie du thorax objectivant des poumons clairs avec l'absence de l'ombre thymique ; l'échocardiographie objective une cardiopathie conotruncale type atrésie pulmonaire à septum ouvert (APSO) type 1.

Cas 04 : le syndrome Turner néonatal : nouveau-né fille née à terme par voie haute ; la première d'un couple jeune non consanguin qui présente des œdèmes des extrémités, avec un cou large ; l'échocardiographie a objectivé une coarctation aortique en voie de constitution.

Cas 05 : un syndrome CHARGE : nouveau-né admis pour la prise en charge d'une détresse respiratoire sur un syndrome polymalformatif fait d'un RCIU harmonieux, anomalies génitales, hypoplasie nasale ; oreille bas implantée, colobome de l'iris, une atrésie des choanes unilatérale et une CIV large de 8 mm.

Cas 06 : le syndrome de Noonan : c'est une fille de 14 mois admise à notre niveau pour la prise en charge d'une dénutrition avec hépatomégalie, mais à l'examen clinique on a objectivé un retard staturo-pondéral et un retard d'acquisition psychomotrice avec une dysmorphie faciale faite d'hypertélorisme, un front bombé, un cou court et à l'auscultation un souffle systolique éjectionnel ; l'échocœur a objectivé une sténose de la valve pulmonaire et de l'APG.

Discussion :

Ces cas illustrent la diversité des CC syndromiques rares, liées à des anomalies embryologiques et génétiques. Le diagnostic néonatal systématique réduit la morbidité, particulièrement si les ressources du diagnostic génétique sont très limitées.

Conclusion :

Face aux faciès syndromiques inhabituels, explorer systématiquement une CC est impératif, comme le soulignent ces cas, pour une prise en charge multidisciplinaire optimale.

P6

État des lieux de la prescription des antibiotiques aux urgences pédiatriques de l'EHS mère et enfant El-Eulma

B. REKAIBI¹, S. HECHHAD², N. BOUTRID¹

¹ Service de pédiatrie, l'EHS mère et enfant El-Eulma ; ² Pôle pédiatrique, CHU de Sétif

Introduction :

L'infection est un motif de consultation fréquent dans les services d'urgences, les médecins ont amenés bien souvent à prescrire une antibiothérapie sans preuve bactériologique, ce qui a mené à l'apparition des résistances. Dans ce contexte, nous avons évalué la prescription d'antibiotiques aux urgences pédiatriques dans le but d'établir un programme de formation médicale continue afin de réduire la prescription non conforme des antibiotiques.

Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive menée aux urgences pédiatriques de l'EHS El-Eulma, sur un questionnaire électronique de Google Forms, où les répondants répondants selon les habitudes de chaque médecin dans le traitement des motifs les plus fréquents aux urgences pédiatriques.

Résultats :

Le taux de participation est de 84,61 %, soit 44/52 praticiens. 50,43 % des prescriptions sont non conformes aux recommandations nationales et internationales, avec une sur-prescription des antibiotiques dans 51,1 %. L'angine érythémateuse, la bronchiolite virale aiguë et les gastro-entérites dominent la liste des maladies traitées abusivement. Les molécules les plus utilisées sont l'amoxicilline dans plus de 3/4 des cas, suivie par les macrolides (48 %). Une association de plusieurs antibiotiques a été constatée, surtout dans les gastro-entérites (Bactrim® + Flagyl®) et les infections urinaires.

Conclusion :

Les infections traitées anarchiquement ont mené à l'apparition des germes multirésistants, ce qui a changé carrément la prise en charge et nous a obligés de passer vers des antibiotiques plus forts mais très vulnérables. Contrairement aux études mondiales montrant une baisse considérable du taux de prescription non conforme des antibiotiques, nous sommes obligés d'établir des programmes de formation continue visant les recommandations de conformité de prescription d'antibiotiques dans les différentes situations pathologiques.

P7

Splénomégalie chronique associée à des infections pulmonaires récidivantes : penser à un déficit en prolidase

A. DEHIMI¹, M. BELGHAZI¹, B. BELAID¹, K. OKKA³, MT. TERCHA¹, S. HAMDANE¹, R. DJIDJIK², B. BIOUD¹

¹ Service de pédiatrie, CHU Sétif ² Service d'immunologie, CHU Beni Messous ³ Service de pédiatrie CHU Batna

Introduction :

La splénomégalie chronique chez l'adolescent constitue un défi diagnostique, en particulier lorsqu'elle s'associe à des manifestations infectieuses et cutanées inhabituelles. Parmi les étiologies rares, le déficit en prolidase (DP), erreur innée autosomique récessive liée à des mutations du gène PEPD, peut être évoqué dans un contexte de dysrégulation immunitaire.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 16 ans présentant une splénomégalie chronique associée à des infections ORL récidivantes depuis l'enfance, compliquées d'une surdité de transmission. L'évolution a été marquée par l'apparition d'ulcérations cutanées et muqueuses sévères, chroniques et réfractaires. L'examen clinique retrouvait des anomalies dysmorphiques faciales, notamment un hypertélorisme et une racine nasale large, ainsi qu'un lymphœdème de l'hémicorps gauche.

Le bilan immunologique objectivait une hypergammaglobulinémie à prédominance IgG, une leucopénie modérée, ainsi qu'une diminution des lymphocytes T naïfs et des lymphocytes B mémoire non switchés, suggérant une atteinte de l'immunité adaptative.

Le diagnostic de déficit en prolidase a été confirmé par séquençage de l'exome, puis validé par séquençage de Sanger, identifiant une mutation homozygote du gène PEPD.

Discussion :

Le déficit en prolidase est une affection rare caractérisée par un défaut du métabolisme de la proline, altérant le renouvellement du collagène et participant à une dysrégulation immunitaire. Les manifestations cliniques associent fréquemment ulcérations cutanées chroniques, infections récurrentes et anomalies immunologiques. La splénomégalie, bien que peu décrite, pourrait s'intégrer dans le cadre d'une activation immunitaire chronique.

Conclusion :

Ce cas souligne l'importance d'évoquer le DP devant une splénomégalie chronique associée à des signes cutanés et immunologiques atypiques. Une approche intégrée, combinant données cliniques, immunologiques et génétiques, est essentielle pour établir un diagnostic précoce et adapter la prise en charge.

P8

Indications et résultats des myélogrammes chez l'enfant ; étude rétrospective sur 160 myélogrammes réalisée au laboratoire d'hémobiologie CHU de Tlemcen

I. GAOUAR^{1,2}, S. BOUALI^{1,2}, S. BAHRI^{1,2}, M. KAOUJJI², M. BENSAOULA^{1,2}, K. TAOULI-ALLAL^{1,2}

¹ Faculté de médecine de Tlemcen ; ² Laboratoire d'hémobiologie et banque de sang CHU de Tlemcen

Introduction :

Le myélogramme constitue un examen clé dans l'exploration des anomalies hématologiques chez l'enfant. Il permet d'évaluer la cellularité médullaire et d'orienter le diagnostic étiologique de nombreuses cytopénies ou pathologies hématologiques. L'objectif de cette étude est d'analyser les indications et les résultats des myélogrammes réalisés chez l'enfant adressé au laboratoire d'hémobiologie.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 160 myélogrammes réalisés chez des patients pédiatriques de janvier 2023 à décembre 2025. Les prélèvements provenaient majoritairement du service de pédiatrie (89 %), suivis des urgences médicales pédiatriques (8,75 %) et des établissements hospitaliers de la

région (2,5 %). Les données démographiques, les indications cliniques et les résultats cytologiques ont été analysés.

Résultats :

Parmi les 160 patients, 56,9 % étaient de sexe masculin et 43,1 % de sexe féminin. Les principales indications du myélogramme étaient la bicytopénie (33,75 %), la cytopénie isolée (31,87 %) et la pancytopénie (17,5 %). Les autres indications comprenaient les moelles de contrôle (5 %), la fièvre prolongée (5,62 %), les douleurs osseuses (2,5 %) et diverses suspicions diagnostiques plus rares. Parmi les 51 cytopénies isolées, les thrombopénies représentaient 47,05 %, les anémies 49,01 % et les neutropénies 7,84 %. Dans les 54 cas de bicytopénies, l'association anémie-thrombopénie était la plus fréquente (66,66 %), suivie de l'anémie-leucopénie (14,81 %). L'examen cytologique médullaire a révélé des leucémies aiguës dans 11,25 % des cas et un excès de blastes dans 5 %. D'autres diagnostics incluaient la leishmaniose viscérale (4,37 %), l'anémie mégalo-blastique (2,5 %), le syndrome d'activation macrophagique (1,87 %) et les métastases médullaires (0,62 %). Des anomalies quantitatives médullaires telles que l'hypoplasie mégacaryocytaire (5,62 %) et l'hypoplasie érythroblastique (1,87 %) ont également été observées. Les moelles normales représentaient 24,37 % des cas, tandis que 24,37 % étaient hémodiluées.

Conclusion :

Le myélogramme reste un examen essentiel dans l'évaluation des cytopénies chez l'enfant. Dans notre série, la bicytopénie et la cytopénie isolée constituaient les principales indications, avec une proportion notable de leucémies aiguës et d'affections infectieuses comme la leishmaniose viscérale. L'amélioration de la qualité du prélèvement médullaire demeure importante afin de réduire la proportion de moelles hémodiluées et d'optimiser l'interprétation cytologique.

P9

Profil biologique des déficits congénitaux en facteurs de coagulation chez l'enfant : expérience au laboratoire d'hémodiologie CHU de Tlemcen (janvier 2025 – février 2026)

I. GAOUAR^{1,2}, S. BOUALI^{1,2}, K. TAOULI-ALLAL^{1,2}

¹ Faculté de médecine de Tlemcen ; ² Laboratoire d'hémodiologie et banque de sang CHU de Tlemcen

Introduction :

Les déficits congénitaux en facteurs de coagulation constituent des pathologies hémorragiques rares chez l'enfant. Leur expression clinique est variable, allant de formes asymptomatiques à des hémorragies sévères. Le diagnostic repose essentiellement sur l'exploration biologique de l'hémostase. L'objectif de ce travail est de décrire le profil biologique et les caractéristiques cliniques des déficits congénitaux en facteurs de coagulation diagnostiqués chez l'enfant dans notre structure.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive portant sur les cas de déficits congénitaux en facteurs de coagulation diagnostiqués entre janvier 2025 et février 2026. Les données ont été recueillies à partir des dossiers biologiques et cliniques des patients explorés au laboratoire. Les paramètres analysés comprenaient l'âge, le sexe, le service prescripteur, les circonstances de découverte, la symptomatologie hémorragique et le type de déficit identifié.

Résultats :

Vingt-deux patients présentant un déficit congénital en facteur de coagulation ont été identifiés. L'âge moyen était de 9,16 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 14 ans. Une prédominance masculine a été observée avec 59,09 % de garçons contre 40,90 % de filles. La majorité des demandes provenaient des consultations externes dans 90,90 % des cas, tandis que 9,09 % provenaient du service de pédiatrie. Le déficit en facteur VII était le plus fréquent, représentant 50 % des cas. Les autres anomalies observées étaient le déficit en facteur V dans 13,63 % des cas, la maladie de Willebrand dans 13,63 %, l'hémophilie A dans 9,09 %, l'hypofibrinogénémie dans 9 % et le déficit en facteur XIII dans 4,54 %. Les circonstances de découverte étaient dominées par un syndrome hémorragique dans 54,54 % des cas, suivi d'une découverte fortuite dans 31,81 % et d'une enquête familiale dans 13,63 %. Les manifestations hémorragiques les plus rapportées étaient les ecchymoses et épistaxis dans 50 % des cas, suivies des hémorragies post-traumatiques dans 33 %. Les ménométrorragies et l'hémorragie à la chute du cordon ombilical représentaient chacune 8,33 % des cas.

Conclusion :

Les déficits congénitaux en facteurs de coagulation chez l'enfant présentent une grande hétérogénéité clinique et biologique. Dans notre série, le déficit en facteur VII constitue l'anomalie la plus fréquemment retrouvée. L'exploration biologique de l'hémostase joue un rôle essentiel dans le diagnostic précoce et l'orientation de la prise en charge afin de prévenir les complications hémorragiques.

P10

Un syndrome rare à ne pas méconnaître : Ellis-Van Creveld

M. AMAMA, N. ROUABEH, I. HARECH, N.H. SAHNOUNE, F. GHEBAICHI, B. BIOUD

Service de pédiatrie – CHU Sétif

Introduction :

Le syndrome d'Ellis Van Creveld (EVC) ou dysplasie chondroectodermique : affection génétique rare à transmission autosomique récessive en rapport avec des mutations des gènes EVC1 et EVC2 situés sur le chromosome 4p16 et de sens de lecture opposé. Caractérisée par des anomalies squelettiques, ectodermiques et cardiaques.

Objectifs :

Décrire le profil clinique et paraclinique du syndrome d'Ellis Van Creveld.

Matériel et méthode :

L'étude a concerné 02 patients suivis au niveau de notre consultation de la croissance avec des critères cliniques et paracliniques en faveur du syndrome EVC.

Résultats :

- C'est l'enfant B.A âgée de 6 ans et 2 mois, O/D à Msila, la 1^{re} d'un couple consanguin de 3^e degré, sans ATCD pathologiques personnels ni familiaux. Elle présente cliniquement un retard statural : nanisme dysharmonieux (taille : 95 cm < 3 DS), dysmorphie faciale (visage triangulaire, ensellure nasale, front bombant), plusieurs freins gingivaux, dentelures de la crête alvéolaire, des dents coniques, multiples petites encoches alvéolaires, polydactylie, dystrophie des ongles. Radiologiquement : des os longs courts, métaphyses élargies, fusion des os du carpe avec des épiphyses phalangiennes en cônes, ailes iliaques courtes.
- NRS S.A âgée de 4 mois, O/D à Sétif, 2^e d'un couple consanguin de 2^e degré, aux ATCD F : mère hypothyroïdie sous lévothyrox + père : DT2 sous ADO ; sans ATCDP. À l'examen clinique : retard statural (t : 65 cm > -2 DS) avec des membres courts surtout les segments distaux, plusieurs freins gingivaux, polydactylie, dystrophie des ongles et des cheveux fins. Radiologiquement : des os longs courts, métaphyses élargies, des phalanges courtes et thorax étroit.
- On a demandé un échocœur pour les 02 cas et les orientés pour faire une étude génétique.

Discussion :

Le syndrome EVC se manifeste dès le nourrisson par polydactylie postaxiale et nanisme disproportionné, les radiographies confirment la dysplasie et la cardiopathie reste le principal facteur de risque, la confirmation est génétique.

Conclusion :

La reconnaissance précoce du syndrome EVC permet une PEC adaptée et un conseil génétique approprié.

P11

Étude de la séroprévalence de l'hépatite A chez la population pédiatrique dans la région de Tlemcen

Y. BOUABDALLAH^a, A. BOUSSELHAM^{ab}, I. GUELLIL^a, S. SELADJ^{ab}, D. BENRABRIT^{ab}, C. RAI^{ab}, S. MEDJAHED^a

^a Laboratoire de microbiologie médicale, CHU Tlemcen ; ^b Faculté de médecine, université Abou-Bekr Belkaid, Tlemcen

Introduction :

L'hépatite A virale (HAV) est une maladie transmissible à déclaration obligatoire, caractérisée par une transmission féco-orale. Bien que souvent bénigne chez l'enfant, se manifestant par des formes paucisymptomatiques ou asymptomatiques, l'infection peut s'avérer plus sévère chez l'adulte non immunisé. Afin de déterminer le niveau d'immunisation contre le virus de l'hépatite A chez la population pédiatrique, nous réalisons cette étude.

Objectif :

Détermination de la séroprévalence de l'hépatite virale A dans la région de Tlemcen chez la population pédiatrique.

Sujets :

L'étude a été menée sur une série de patients pédiatriques vivant dans la région de Tlemcen, âgés de 2 à 15 ans, recrutés de manière consécutive lors de leur passage au laboratoire pour un bilan biologique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale débutée le 15 février 2026, qui vise à la recherche d'anticorps sériques anti-HAV de type IgM et IgG par une méthode de chimiluminescence.

Résultats :

À ce stade intermédiaire de l'étude, les résultats préliminaires sur un effectif de 40 patients actuels suggèrent une séroprévalence de 17,5 % des IgG anti-HAV. Toute la population testée jusqu'à présent avait des anticorps IgM négatifs. Une corrélation positive est notée entre l'âge et le statut immunitaire, les résultats finaux seront communiqués lors de la rencontre.

Discussion :

Les premières constatations indiquent une séroprévalence des IgG de 17,5 %. Ce taux est en légère augmentation par rapport à l'étude faite dans la région de Tlemcen par Smahi et al. (2009), où il était de 12,3 %. Cependant, ce chiffre reste faible, ce qui signifie que plus de 80 % de la population étudiée n'est pas immunisée contre le virus de l'hépatite A.

Conclusion :

L'étude préliminaire de séroprévalence met en évidence le niveau d'immunité au sein de la population testée. La finalisation du recueil des données permettra de préciser la proportion immunisée et d'orienter ainsi les futures politiques de santé publique.

P12**Bronchiolite aiguë en réanimation pédiatrique : expérience d'un service pédiatrique**

I. AMROU, F. KHELFIAT, A. KENFOUD, F. GUERROUCHE, S. SAADAoui, A. MECHALI, M. ALOUANI, N. BOULEKHIOU, M. MOUBRI, A. MEKKI

Service de pédiatrie B, CHU Nafissa Hamoud ex-Parnet, Alger

Introduction, objectifs :

La bronchiolite aiguë virale constitue la première cause d'infection respiratoire basse chez le nourrisson, avec une recrudescence hivernale marquée. Les formes sévères nécessitent une admission en réanimation pédiatrique. L'objectif de cette étude décrit les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de ces cas graves dans un service de réanimation pédiatrique algérien.

Sujets :

L'étude a porté sur les nourrissons âgés de moins de 24 mois admis en réanimation pédiatrique pour bronchiolite aiguë sévère, définie par la présence de signes de gravité respiratoire (tirage important, polypnée sévère, apnées, hypoxémie réfractaire à l'oxygénothérapie conventionnelle, troubles de la conscience ou difficultés alimentaires majeures).

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective descriptive incluant les nourrissons < 24 mois admis en réanimation pédiatrique pour bronchiolite aiguë sévère au centre hospitalo-universitaire d'Hussein Dey (hôpital Pr. Nafissa Hamoud ex-Parnet) sur la période allant de janvier 2024 à janvier 2025.

Résultats :

18 cas inclus, sex-ratio = 2,6, âge médian : 2 mois. Pic saisonnier hivernal entre décembre-janvier : (61 % cas), contagé familial (89 %). Prématurité (6 %), comorbidités (cardiopathie, dysplasie bronchopulmonaire) présentes (11 %). Les signes cliniques : difficultés alimentaires (66 %), tirage sévère (100 %), apnées (22 %). À la gazométrie : hypoxie dans 22,2 % et hypercapnie dans 44,4 %. Radiographie thoracique : hyperinflation/atélectasie (72 %). Support ventilatoire : CPAP/VNI (66 %) ou intubation (34 %). Durée médiane de ventilation est de 2 jours, séjour moyen en réanimation : 5,6 jours. Complications : surinfection (66 %), mortalité dans 27,8 %.

Discussion :

Cette étude confirme que la bronchiolite sévère touche préférentiellement les très jeunes nourrissons, avec une nette prédominance masculine. Le recours important à la VNI reflète l'adoption progressive de cette technique dans notre contexte, mais le taux relativement élevé d'intubation et de mortalité suggère une gravité importante à l'admission et/ou des retards dans la reconnaissance des signes de décompensation. La fréquence élevée de surinfections bactériennes souligne la nécessité d'une antibiothérapie raisonnée et d'une surveillance microbiologique stricte. Nos résultats sont comparables aux données de la littérature, sauf pour la mortalité qui reste élevée ainsi que le recours à la ventilation artificielle, ce qui témoigne d'une sévérité plus marquée, probablement liée à des facteurs socio-économiques, un accès parfois retardé aux soins et une prévalence plus élevée de comorbidités dans les formes admises en réanimation.

Conclusion :

La bronchiolite sévère en réanimation pédiatrique touche préférentiellement les nourrissons jeunes avec facteurs de risque. La prévention (mesures hygiéniques, nirsevimab chez vulnérables) et la reconnaissance précoce des signes de gravité restent essentielles pour réduire la mortalité.

P13

Syndrome d'activation macrophagique révélant un déficit immunitaire combiné sévère lié à un déficit en RAG1 deficiency

A. DEHIMI¹, M. BELGHAZI¹, B. BELAID¹, K.OKKA³, MT. TERCHA¹, S. HAMDANE¹, R. DJIDJIK², B. BIOUS¹

¹ Service de pédiatrie, CHU Sétif ² Service d'immunologie, CHU Beni Messous ³ Service de pédiatrie CHU Batna

Introduction :

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) constitue une urgence immunologique pouvant révéler des déficits immunitaires primitifs sous-jacents. Parmi ceux-ci, les déficits liés aux mutations du gène RAG1 se distinguent par une grande variabilité phénotypique, allant des formes classiques de déficit immunitaire combiné sévère (DICS) aux formes atypiques à présentation retardée, souvent associées à une dysrégulation immunitaire.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 11 ans, née de parents non consanguins, dont l'histoire clinique initiale était peu évocatrice d'un déficit immunitaire. À partir de l'âge de 8 ans, elle a présenté des infections respiratoires récurrentes, évoluant dans un contexte de retard staturopondéral et d'hippocratisme digital. L'imagerie thoracique objectivait des nodules pulmonaires sous-pleuraux bilatéraux et des lésions interstitielles. L'évolution a été marquée par la survenue d'un syndrome d'activation macrophagique, révélant une pathologie immunitaire sous-jacente.

Le bilan immunologique a mis en évidence un profil compatible avec un DICS atypique, associant une hypergammaglobulinémie, une atteinte des compartiments lymphocytaires T et B, ainsi que des signes de dysrégulation immunitaire. L'étude génétique a confirmé une mutation homozygote du gène RAG1.

Discussion :

Les mutations hypomorphes de RAG1 sont responsables de formes atténuées de DICS, caractérisées par une présentation clinique tardive et polymorphe, incluant infections récurrentes, auto-immunité et syndromes inflammatoires sévères tels que le SAM. L'activité résiduelle des recombinaisons explique cette hétérogénéité clinique.

Conclusion :

Ce cas souligne l'importance d'évoquer un déficit immunitaire primitif, notamment un déficit en RAG1, devant un syndrome d'activation macrophagique d'étiologie inexpliquée. Le recours précoce aux explorations immunologiques et génétiques est essentiel pour un diagnostic précis et une prise en charge adaptée.

P14

Œdème aigu hémorragique du nourrisson : savoir y penser

J. AZZI^{1,2}, M. KASSAMA^{1,2}, N. YANTREN¹, S. KADRI¹, S. NEHAD¹, I. MANSOUR¹

EHS Mohamed Boudiaf Béchar¹, Faculté de médecine, Université Tahri Mohamed Béchar²

Introduction :

L'œdème aigu hémorragique du nourrisson est une vascularite rare du nourrisson, d'évolution généralement bénigne mais au tableau clinique souvent impressionnant.

Objectifs :

Décrire un cas d'œdème aigu hémorragique du nourrisson.

Sujets – Matériels et méthodes :

Nourrisson de neuf mois, sans antécédents particuliers, issu d'un mariage consanguin, correctement vacciné et allaité. L'histoire débute deux jours avant l'admission par une diarrhée, suivie d'éruptions ecchymotiques des membres inférieurs avec œdème, s'étendant secondairement à l'abdomen, aux membres supérieurs et au visage, dans un contexte fébrile à 38 °C. Une évaluation clinique et biologique a été réalisée.

Résultats :

À l'admission, l'enfant est en bon état général, fébrile, avec un purpura en cocarde généralisé et un œdème des membres inférieurs. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire (CRP élevée, VS accélérée), une hyperleucocytose et une thrombocytose. Les explorations urinaires et radiologiques sont normales. L'évolution est favorable sous traitement symptomatique, avec disparition de la fièvre et régression des lésions.

Discussion :

Cette affection, souvent précédée d'un épisode infectieux, peut simuler des pathologies graves. Le diagnostic est clinique et l'évolution spontanément favorable dans la majorité des cas. Les examens complémentaires visent surtout à éliminer les diagnostics différentiels.

Conclusion :

Ce cas confirme le bon pronostic de l'œdème aigu hémorragique du nourrisson. Malgré une présentation clinique impressionnante, l'évolution est favorable sans traitement spécifique, justifiant une prise en charge conservatrice avec surveillance.

P15**Réanimation pédiatrique : bilan annuel des pratiques et des résultats**

F. KHELFIAT, I. AMROU, A. KENFOUD, F. GUERROUCHE, N. BOULEKHIOUT, M. MOUBRI, A. MEKKI

Service de pédiatrie B, CHU Nafissa Hamoud

Introduction :

L'évaluation régulière des pratiques en réanimation pédiatrique est essentielle pour optimiser la qualité des soins et harmoniser les protocoles. Cette étude a pour objectif de décrire les caractéristiques des patients, les pratiques cliniques et les résultats observés dans notre unité de réanimation pédiatrique durant l'année 2024.

Matériel et méthodes :

Étude rétrospective monocentrique incluant l'ensemble des patients âgés de 0 à 18 ans admis en réanimation pédiatrique entre janvier et décembre 2024.

Résultats :

462 patients admis, dont 211 filles et 251 garçons (sexe-ratio : 1,18). Les nourrissons âgés de moins de 1 an représentaient 34 % des admissions. La détresse respiratoire était le motif principal d'admission (23 %), dont 45 % liées à une pneumopathie infectieuse. Les acidocétoses diabétiques comptaient pour 20 % des admissions, dont la moitié inaugurale. Une oxygénothérapie a été nécessaire chez 19 % des patients, et 52 % ont bénéficié d'une ventilation mécanique (durée médiane : 3 jours). Des transfusions ont été réalisées chez 23 % des enfants. Le taux de mortalité global était de 26 %. La durée médiane de séjour était de 3 jours, dont 25 % des patients hospitalisés moins de 24 heures.

Conclusion :

Les pratiques observées apparaissent globalement conformes aux standards internationaux. Des axes d'amélioration subsistent, notamment dans la prévention des infections nosocomiales. Ces résultats constituent une base pour l'optimisation des protocoles locaux et le développement d'études multicentriques futures.

P16**L'insulinothérapie fonctionnelle dans la prise en charge du diabète de type 1**

N. DRIDJ, M. BELGHAZI, S. HACHCHAD, I. HARECHE, K. OKKA, M. MAGHIZI, B. BIOUD

Pôle pédiatrique, CHU de Sétif ; Laboratoire Santé et Maladies Oncologiques de l'Enfant et de l'Adolescent

Introduction :

L'insulinothérapie fonctionnelle (ITF) est une approche thérapeutique permettant à l'enfant diabétique de type 1 d'adapter ses doses d'insuline à son mode de vie, et non pour offrir une plus grande liberté alimentaire et une meilleure qualité de vie.

Objectifs :

Évaluer les résultats de l'insulinothérapie fonctionnelle (IF) sur l'HbA1c, le poids, les épisodes d'hypoglycémie, la dose d'insuline basale et la qualité de vie des patients atteints d'un diabète de type 1 (DT1).

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective et descriptive de 06 mois incluant 37 enfants DT1 ayant suivi un programme d'IF entre septembre 2025 et mars 2026 au pôle pédiatrique du CHU de Sétif.

Résultats :

16 patients de 05-09 ans, 12 patients de 10-13 ans et 09 patients de plus de 13 ans. La durée de la maladie : 75 % ont le diabète entre 01-05 ans. L'HbA1c moyenne 8,5 % (M0) - 8,47 % (M6), et de la dose moyenne d'insuline basale de 0,38 (M0) à 0,30 UI/kg/j. Les hypoglycémies ont diminué de 4,5 (M0) à 3 (M6) épisodes/patient/semaine après IF, avec une nette régression de leur forme sévère et une amélioration de la qualité de vie. Cependant, il n'y a pas de changement de poids significatif.

Conclusion :

L'IF permet d'améliorer la qualité de vie des patients DT1, un meilleur équilibre glycémique avec moins d'hypoglycémies, notamment sévères, malgré le même taux d'HbA1c après 06 mois on a constaté une diminution de la dose d'insuline basale. La variabilité glycémique est le principal effet attendu, qu'il va nous falloir analyser et prendre en considération à l'avenir.

P17

Comprendre l'enfant diabétique au-delà de la consultation : intérêt du séjour thérapeutique

N. DRIDJ, M. BELGHAZI, S. HACHCHAD, I. HARECHE, K. OKKA, M. MAGHIZI, B. BIOUD

Pôle pédiatrique, CHU de Sétif ; Laboratoire Santé et Maladies Oncologiques de l'Enfant et de l'Adolescent

Introduction :

Un séjour thérapeutique est un programme structuré, organisé sur une période définie, destiné aux enfants atteints de diabète. Il associe : les soins médicaux et paramédicaux, éducation thérapeutique, activités ludiques et éducatives adaptées à l'âge et soutien psychologique.

Objectif :

Montrer les limites de la consultation externe dans la compréhension des habitudes de vie des enfants diabétiques, et mettre en évidence l'intérêt du séjour thérapeutique comme outil complémentaire.

Matériels et méthodes :

Étude descriptive de 20 enfants ayant participé à un séjour thérapeutique au pôle pédiatrique du CHU de Sétif en décembre 2025.

Résultats :

Durée du séjour : 1 semaine. 20 enfants (12 filles et 8 garçons), âgés de 8 à 13 ans.

Durée d'évolution du diabète : 1 à 3 ans. Tous les patients sont sous schéma basal-bolus et 20 % portent un capteur de glucose (CGM). Injection d'insuline : 3 enfants, dont un âgé de 10 ans, ont peur de s'injecter seuls l'insuline, et plus de 15 % injectent l'insuline au milieu des repas. Autosurveillance glycémique : tous les enfants ont le réflexe de mesurer leur glycémie avant les repas, alors que 60 % ne le faisaient pas avant l'activité physique. Habitudes alimentaires au petit-déjeuner : 100 % préfèrent consommer des protéines, 50 % demandent du lait sans sucre, 30 % consomment des gâteaux, 15 % refusent les légumes. Brossage des dents : 10 % des enfants se brossent les dents avec une mauvaise technique.

Conclusion :

Au terme de cette enquête menée après le séjour thérapeutique des enfants diabétiques, il apparaît clairement que la consultation externe, bien qu'indispensable, ne permet pas à elle seule de saisir pleinement les habitudes de vie, les comportements alimentaires et les difficultés quotidiennes de l'enfant. Le séjour thérapeutique offre une immersion précieuse dans le vécu réel de l'enfant, révélant des aspects souvent invisibles en consultation. Cette

expérience met en évidence l'importance d'un accompagnement plus rapproché, basé sur l'observation directe, l'écoute active et la création d'un climat de confiance.

P18

Quand les voies immunitaires immédiates et retardées se rencontrent entre lait et œuf, avec une forme IgE médiée qui se transforme en SEIPA !

M. BELGHAZI, A. DEHIMI, N. DRIDJ, B. BIOUS

Service de pédiatrie – CHU de Sétif

Introduction - Objectifs :

L'allergie alimentaire multiple est de plus en plus retrouvée dans nos familles algériennes. Nous rapportons le cas d'un enfant qui présente une allergie aux protéines du lait de vache (APLV) et une allergie à l'œuf.

Patient et méthodes :

Ratil R., 3 ans, née par voie basse, poids de naissance 3,4 kg, rhinite allergique des parents.

Résultats :

Ratil était sous allaitement maternel jusqu'à l'âge d'un mois. 1er biberon de lait artificiel : fièvre 5 h après, d'où la reprise du lait maternel. À 6 mois, prise d'une cuillère de petit-suisse, 15 min après, urticaire du visage, ayant disparu spontanément avant 2 h. Le lendemain, même réaction après une cuillère de petit-suisse, d'où l'arrêt. À 6 mois et ½, prise d'une cuillère de fromage, 15 min après, œdème + rougeur des yeux, disparition avant 2 h. Quelques jours après, prise d'une petite quantité d'un blanc d'œuf, vomissements quelques minutes après. Plusieurs réactions similaires à 8, 9, 11 et 14 mois suite à la prise de fromage, yaourt et blanc d'œuf. Reçue à 16 mois, prick tests faits : T(+) : 7 mm ; T(-) : 00 mm ; lait de vache (LV) : 11 mm ; jaune d'œuf : 00 mm ; blanc d'œuf : 12 mm. Diagnostic d'allergie alimentaire multiple posé avec une APLV et une allergie au blanc d'œuf, IgE médiées. Un TPO lait cuit fait à cet âge, érythème au niveau du cou, puis au bout d'une semaine érythème des paupières, 15 jours après étouffements en salves (arrivée à 1,5 ml/j), et maintien du lait cuit. Perdue de vue jusqu'à l'âge de 29 mois, prick tests positifs au lait de vache et négatifs au blanc d'œuf. IgE sp f76 à 25 UR/ml, f77 à 15, f78 à 26. TPO blanc d'œuf fait à 2,5 ans, 1 h 15 min après : vomissements itératifs + léthargie + pâleur + hypotension puis douleurs abdominales et diarrhées quelques heures après. SEIPA à l'œuf retenu avec passage d'une forme IgE médiée à une forme non IgE médiée. Une ITO lait avec arrivée à 180 ml de lait bouilli avec diminution progressive de cuisson est en cours. Une ITO SEIPA œuf doit être entreprise.

Conclusion :

La polyallergie alimentaire chez l'enfant représente un défi croissant en allergologie pédiatrique, tant par sa complexité diagnostique que par ses implications nutritionnelles et immunologiques. Le passage d'une forme IgE médiée à un SEIPA est possible et une prise en charge précoce permet d'améliorer la qualité de vie des enfants.

P19

Le blé au cœur d'une polyallergie entre alimentaire et respiratoire !

M. BELGHAZI, A. DEHIMI, N. DRIDJ, I. HARECHE, B. BIOUS

Service de pédiatrie – CHU de Sétif

Introduction - Objectifs :

L'allergie alimentaire est une pathologie en constante progression. Nous rapportons le cas d'un nourrisson qui présente un asthme et une allergie alimentaire multiple, notamment au blé.

Patient et méthodes :

Abdelbasset H., 6 ans, d'une gémellité prématurée de 34 SA, poids de naissance 1,8 kg. Sous allaitement mixte puis artificiel. Diversifié dès 4,5 mois.

Résultats :

À 6 mois, introduction de blé (casse-croûte + lait) entraînant 20 minutes après une urticaire généralisée, érythème et œdème des yeux, sans signes respiratoires ni digestifs, hospitalisation de 24 h avec injection de corticoïdes, régression en 2 heures. À 7 mois, même réaction à la prise d'une bouillie de semoule. Sérologie cœliaque négative. Régime excluant le blé. À 8 mois, reprise par son médecin du blé sous forme de galette, réaction systémique immédiate (urticaire corps + gêne respiratoire), hospitalisation, corticoïdes et régime d'exclusion du blé de nouveau. Introduction d'œuf dur écrasé dans la soupe bien tolérée vers 8,5 mois. À 10 mois, œuf semi-cuit en omelette, 20

minutes après, vomissements, urticaire généralisée et gêne respiratoire avec pâleur puis perte de connaissance, prise comme anaphylaxie, hospitalisation, corticoïdes IV. Éviction de l'œuf en plus du blé. Deux réactions à 12 et à 20 mois (prise de blé). Nourrisson reçu en consultation à 20 mois. Prick tests positifs au blé, blanc d'œuf. Un TPO œuf cuit décidé. Nourrisson perdu de vue jusqu'à 4 ans (post pandémie COVID) après plusieurs épisodes de dyspnée sifflante prise pour asthme avec mise sous traitement de fond. Prick positif au blé, blanc d'œuf. Enfant revu à 5 ans et demi, TPO œuf bien cuit sans incident, maintien de la prise d'œuf cuit. IgE spécifiques aux pollens de graminées, acariens et phanères d'animaux positifs. Le diagnostic d'asthme et d'allergie alimentaire au blé et au blanc d'œuf avec une tolérance acquise notée à l'œuf a été retenu. Le dosage de f416 rTri a 19 (blé, oméga 5 gliadine) à 3,14 kUI/l ; f433 rTri a 14 (blé, LTP) à 45,90 kUI/l ; f98 gliadine (blé) à 85,00 kUI/l ; f4 blé (céréale) > 100 kUI/l ; f79 gluten > 100 kUI/l. Le dosage de f232 nGal d2 (ovalbumine) à 2,01 kUI/l ; f233 nGal d1 (ovomucoïde) à 0,52 kUI/l. L'enfant n'a jamais pris d'orge ni de seigle ou d'avoine. Une induction de tolérance au blé doit être entamée.

Conclusion :

La polyallergie alimentaire chez l'enfant représente un défi croissant en allergologie pédiatrique, tant par sa complexité diagnostique que par ses implications nutritionnelles et immunologiques. Le blé occupe une place particulière du fait de sa forte présence dans l'alimentation quotidienne et de la diversité de ses protéines impliquées. Une prise en charge précoce est essentielle pour favoriser une tolérance à long terme et améliorer ainsi la qualité de vie de l'enfant.

P20

Allergie alimentaire chez l'enfant : perception ou réalité ?

M. BELGHAZI, A. DEHIMI, N. DRIDJ, Y. BOULEKFOUL, O. DHAIF, D.J. NEKKA, B. BLOUD

Service de pédiatrie – CHU de Sétif

Introduction - Objectifs :

L'allergie alimentaire en pédiatrie est en augmentation, mais sa prévalence réelle reste inférieure à celle perçue par les parents, ces derniers ayant tendance à surestimer la fréquence des allergies chez l'enfant. Cette discordance, souvent liée à des confusions diagnostiques, peut conduire à des évictions alimentaires inappropriées et à un impact sur la qualité de vie. Notre objectif est d'évaluer la perception parentale de l'allergie alimentaire et la comparer aux données cliniques afin d'identifier les écarts entre allergie suspectée et allergie confirmée.

Matériels et méthodes :

Étude descriptive réalisée au niveau de la consultation d'allergologie au sein du service de pédiatrie du CHU de Sétif, à l'aide d'un questionnaire, sur une période de deux mois, du 15 mars au 15 mai 2025.

Résultats :

30 nourrissons ont été inclus dans l'étude avec leurs parents. Une histoire d'allergie aux protéines du lait de vache a été rapportée dans 73 % des cas, d'allergie à l'œuf dans 17 % des cas et d'autres motifs dans 10 % des cas. Après avoir interrogé les parents, mamans dans la majorité des cas, il sort que 13 parents, soit 43,33 %, affirment qu'il s'agit bien d'une allergie alimentaire chez leurs enfants, conformément aux résultats de l'enquête allergologique avec des prick tests positifs à l'aliment suspect et, 5 parents, soit 16,67 %, l'infirmement conformément aux résultats. Ces résultats contrastent avec 9 parents, soit 30 %, qui infirment le contexte d'allergie chez leurs enfants alors que le résultat de l'enquête allergologique est positif et 3 (10 %) de faux positifs (parents qui pensent que leurs enfants sont allergiques alors que l'enquête est négative). Cette enquête ramène 40 % (12 nourrissons) de discordance entre perception parentale et réalité du terrain.

Conclusion :

Cette étude met en évidence une discordance importante (40 %) entre la perception parentale et la réalité clinique des allergies alimentaires. Ce décalage, largement rapporté dans la littérature, serait probablement lié à des connaissances insuffisantes et à une interprétation erronée des symptômes. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer l'éducation des parents et d'améliorer l'accès à des diagnostics confirmatoires afin de limiter les restrictions alimentaires injustifiées et d'optimiser la prise en charge des enfants.

P21

Atrésie des voies biliaires et accès limité à la greffe hépatique : à propos de 4 cas

C. EL MEZOUAR¹²³, A. SEDDIKI¹², H. BENDIOUIS¹², M. BENFATMI¹², N. BELKADI¹², N. KAHOUADJI², W. LAKHAL², A. KADDOUR¹², S. DIB¹²

¹ Université Abou-Bekr Belkaid, Faculté de médecine de Tlemcen Dr Benzerdjeb Benouda ; ² Service de pédiatrie - EHS mère-enfant Tlemcen ; ³ Laboratoire biologie moléculaire et immunologie appliquée

Introduction :

L'atrésie des voies biliaires est la principale indication de transplantation hépatique chez l'enfant. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge. Dans notre contexte, l'accès à la transplantation reste limité, voire impossible.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 4 patients atteints de cirrhose hépatique avec insuffisance hépatocellulaire secondaire à une atrésie des voies biliaires, sur une période allant de mi-2024 à mi-2026.

Résultats :

L'âge des patients variait entre 6 mois et 2 ans, avec une prédominance féminine (3 filles, 1 garçon). Tous les cas ont été diagnostiqués tardivement, au-delà du délai de réalisation de la procédure de Kasai. Trois patients ont été inscrits pour transplantation hépatique sans en bénéficier après plusieurs mois d'attente. L'évolution était marquée par le décès de ces trois patients. Un seul patient a pu être transplanté à l'étranger, il est en cours d'évaluation.

Discussion :

Cette série illustre : le retard diagnostique de l'atrésie des voies biliaires, l'absence d'accès rapide à la transplantation hépatique, la mortalité élevée en l'absence de prise en charge adaptée. Dans la littérature, la survie sans transplantation est fortement compromise en cas de diagnostic tardif. La transplantation hépatique représente le seul traitement curatif à ce stade.

Conclusion :

Notre série met en évidence un retard diagnostique et surtout un accès fermé à la transplantation hépatique en pédiatrie, responsable d'une morbi-mortalité dramatique. Une amélioration du dépistage précoce et la création d'un réseau greffe hépatique pédiatrique est plus qu'urgente.

P22

Syndrome de Wiscott-Aldrich révélé par une BCGite néonatale sévère

S. DIB¹, A. KADDOUR², D. SELKA, S. KERZABI, N. KAHOUADJI, W. LAKHAL, C. EL MEZOUAR

¹ MCB Faculté de médecine de Tlemcen ; ² MA Faculté de médecine de Tlemcen

Introduction :

Le syndrome de Wiscott-Aldrich (WAS) est un déficit immunitaire combiné rare, lié à l'X, caractérisé par un eczéma, une thrombopénie et une susceptibilité aux infections. La vaccination par le BCG, bien que généralement sûre, peut entraîner des complications graves chez les enfants immunodéprimés. Nous rapportons un cas rare de syndrome de Wiscott-Aldrich révélé par une BCGite disséminée chez un nourrisson.

Matériel et méthodes :

Un nourrisson de sexe masculin âgé de 2 mois a été admis pour une tuméfaction au site d'injection du BCG, accompagnée d'une adénopathie satellite. Le tableau clinique incluait une fièvre (38,5 °C), une pâleur cutanéomuqueuse, une hépatosplénomégalie et une adénopathie axillaire. Les examens biologiques réalisés incluaient : numération-formule sanguine (NFS), des sérologies, myélogramme, immunophénotypage lymphocytaire, biologie moléculaire pour la détection de l'ADN mycobactérien.

Résultats :

NFS : hyperleucocytose à 32 000/mm³, anémie sévère (Hb 6,6 g/dl), thrombopénie à 50 000/mm³. Sérologie parvovirus B19 : IgM positives. Myélogramme : érythroblastopénie, hyperéosinophilie (21 %), hypoplasie mégacaryocytaire. Détection de l'ADN du complexe Mycobacterium tuberculosis. Immunophénotypage : compatible avec un syndrome de Wiscott-Aldrich. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux, mais son état s'est rapidement dégradé, conduisant à son décès quelques jours après le début du traitement.

Conclusion :

Ce cas met en lumière la gravité des complications du BCG chez les nourrissons porteurs d'un déficit immunitaire sous-jacent. Le syndrome de Wiscott-Aldrich doit être évoqué devant toute BCGite sévère ou disséminée,

notamment en présence d'une thrombopénie et d'anomalies immunologiques. Un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée sont essentiels pour améliorer le pronostic, bien que le taux de mortalité reste élevé dans ces formes sévères.

P23

Profil épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique des MICI dans le service de pédiatrie EHS mère enfant Tlemcen

F.Z. BENBIDA^{1,2}, S. MARHOUM^{1,2}, F. KACIMI^{1,2}, S. BENYACOUB^{1,2}, D.J. SELKA^{1,2}, C.H. EL MEZOUAR^{1,2}

¹ Université Abou-Bekr Belkaid, Faculté de médecine de Tlemcen Dr Benzerdjeb Benouda ; ² Service de pédiatrie EHS mère-enfant Tlemcen

Introduction :

Les MICI dominées par la maladie de Crohn et la RCH sont de plus en plus diagnostiquées chez l'enfant ; leur présentation clinique est hétérogène et leur PEC thérapeutique reste complexe.

Objectif :

Décrire le profil épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique des MICI suivies dans notre service de pédiatrie.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans le service de pédiatrie EHS mère-enfant Tlemcen sur deux (2) ans, de janvier 2024 à janvier 2026, basée sur des arguments cliniques, paracliniques, endoscopiques et histologiques.

Résultats :

14 patients ont été inclus ; dont 10 cas de MC et 4 cas de RCH, l'âge moyen au diagnostic était de 9 ans avec une prédominance féminine sexe-ratio à 0,7. Le motif de découverte était les diarrhées glaireuses avec douleurs abdominales dans 71 % des cas, les manifestations ano-rectales dans 22 % des cas et les hémorragies digestives dans 7 % des cas. Les signes cliniques sont dominés par la sensibilité abdominale, alors que les lésions anopérinéales étaient présentes chez 29 % des malades. Sur le plan paraclinique, le syndrome inflammatoire était quasi constant dans notre série d'étude, la calprotectine fécale était franchement élevée dans 65 % des cas. Les aspects endoscopiques et histologiques ont confirmé le diagnostic chez nos patients. L'entéro IRM a été demandée chez tous les MC montrant la présence de fistules dans 40 % des cas. Sur le plan thérapeutique, la rémission clinique a été obtenue grâce à : la NEC chez 60 % des malades et la biothérapie chez 40 % des malades pour la maladie de Crohn ; aux AINS chez la moitié des cas et la biothérapie chez l'autre moitié.

Discussion :

Dans notre série, on note une prédominance de la MC par rapport à la RCH, sur le plan épidémiologique, les MICI surviennent chez le grand enfant, d'où l'intérêt d'évoquer le diagnostic des MICI devant tout tableau digestif chronique chez l'enfant. Cliniquement, les manifestations digestives dominent, notamment les douleurs abdominales et la diarrhée chronique. Sur le plan paraclinique, le syndrome inflammatoire biologique est constant, l'endoscopie digestive avec biopsie reste l'examen clé pour confirmer le diagnostic et différencier les deux entités, l'entéro IRM a permis d'évaluer l'extension et les complications, surtout dans la MC. Sur le plan thérapeutique, notre stratégie repose sur l'induction et le maintien de la rémission par les immunosuppresseurs et la biothérapie.

Conclusion :

Les MICI de l'enfant restent des pathologies relativement rares mais leur fréquence semble en augmentation. Leur diagnostic repose sur une approche multidisciplinaire intégrant les données cliniques, biologiques et endoscopiques, une prise en charge adaptée permet d'améliorer l'évolution et la qualité de vie des patients.

P24

Asthme sévère non contrôlé comme mode de révélation d'une immunodéficience humorale : à propos d'un diagnostic d'agammaglobulinémie liée à l'X

A. DEHIMI¹, M. BELGHAZI¹, B. BELAID¹, MT. TERCHA¹, S. HAMDANE¹, R. DJIDJIK², B. BLOUD¹

¹ Service de pédiatrie, CHU Sétif ² Service d'immunologie, CHU Beni Messous

Introduction :

L'agammaglobulinémie liée à l'X (ALX) est un déficit immunitaire primitif rare caractérisé par une absence de lymphocytes B circulants et une hypogammaglobulinémie profonde, avec une incidence estimée entre 5 et 10 cas par million. Une neutropénie est rapportée chez environ 25 % des patients et pourrait aggraver la sévérité des infections bactériennes.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un enfant de 3 ans, né à terme, présentant depuis l'âge de 6 mois des broncho-pneumopathies récidivantes ayant nécessité des traitements antibiotiques répétés. Initialement diagnostiqué comme asthme du nourrisson et traité par corticoïdes inhalés et β 2-mimétiques, l'évolution était marquée par une absence d'amélioration clinique. L'anamnèse familiale retrouvait le décès précoce de trois oncles maternels.

Le bilan immunologique réalisé au service d'immunologie du CHU de Béni-Messous a mis en évidence une agammaglobulinémie associée à une neutropénie. Devant ces éléments, le diagnostic d'ALX a été fortement suspecté.

Prise en charge et évolution : Un traitement substitutif par immunoglobulines intraveineuses (IVIg) a été instauré, avec une évolution favorable marquée par la disparition des épisodes infectieux sévères et la normalisation progressive du taux de neutrophiles.

Discussion :

Les infections sévères observées dans l'agammaglobulinémie liée à l'X (ALX) ne sont pas uniquement liées au déficit en anticorps, mais peuvent également être favorisées par une neutropénie associée. Les mécanismes impliqués restent imparfaitement élucidés, incluant un défaut de maturation des précurseurs granulocytaires lié à la mutation du gène BTK, ainsi que des anomalies fonctionnelles des monocytes (phagocytose, chimiotaxie et production de cytokines).

Par ailleurs, ce cas illustre une situation clinique fréquente où des infections respiratoires répétées sont initialement interprétées comme un asthme du nourrisson. L'absence de réponse au traitement conventionnel de l'asthme, notamment aux corticoïdes inhalés et aux β 2-mimétiques, doit faire évoquer un diagnostic différentiel, en particulier un déficit immunitaire primitif. Ainsi, l'asthme sévère non contrôlé peut constituer un mode de révélation trompeur d'une immunodéficience humorale.

Le traitement substitutif par immunoglobulines intraveineuses (IVIg) pourrait également contribuer à la correction de la neutropénie via des mécanismes immunomodulateurs impliquant les récepteurs Fc.

Conclusion :

Ce cas souligne l'importance d'évoquer un déficit immunitaire primitif devant un asthme sévère non contrôlé, en particulier en présence d'infections récidivantes et d'antécédents familiaux évocateurs. Un diagnostic précoce et l'instauration rapide d'un traitement substitutif par IVIg sont essentiels pour améliorer le pronostic.

P25

Granulomatose septique chronique : à propos d'un cas

A. KOUDACHE, D. BENCHIKH, R. OUAHIANI, D. SENOUCI, A.S. BENDEDDOUCHE

Université Abou Bekr Belkaid - Faculté de médecine de Tlemcen Dr Benzerdjeb Benaouda ; Service de pédiatrie – CHU Tlemcen

Introduction :

La granulomatose septique chronique (GSC) est une immunodéficience héréditaire rare caractérisée par un défaut de la fonction microbicide des polynucléaires neutrophiles, conduisant à des infections bactériennes et fongiques profondes et récidivantes, ainsi qu'à des manifestations inflammatoires et granulomateuses.

Observation :

Nous rapportons le cas de Malak, 13 ans, l'enfant unique d'un couple consanguin au 2^e degré, suivie depuis l'âge de 2 ans pour infections profondes à répétition. Son histoire est marquée par une tuberculose ganglionnaire précoce, un abcès rénal (2020), des panaris multiples et une vulvite chronique évoluant depuis 6 mois. À l'admission, l'examen met en évidence un retard staturo-pondéral (37 kg, -2 DS ; 140 cm, -3 DS), une altération de l'état général, des lésions cutané-muqueuses au niveau du nez et des grandes lèvres, ainsi qu'une sensibilité abdominale localisée au flanc droit. Les investigations complémentaires révèlent deux abcès hépatiques, des lésions pulmonaires fibroréticulaires avec dilatations bronchiques, un syndrome inflammatoire marqué (CRP élevée, hyperleucocytose), des sérologies virales et marqueurs tumoraux négatifs, et un Quantiféron positif.

Résultats :

Un bilan d'immunodéficience est entrepris. Le test de dihydrorhodamine (DHR) montre une activité oxydative neutrophilique effondrée (stimulation par PMA : 1,49 %), confirmant le diagnostic de granulomatose septique chronique dans sa forme autosomique récessive. L'enfant est mise sous antibiothérapie probabiliste (céphalosporine de 3^e génération et métronidazole), puis antibioprophylaxie associée à un traitement antituberculeux pour une tuberculose systémique. L'évolution est favorable avec amélioration clinique, prise pondérale et régression des lésions cutanéomuqueuses et vulvaires. La greffe de moelle osseuse demeure le seul traitement curatif, et un typage HLA parental est en cours afin d'envisager cette option thérapeutique.

Conclusion :

La granulomatose septique chronique doit être évoquée devant toute infection profonde récidivante, en particulier dans un contexte de consanguinité. Le diagnostic précoce conditionne la prise en charge et ouvre la voie au seul traitement curatif : la greffe de moelle osseuse.

P26

Une empreinte vasculaire dès la naissance : syndrome de Klippel Trenaunay

M. DALI YOUCEF, S. BELYAGOUBI, A.S. BENDEDDOUCHE

Université Abou Bekr Belkaid - Faculté de médecine de Tlemcen ; Service de pédiatrie CHU Tlemcen

Introduction :

Le syndrome de Klippel Trenaunay est une malformation vasculaire congénitale rare. La triade caractéristique associe un angiome plan des membres, des malformations veineuses et une hypertrophie des tissus mous et/ou osseux. Le diagnostic est essentiellement clinique, et complété par imagerie pour préciser l'extension des lésions.

Objectifs :

Rapporter le cas du syndrome de Klippel Trenaunay chez un nourrisson âgé de 18 mois suivi au service de pédiatrie CHU Tlemcen, et souligner l'intérêt d'une prise en charge précoce.

Observation clinique :

Il s'agit d'un nourrisson de 18 mois sans antécédents particuliers. L'examen clinique trouve un angiome au niveau des 02 membres inférieurs surtout à droite, associé à une hypertrophie des tissus mous, avec une inégalité de longueur entre les deux membres inférieurs. Développement psychomoteur jugé bon. Échographie Doppler a objectivé une malformation veineuse. IRM des membres inférieurs est en cours de réalisation afin de préciser l'extension des malformations vasculaires. Diagnostic doit être confirmé par identification de la mutation en mosaïque de PIK3CA sur biopsie des tissus atteints sans culture.

Résultats :

À ce stade, aucune complication thrombo-embolique n'a été objectivée, le patient est mis en surveillance clinique en attendant le résultat d'imagerie.

Conclusion :

Le syndrome de Klippel Trenaunay, également connu sous le nom de syndrome d'angio-ostéohypertrophie, prédispose le patient à un état d'hypercoagulabilité, la clinique occupe une place prépondérante dans le diagnostic et doit être complétée par une imagerie afin de rechercher les complications et évaluer son extension. Sa prise en charge est pluridisciplinaire.

P27

Asymétrie des membres inférieurs chez le nourrisson : penser au lymphœdème primitif congénital

H. BEZZAOUYA^{1,2}, D. SENOUCI^{1,2}, M. DALI^{1,2}, A.S. BENDEDDOUCHE^{1,2}

¹ Université Abou Bekr Belkaid - Faculté de médecine de Tlemcen Dr Benzerdjeb Benaouda ; ² Service de pédiatrie B – CHU Tlemcen Algérie

Introduction :

Le lymphœdème congénital est une pathologie rare du système lymphatique, se manifestant précocement par une augmentation de volume d'un membre. Son diagnostic est essentiellement clinique et nécessite l'élimination des diagnostics différentiels, notamment les syndromes d'hypertrophie segmentaire.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons l'observation d'un lymphœdème congénital du membre inférieur en rapport avec une maladie de Milroy, révélé précocement chez un nourrisson de 6 mois, pris en charge dans notre service pour exploration d'une asymétrie des membres inférieurs.

Résultats :

Il s'agit d'un nourrisson de 6 mois, premier enfant du couple, né à terme par césarienne pour présentation du siège dans un contexte de prééclampsie maternelle, avec une période néonatale calme et un développement psychomoteur normal, sans antécédents pathologiques ni cas similaires dans la famille. L'histoire débute à l'âge de 1 mois par la constatation d'une asymétrie des membres inférieurs, ayant motivé plusieurs consultations. À l'examen, la patiente présente un bon état général avec un lymphœdème du membre inférieur droit intéressant le pied et la cuisse, sans signes inflammatoires, sans godet, avec un signe de Stemmer positif ; pas de dysmorphie ni d'organomégalie. Les explorations radiologiques, notamment l'échographie abdomino-pelvienne et l'écho-Doppler veineux, sont sans anomalies, la télémétrie des membres inférieurs montre une longueur osseuse normale, et l'étude génétique ne retrouve pas de syndrome de Turner. La conduite consiste en la mise en place de bas de contention.

Conclusion :

Le lymphœdème congénital doit être évoqué devant toute asymétrie persistante d'un membre chez le nourrisson. Une démarche diagnostique rigoureuse permet d'éliminer les étiologies secondaires et d'initier une prise en charge précoce adaptée afin d'améliorer le pronostic fonctionnel.

P28

Analyse de la composition chimique des produits cosmétiques destinés aux bébés commercialisés en Algérie

N. SEDJELMACI^{1,2}, N. MORSO¹, N. MOULAY LAKHDAR¹

¹ Faculté de médecine de Tlemcen, laboratoire Toxicomed, Université Abou Bekr Belkaid ; ² CHU Tlemcen

Introduction :

L'utilisation des produits cosmétiques destinés aux bébés est en progression depuis quelques années en Algérie en raison de l'ouverture du marché mondial et de la multiplicité des choix. Ces derniers peuvent contenir des substances toxiques susceptibles d'entraîner des effets nocifs, même à faibles doses, surtout en cas d'exposition répétée.

Objectif :

L'objectif de notre étude descriptive transversale était d'analyser la composition chimique des produits cosmétiques destinés aux bébés.

Résultats :

L'analyse critique des informations sur les emballages des produits cosmétiques destinés aux bébés a montré que 10/17 de marques étudiées contiennent plus de 3 molécules toxiques. Le méthylisotiazolinone, le parfum, l'alcool et le polyéthylène glycol (PEG) étaient les plus présents dans 17,64 %, 100 %, 47,05 % et 70,5 % respectivement.

Conclusion :

Les produits cosmétiques destinés aux bébés doivent être utilisés à bon escient et avec plus d'attention en privilégiant des formules simples et contenant peu d'ingrédients chimiques.

Mots clés :

Produits cosmétiques, bébés, ingrédients toxiques.

P29

AJI : attention aux diagnostics différentiels

N. SILABDI¹, K. GOURMAT¹, N. SLATNIA¹, N. LEMHEL¹, Z. HAMATOU², N. ACHOURI³, D. HADEF¹

¹ Service de pédiatrie CHU de Batna ; ² Service de médecine nucléaire CLCC Batna ; ³ Radiologie, centre de diagnostic Achifa Ghassiri

Objectifs :

L'AJI dans sa forme systémique ou maladie de Still de l'enfant partage avec les pathologies néoplasiques plusieurs similitudes cliniques et biologiques, qui posent des problèmes de retard diagnostique et de prise en charge. En

effet, si la maladie de Still reste un diagnostic d'élimination en rhumatologie, les polyarthralgies fébriles rebelles qui la caractérisent sont souvent rencontrées au cours des néoplasies.

Nous rapportons l'observation d'un enfant de 5 ans et dont un neuroblastome a été révélé par des douleurs articulaires et boiterie considérées longtemps comme une arthrite juvénile idiopathique.

Observation :

- C'est un enfant de sexe masculin âgé de 05 ans, sans ATCDs pathologiques, il s'était suivi à Biskra depuis janvier 2025 pour des arthralgies diffuses fébriles avec une boiterie gauche dont l'examen neurologique au départ sans anomalie, examen somatique montre une boiterie et douleur articulaire surtout hanche et genou sans arthrite et fatigabilité surtout à la marche avec une pâleur cutanéomuqueuse, fièvre prolongée.
- Le bilan biologique : bilan inflammatoire positif CRP > 200, VS accélérée, LDH élevé 4N, anémie microcytaire normochrome aréogénérative (inflammatoire), ferritine élevée, médullogramme normal, bilan de l'auto-immunité négatif (forme séronégative) et radiologiquement pas d'anomalie à noter, malade traité comme AJI mis sous indométacine per os sans réponse.
- 02 mois après l'enfant installe un tableau d'anémie sévère, une altération de l'état général, douleurs osseuses diffuses.
- Apparition d'une voussure crânienne droite et une exophtalmie unilatérale suspecte avec paralysie faciale.
- Syndrome inflammatoire biologique très important, hyperferritinémie, hyperfibrinogénémie, et taux LDH très élevé > 7N.
- Motif pour lequel l'imagerie cérébrale et thoraco-abdomino-pelvienne a été demandée (IRM) et qui révèle la présence d'une masse métastatique de la voûte crânienne et une masse orbitaire compressive et au niveau abdominal une masse globalement encapsulée occupant l'hypochondre gauche, entourée de volumineuses ADP intra et rétropéritonéales dépassant la ligne médiane à caractère compressif sans envahissement intramédullaire compatible avec un neuroblastome.
- Les structures surrenaliennes totalement noyées au sein de cette masse et magma ganglionnaire massif.
- Staging : L1.M, selon International Neuroblastoma Risk Group : L1 : pour tumeur localisée sans atteinte vasculaire majeure, M : pour profil métastatique diffus.
- La scintigraphie à la MIBG couplée au SPECT/CT : masse abdominale d'origine neuroectodermique avec multiples localisations secondaires ganglionnaires et osseuses avec une infiltration médullaire.
- Le bilan d'extension retrouve plusieurs localisations métastatiques étagées : osseuses lytiques et condensantes des ailes iliaques costales et de la voûte crânienne et localisation orbitaire.
- Une extension hématologique avec présence de cellules malignes extrahématopoïétiques au médullogramme.
- Le diagnostic d'un neuroblastome est établi au stade de métastase (stade 04) de mauvais pronostic.

Conclusion :

Le neuroblastome est une tumeur très polymorphe avec des tableaux cliniques trompeurs, il s'agit d'une tumeur maligne dérivée des cellules à l'origine du système nerveux sympathique. La localisation rétropéritonéale est la plus souvent retrouvée. Une exophtalmie unilatérale rapidement évolutive en dehors d'un contexte traumatique chez l'enfant doit orienter vers un neuroblastome métastatique, la scintigraphie à la MIBG est un examen non invasif qui présente une excellente sensibilité et spécificité dans le diagnostic de cette tumeur, ainsi le SPECT/CT améliore la performance de la scintigraphie conventionnelle, donc le polymorphisme clinique de la tumeur et l'importance de la précocité du diagnostic sont à prendre en considération.

P30

Le devenir du membre supérieur brûlé chez l'enfant : facteurs pronostiques, enjeux d'une prise en charge multidisciplinaire et impératifs de prévention

R. BENHASSAINE, N. CHAUCHE, L. ZINAI

Service de chirurgie plastique et brûlés, Oran, Algérie

Introduction :

Les séquelles de brûlures du membre supérieur chez l'enfant constituent un défi thérapeutique majeur car elles impactent directement la croissance et l'autonomie. L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs influençant l'évolution cicatricielle et d'évaluer les stratégies médico-chirurgicales visant à réduire le fardeau de santé lié à ces pathologies au sein d'une série pédiatrique.

Matériel et méthode :

Nous avons mené une étude clinique rétrospective sur 273 patients correspondant à l'analyse de 326 membres supérieurs. Les sujets ont été classés en trois catégories fonctionnelles allant de la fonction normale nommée A à l'incapacité majeure nécessitant une assistance tierce nommée C. La prise en charge a associé des mesures médicales comme la massothérapie aux corticoïdes, la pressothérapie et les orthèses de positionnement en extension ou abduction, ainsi qu'une réparation chirurgicale par autoplasties ou incisions-greffes.

Résultats :

L'atteinte articulaire est prédominante dans 63,7 % des cas, marquée par des brides et des rétractions chez plus de 65 % des patients. Un déficit fonctionnel significatif touche l'abduction de l'épaule ainsi que la flexion et l'extension du coude et du poignet. Les séquelles mineures altèrent lourdement la qualité de vie, notamment le prurit invalidant chez 123 patients et les dyschromies chez 62 % de l'effectif. Sur le plan chirurgical, le taux de prise de greffe s'élève à 97 %. À distance, la récupération fonctionnelle a été totale pour l'ensemble des patients de la catégorie B et pour 75 % de ceux de la catégorie C après une rééducation intensive.

Discussion :

Le succès thérapeutique repose sur la coordination entre l'acte chirurgical et les soins de rééducation. Cependant, notre étude révèle une fragilité de la compliance puisque le suivi chute de 86 % à 69 % après 18 mois, principalement en raison de contraintes socio-économiques et de l'éloignement des centres spécialisés. Le pédiatre joue un rôle pivot dans la prévention secondaire en insistant sur le port de vêtements compressifs, utilisé par 79 % de nos patients grâce au soutien associatif, et sur le maintien des postures de capacité cutanée maximale indispensables durant la croissance.

Conclusion :

La prise en charge des séquelles de brûlures dépasse la simple technicité chirurgicale pour devenir un véritable accompagnement de l'enfant jusqu'à l'âge adulte. La pérennité des résultats dépend d'une éducation thérapeutique précoce des parents et d'un meilleur soutien médico-social. Au-delà des soins, la prévention primaire par la sensibilisation aux accidents domestiques et aux règles de sécurité reste l'arme de choix pour réduire la prévalence de ces handicaps fonctionnels et assurer une réinsertion scolaire et sociale réussie.

Mots-clés :

Brûlure pédiatrique, membre supérieur, séquelles fonctionnelles, rééducation, prévention primaire, chirurgie plastique.

P31

Profil épidémiologique et défis thérapeutiques des brûlures thoraciques pédiatriques : analyse d'une série clinique de 96 cas

R. BENHASSAINE, N. CHAUCHE, L. ZINAI

Service de chirurgie plastique et brûlés, Oran, Algérie

Introduction :

La région thoracique présente une vulnérabilité particulière chez l'enfant, non seulement par le risque vital immédiat mais aussi par l'impact esthétique et psychologique à long terme. Cette étude analyse les caractéristiques des brûlures graves du thorax afin d'optimiser la prise en charge en milieu pédiatrique.

Matériel et méthode :

Nous avons mené une étude prospective sur 18 mois au sein de l'unité pédiatrique du CHU d'Oran. L'analyse a porté sur 407 enfants hospitalisés, parmi lesquels 96 présentaient une atteinte thoracique isolée ou associée. Les paramètres étudiés incluaient l'agent causal, la surface corporelle brûlée (SCB) et les modalités chirurgicales.

Résultats :

Les brûlures thoraciques représentent 23,5 % des hospitalisations de notre unité, avec une prédominance masculine (58 %) et un âge moyen de 3 ans. Les liquides chauds constituent la première étiologie (66 cas). La SCB moyenne est de 13,71 % avec des extrêmes atteignant 98 %. Un retard de prise en charge hospitalière (> 6 h) a été constaté dans 80 % des cas. Sur le plan chirurgical, 37 % des patients ont nécessité une greffe cutanée et des incisions de décharge ont été pratiquées chez 2 patients pour lever un carcan thoracique. La mortalité globale s'élève à 11,57 %, principalement liée aux accidents par gaz butane.

Discussion et conclusion :

La gravité des brûlures thoraciques réside dans le risque d'évolution vers des placards hypertrophiques ou des rétractions massives. Le pédiatre doit être vigilant face aux complications respiratoires précoces dues à la restriction de l'ampliation thoracique. Une prise en charge précoce, incluant l'excision-greffe et le respect des germes mammaires chez la jeune fille, est indispensable pour limiter les séquelles fonctionnelles et favoriser une réinsertion sociale harmonieuse.

Mots-clés :

Brûlure thoracique, pédiatrie, épidémiologie, incision de décharge, germe mammaire, pronostic fonctionnel.

P32

Syndrome d'hyper-IgD mimant une maladie cœliaque : un piège diagnostique

EL. BELBACHIR ; R. HAMINI ; M. DALI YOUCEF ; A. BENDEDOUCHE

Service de Pédiatrie, Chu Tlemcen, Algérie

Introduction :

Le diagnostic différentiel de l'entéropathie au gluten doit inclure certaines pathologies auto-inflammatoires rares, telles que le déficit en mévalonate kinase. Plus spécifiquement, le syndrome d'hyper-IgD — une fièvre périodique héréditaire — associe des épisodes de fièvre récurrente à des symptômes ORL et digestifs pouvant prêter à confusion avec une intolérance au gluten.

Observation :

Enfant suivi dès l'âge de 5 ans pour diarrhée chronique et douleurs abdominales, mis sous régime sans gluten pendant 3 ans sans amélioration. L'évolution était marquée par des épisodes récurrents de fièvre, douleurs abdominales périodiques, diarrhée et aphtose buccale, sans syndrome de malabsorption.

Les explorations montraient une atrophie villositaire modérée (stade 2) avec typage HLA DQ2/DQ8 négatif.

À l'âge de 10 ans, devant la persistance des symptômes, un bilan immunologique révélait une hyper-IgD à 300 UI/mL, orientant vers un syndrome d'hyper-IgD.

Discussion :

L'absence de réponse au régime sans gluten, la négativité du HLA et la présence de fièvre périodique constituaient des éléments clés contre une maladie cœliaque. Les manifestations digestives et les lésions histologiques non spécifiques peuvent prêter à confusion.

Conclusion :

Devant une suspicion de maladie cœliaque atypique ou réfractaire, il est essentiel d'évoquer une maladie auto-inflammatoire afin d'éviter un retard diagnostique et une prise en charge inadaptée.

P33

De la toux banale au neurofibrome médiastinal rare : découverte plexiforme postérieure chez l'enfant

K. MELIS, N. HAMOUDI, R. CHAOUCHE, R. BELHOUCHE, A. KADDOURI, S. DERBAL

Service de pédiatrie HMRU Oran

Introduction :

Les tumeurs neurogènes constituent 40-50 % des masses médiastinales postérieures pédiatriques, dominées par neuroblastomes/ganglioneuromes. Le neurofibrome sporadique (sans NF1) est exceptionnel (< 5 %), posant un défi diagnostique face à schwannomes/néurinomes malins.

Méthodes :

Observation prospective d'une fillette de 8 ans hospitalisée pour toux sèche chronique. Évaluation : examen clinique, biologie/marqueurs tumoraux (LDH, β -HCG, AFP), RX thoracique, TDM/IRM thoracique + médullaire, scintigraphie MIBG, exérèse chirurgicale thoracoscopique, analyse histo-immunologique (S-100, AML, desmine, CD34).

Résultats :

État général satisfaisant, sibilants fins droits. Biologie normale. RX : opacité homogène rétrocardiaque droite limitée. TDM : masse solido-kystique hétérogène 30 × 65 × 58 mm en gouttière costo-vertébrale droite (T3-T7), refoulant bronche souche/poumon droits, infiltrant arcs costaux T5-T6, sans envahissement vasculaire/médullaire. MIBG négative. Exérèse complète sans complication. Histologie : prolifération fusocellulaire modérée sur stroma

fibreux/myxoïde ; immunohistochimie : S-100 diffusement +, AML-/desmine-/CD34-, Ki-67 < 2 % ; diagnostic : neurofibrome bénin plexiforme. Suivi à 6 mois : asymptomatique.

Discussion :

Rare cas sporadique ; démarche graduée (RX/TDM/IRM/MIBG/histologie) essentielle pour exclure malignité. Chirurgie curative privilégiée ; surveillance clinique/imagerie recommandée.

Mots-clés :

Neurofibrome ; tumeur neurogène ; médiastin postérieur ; MIBG.

P34

Éducation thérapeutique ETP en pratique filmée : une pédagogie immersive pour former les résidents en pédiatrie

D. SENOUCI, W. MAZARI, K. BOURICHE, A.S. BENDEDDOUCHE

Université Abou Bekr Belkaïd – Faculté de Médecine de Tlemcen | Service de Pédiatrie, CHU Tlemcen

Introduction :

Le diabète de type 1 (DT1) constitue un enjeu de santé publique majeur, dont la prise en charge repose sur une éducation thérapeutique (ETP) efficace, impliquant à la fois l'enfant et sa famille. Pour garantir la qualité de cette ETP, les résidents en pédiatrie doivent acquérir des compétences aussi bien techniques que relationnelles. Afin de soutenir le développement de ces aptitudes, ce projet propose une approche pédagogique innovante fondée sur l'enregistrement vidéo de séances ETP, enrichie de débriefings collectifs.

Matériels et méthode :

Étude qualitative observationnelle menée au service de pédiatrie du CHU Tlemcen (août-septembre 2024). Six résidents de 3^e année ont conduit des séances ETP individuelles centrées sur l'adaptation des doses d'insuline, enregistrées par smartphone, puis analysées lors d'un débriefing avec leur tuteur.

Résultats :

L'évaluation par échelle de Likert à 5 niveaux (36 réponses de résidents, 6 du tuteur) révèle un consensus sur l'explication des cibles glycémiques, avec des marges de progression pour l'adaptation insulinaire. Un accord global est noté sur l'usage des questions ouvertes et la reformulation ; des divergences persistent concernant l'écoute active, l'empathie et la gestion du temps.

Conclusion :

L'intégration de la vidéo dans la formation ETP constitue un levier pédagogique pertinent, favorisant l'acquisition de compétences techniques et relationnelles essentielles. Cette méthode ouvre des perspectives prometteuses, notamment par l'implication d'experts dans les débriefings et le renforcement de la formation continue.

P35

Aplasia congénitale du scalp : à propos d'un cas clinique

D. BENKERROUM, A. KADDOURI, M. GHARNOUTI, N. HAMMOUDI, O. HAMRELAIN

Service de pédiatrie HMRUO

Introduction :

L'aplasie cutanée congénitale du scalp est une perte de substance acquise in utero, unique dans 75 % des cas, touchant principalement le cuir chevelu en regard de la fontanelle lambdatique. Le risque est essentiellement infectieux, hémorragique et thrombotique dans le cas d'une atteinte du vertex associant une aplasia osseuse sous-jacente avec exposition des méninges ou du sinus longitudinal supérieur. La prise en charge initiale de l'ACC va donc faire intervenir des techniques de chirurgie plastique des plus simples aux plus complexes.

Patients et méthodes :

Il s'agissait d'un nourrisson de sexe masculin, âgé de 35 jours, issu d'un mariage consanguin, troisième d'une fratrie de 3 enfants vivants. Il présentait une aplasia congénitale du cuir chevelu réalisant un placard ulcéré grossièrement arrondi de 5 cm de diamètre siégeant au niveau de la ligne médiane recouverte d'une lésion d'aspect nécrotique translucide ; une agénésie de la phalange proximale de l'orteil. Le bilan malformatif est revenu normal, IRM a objectivé une discontinuité osseuse et cutanée avec épaissement irrégulier superficiel. Le bilan biologique a objectivé une hyperleucocytose à PNN avec une CRP positive. Le malade a été mis sous antibiotique pendant 10 jours, il a bénéficié d'une nécrotomie évoluant par la suite vers une alopecie.

Conclusion :

L'aplasie cutanée congénitale du scalp est une perte de substance acquise in utero, unique dans 75 % des cas, touchant principalement le cuir chevelu en regard de la fontanelle lambdatique ; quand les lésions sont multiples, elles sont généralement symétriques et rarement plus nombreuses que trois. La morbidité et la mortalité de cette malformation vont dépendre de la région atteinte ainsi que de la taille de la perte de substance. Le risque est essentiellement infectieux, hémorragique et thrombotique dans le cas d'une atteinte du vertex associant une aplasie osseuse sous-jacente avec exposition des méninges ou du sinus longitudinal supérieur. La prise en charge initiale de l'ACC va donc faire intervenir des techniques de chirurgie plastique des plus simples aux plus complexes, allant de la mise en place d'une cicatrisation dirigée à la réalisation de lambeaux de couverture.

Mots-clés :

Aplasia, congénitale, scalp, chirurgie.

P36

Étude épidémiologique et clinique des malformations congénitales du système nerveux central au niveau de l'HMRUO

D. BENKERROUM, A. KADDOURI, M. GHARNOUTI, N. HAMMOUDI

Service de pédiatrie - Hôpital militaire régional universitaire d'Oran

Introduction :

Les anomalies du système nerveux central constituent un vrai problème de santé publique vu des handicaps et de la mortalité. Le taux de mortalité est augmenté de 60 % comparativement aux autres. La prévention est possible par la supplémentation en acide folique durant la période péri-conceptionnelle et le dépistage anténatal par la surveillance échographique et le dosage des AFP. Le but de cette étude est de mener une analyse descriptive des anomalies malformatives congénitales dépistées et suivies au niveau de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran. Cette étude a permis d'identifier la fréquence hospitalière des malformations congénitales du système nerveux central au niveau du service de pédiatrie de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran.

Patients et méthodes :

Nous avons procédé à recueillir toutes les informations concernant les malformations congénitales du système nerveux central au niveau du service de pédiatrie de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran durant la période allant de 2019 à décembre 2024. Les données sont recueillies sur une fiche d'exploitation confectionnée puis les anomalies sont enregistrées et codées selon la classification internationale des maladies CIM 10. L'analyse statistique a été effectuée par le logiciel SPSS version 24.

Résultats :

Nous avons identifié 268 enfants atteints de malformations congénitales dont 175 nouveau-nés sur un total de 12 863 naissances vivantes ; prévalence néonatale de 2,08 %. Les anomalies cardiaques étaient le groupe de malformation congénitale le plus fréquent avec 40,3 % de fréquence. Les anomalies du système nerveux central viennent au deuxième rang et représentent 34,3 %, suivies par les malformations ostéo-articulaires et musculaires (17,5 %) et les malformations urinaires (12,7 %). Les malformations congénitales du système nerveux sont représentées par 92 cas. Le spina bifida a été retrouvé dans 29,3 % des cas, suivi du syndrome d'Arnold-Chiari dans 25,0 % des cas et l'hydrocéphalie de toutes origines dans 21,8 % des cas. Nous avons eu un taux de décès des nouveau-nés de 13,1 %. Mais le taux de mortalité par malformation du SNC a été plus élevé, 17,4 %.

Conclusion :

Les malformations congénitales constituent un problème de santé très important, cette étude représente une base de données sur le profil épidémiologique des malformations congénitales. Notre étude était monocentrique et limitée et peut être le point de départ de plusieurs études multicentriques pour déterminer la prévalence des malformations congénitales du SNC à un niveau national.

Mots clés :

Malformation congénitale ; prévalence ; prévention ; mortalité néonatale.

P37

De la paralysie flasque au diagnostic d'une leucémie myéloïde aiguë : à propos d'un cas

C. BELHACENE, A. BOUMEDDANE, M. MOKBIL, O. KEBIR, A. SALAY, A. BOKORT

EHS Centre anticancer Emir Abdelkader, Oran

Introduction :

La leucémie myéloïde aiguë (LAM) pédiatrique est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération clonale des blastes myéloïdes. Malgré que ses manifestations classiques soient liées à l'insuffisance médullaire, reste l'atteinte neurologique centrale une présentation clinique rare et grave, touchant environ 3 % des cas au moment du diagnostic. Elle constitue une véritable urgence neuro-oncologique.

Objectif :

Illustrer à travers ce cas clinique les défis diagnostiques posés par cette présentation atypique, nous soulignons l'importance de l'imagerie par résonance magnétique précoce et d'une prise en charge multidisciplinaire afin de prévenir les séquelles neurologiques.

Observation :

DABOLO ABDERAZEK âgé de 12 mois sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers, né d'un couple jeune non consanguin sans antécédents particuliers. Les parents du nourrisson consultaient pour l'exploration des pleurs incessants et une hypotonie des membres inférieurs dont l'examen clinique a révélé une fièvre à 38,7 °C, un syndrome tumoral fait d'une hépatomégalie et des adénopathies inguinales, un Glasgow 13/15 et une paraplégie flasque avec une abolition des réflexes ostéotendineux. Son bilan biologique était en faveur d'une hyperleucocytose à 200 000, anémie normocytaire normochrome à 7 g/dl et une thrombopénie à 50 000. Son myélogramme a objectivé un envahissement médullaire de 62 %. Une IRM cérébro-médullaire a montré une hydrocéphalie tétra ventriculaire chronique valvée en urgence par l'équipe de neurochirurgie et une infiltration intracanaulaire intradurale diffuse étendue de la région dorsale supérieure au canal sacré engainant la moelle avec infiltration intramédullaire multi étagée plus marquée à la hauteur de D5 et du cône terminal (leucose leptoméningée et médullaire).

Conclusion :

L'atteinte du système nerveux central au moment de la découverte d'une leucémie myéloïde chez l'enfant est une entité rare mais de pronostic réservé. Elle impose une vigilance clinique extrême car les signes neurologiques peuvent être frustrés ou au contraire révéler une urgence compressive majeure, d'où l'intérêt d'une imagerie par résonance magnétique et une ponction lombaire immédiate afin de justifier l'infiltration leucémique.

P38

Neurofibromatose de type 1 : une maladie aux multiples visages chez l'enfant

W. MAZARI^{1,2}, **H. BEZZAOUYA**^{1,2}, **L. BELBACHIR**^{1,2}, **A.S. BENDEDOUCHE**^{1,2}

¹ Université Abou Bekr Belkaid - Faculté de médecine de Tlemcen Dr Benzerdjeb Benaouda ; ² Service de pédiatrie B – CHU Tlemcen, Algérie

Introduction :

La neurofibromatose de type 1 (NF1) est une affection génétique autosomique dominante fréquente, caractérisée par une expressivité clinique variable. Elle associe des manifestations cutanées, neurologiques, ophtalmologiques et osseuses, avec un risque de complications tumorales. Le diagnostic repose sur des critères cliniques bien établis.

Matériels et méthodes :

Décrire le profil épidémiologique, clinique, radiologique, thérapeutique et évolutif de patients atteints de NF1 suivis au service de pédiatrie CHU Tlemcen.

Résultats :

Notre série comprend 5 patients avec un âge moyen de 12 ans et demi, répartis en 2 garçons et 3 filles. Un antécédent familial de NF1 a été retrouvé chez un seul patient, tandis qu'une consanguinité a été notée dans 2 cas. Sur le plan clinique, tous les patients présentaient plus de 6 taches café-au-lait de taille supérieure à 5 mm, constituant le signe révélateur principal. Des lentigines axillaires et/ou inguinales ont été observées chez 4 patients. Un seul cas de neurofibromes segmentaires a été identifié. Les nodules de Lisch étaient présents chez 2 des 3 patients examinés. L'atteinte neurologique était limitée, avec un seul cas de convulsions. L'imagerie par résonance magnétique cérébrale a objectivé des objets brillants non identifiés (OBNI) chez 2 patients, ainsi que des gliomes du nerf optique dans 2 cas. Une atteinte osseuse à type de scoliose a été retrouvée chez un patient. Concernant les complications, un retard staturo-pondéral a été observé chez 3 patients. Sur le plan thérapeutique, un patient a été mis sous valproate de sodium (Dépakine) pour contrôle des crises convulsives. Une patiente a nécessité une prise en charge neurochirurgicale pour hydrocéphalie associée à une masse cérébrale et une chirurgie de son

neurofibrome segmentaire. L'évolution était hétérogène, marquée par la stabilité clinique chez certains patients et la survenue de complications chez d'autres, justifiant un suivi prolongé et multidisciplinaire.

Conclusion :

La NF1 se caractérise par une grande variabilité clinique, comme illustré dans notre série. Les manifestations cutanées restent constantes et essentielles au diagnostic, tandis que les complications neurologiques et tumorales conditionnent le pronostic. Une surveillance régulière, multidisciplinaire et à long terme est indispensable afin d'optimiser la prise en charge et améliorer la qualité de vie des patients.

P39

Vaccins anti-poliomyélitiques : immunogénicité et impacts sur la santé publique

S. BENZAZOUA¹, M. MOKEDDEM¹, L. HENAOU I¹, K. MEGUENNI¹

¹ Service d'épidémiologie, CHU Tlemcen

Introduction :

L'éradication de la poliomyélite repose historiquement sur le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) et le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI). Bien que redoutablement efficace, l'utilisation prolongée du VPO (virus vivant atténué) dans des zones où la couverture vaccinale est faible a conduit à l'émergence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc), en particulier de type 2. Pour contrer ce risque tout en maintenant une immunité intestinale forte, un nouveau vaccin oral de type 2 (nOPV2), génétiquement modifié pour être plus stable, a été déployé. En parallèle, des stratégies d'optimisation des vaccins inactivés (VPI) ont vu le jour. L'évaluation de l'immunogénicité de ces nouvelles stratégies et de leur impact épidémiologique est aujourd'hui essentielle pour finaliser l'éradication de la maladie.

Matériel et méthodes :

Une recherche narrative de la littérature a été réalisée à partir de la base de données médicale PubMed, portant sur les essais cliniques, revues systématiques et études épidémiologiques publiés entre 2017 et 2026. Sept articles ont été retenus afin d'évaluer la réponse immunitaire (taux de séroconversion), l'innocuité et les impacts directs sur la santé publique globale des différentes formulations vaccinales (VPI standards, VPI adjuvés, nOPV2).

Résultats et discussion :

Optimisation et immunogénicité des vaccins inactivés (VPI) : la revue systématique de 2025 et l'essai clinique de 2021 démontrent que des schémas vaccinaux à base de VPI amorcés dès l'âge de 6 semaines génèrent d'excellents taux de séroconversion systémique. De plus, l'étude de 2017 montre que l'utilisation de VPI contenant des doses réduites d'antigènes, mais combinées à un adjuvant (hydroxyde d'aluminium), confère une immunogénicité non inférieure au VPI standard, offrant une solution viable face aux pénuries mondiales de vaccins.

Conclusion :

La vaccination anti-poliomyélitique s'est considérablement sécurisée. Alors que les stratégies basées sur le VPI assurent une immunité individuelle robuste et durable, les vaccins de nouvelle génération comme le nOPV2 permettent une réponse rapide et sécurisée contre les épidémies. L'utilisation combinée d'une vaccination de routine optimisée par VPI et de campagnes de riposte ciblées au nOPV2 constitue aujourd'hui la stratégie privilégiée pour protéger les populations vulnérables et franchir la dernière étape vers l'éradication mondiale de la poliomyélite.

P40

Étude des erreurs d'administration des préparations injectables en néonatalogie EHS mère-enfant Tlemcen

G. CHIALI, A. CHERIF, S. GUENDOZ, S. BENMANSOUR, M.C. SMAHI

Introduction :

Les particularités de la population pédiatrique associées à l'absence de médicaments destinés à cette tranche d'âge imposent une adaptation posologique individuelle, augmentant le risque d'erreurs médicamenteuses. Le respect des bonnes pratiques de préparation est essentiel afin d'assurer la sécurité et l'efficacité du traitement. Objectif : valider l'administration des préparations injectables selon les BPP pour sécuriser les différents soins.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et interventionnelle, menée sur une période de 36 jours, allant du 26/09/2021 au 31/10/2021, au service de néonatalogie EHS mère-enfant Tlemcen. Les données recueillies ont été analysées à l'aide d'un tableur Excel.

Résultats :

132 patients ont été admis au service de néonatalogie entre le 26 septembre et le 31 octobre 2021, dont 36 ont été retenus dans notre échantillon. Un total de 426 erreurs a été recensé, constituées majoritairement d'erreurs d'administration (n = 251), suivies d'autres erreurs (n = 177). Ces erreurs d'administration étaient dominées par celles de vitesse d'administration (n = 213), puis de débit (n = 23), tandis que les autres types d'erreurs restaient rares (double dose, médicaments non reçus, erreurs latentes).

Discussion :

Notre étude a montré que les erreurs d'administration, avec un pourcentage de 58,92 %, représentent une part importante des incidents médicamenteux, avec une prédominance des erreurs de vitesse d'administration. À l'inverse, la non-administration des médicaments et l'administration d'une double dose restent rares. Toutefois, ces erreurs peuvent entraîner des conséquences cliniques graves chez le nouveau-né en raison de sa vulnérabilité physiologique. Comparée à l'étude de K. Liani et N. Madani (2020, EHS mère-enfant de Tlemcen), ayant recensé 261 erreurs dont 57,58 % d'erreurs d'administration dominées par la vitesse d'administration, nos résultats apparaissent similaires. Cette concordance pourrait s'expliquer par la faible acceptabilité des interventions pharmaceutiques et le besoin de formation continue du personnel infirmier.

Conclusion :

La validation des préparations pédiatriques nécessite l'entrée en vigueur des BPP, une collaboration entre professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers) avec l'obligation de former continuellement les différents acteurs pour assurer une prise en charge sécurisée.

Mots clés :

Erreurs médicamenteuses, préparations injectables, administration, néonatalogie, EHS mère et enfant Tlemcen.

P41

La leishmaniose cutanée chez les enfants de 0-15 ans, wilaya de Biskra, 2019

S. GHESKILI, M. CHAALAL, A. MESSAFEUR

Faculté de médecine Béchar ; Université Tahri Mohamed Béchar

Introduction :

La leishmaniose cutanée constitue un problème majeur de santé publique en Algérie, notamment dans les zones sahariennes. La wilaya de Biskra présente des caractéristiques géographiques, climatiques et socio-économiques favorisant l'augmentation des cas de la leishmaniose cutanée, surtout chez les enfants.

Objectif :

Dresser le profil épidémiologique de la leishmaniose cutanée chez les enfants dans la wilaya de Biskra en 2019.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 1177 cas pédiatriques de leishmaniose cutanée au niveau des structures sanitaires (EPSP, EPH et laboratoire d'hygiène). Les variables analysées comprenaient la provenance géographique, la répartition mensuelle, l'âge, le sexe et la localisation des lésions.

Résultats :

La majorité des cas provenait de Z. El Oued (25,1 %) et Sidi Okba (21,4 %), suivis de Biskra (10,7 %) et Tolga (9,3 %). Une saisonnalité marquée a été observée avec un pic en décembre (24,2 %) et janvier (19,1 %). Les enfants âgés de 5 à 9 ans (34,9 %) et de 2 à 4 ans (31,4 %) étaient les plus touchés. Une légère prédominance masculine a été notée (54,7 %, sex-ratio \approx 1,2). Les lésions siégeaient principalement au niveau des membres inférieurs (20,4 %), de la face (19,5 %) et des membres supérieurs (14,2 %), avec 11,6 % de formes multifocales.

Conclusion :

La leishmaniose cutanée chez l'enfant à Biskra se caractérise par une distribution géographique hétérogène, une forte saisonnalité automno-hivernale et une prédominance chez les enfants jeunes. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les mesures de lutte antivectorielle et de prévention ciblée dans les zones les plus touchées.

Sclérose en plaques pédiatrique révélée par une névrite optique aiguë chez un adolescent

M. HABICHE, S. BERAHMOUNE, S.A. BENAOUA, R. AMIR, F.Z. ELASRI, N. BENAOUA, M. NACEUR, M.M. BEKKAR, S. NIAR

Service de pédiatrie CHU Oran

Introduction :

La sclérose en plaques (SEP) pédiatrique est une pathologie inflammatoire démyélinisante rare du système nerveux central, représentant moins de 5 % des cas de SEP. Son diagnostic repose sur des critères clinico-radiologiques spécifiques, avec un enjeu majeur de diagnostic différentiel, notamment avec les troubles du spectre de neuromyéélite optique (NMOSD) et les pathologies ciblant la glycoprotéine oligodendrocytaire de la myéline (MOGAD).

Observation :

Nous rapportons le cas d'un adolescent de 14 ans, sans antécédents pathologiques notables, admis pour une baisse brutale de l'acuité visuelle de l'œil gauche évoluant depuis 20 jours. L'interrogatoire retrouve un épisode antérieur de monoparésie du membre inférieur droit spontanément résolutif ainsi qu'un phénomène d'Uhthoff. L'examen clinique à l'admission est globalement normal en dehors d'un déficit visuel. L'imagerie par résonance magnétique orbito-cérébro-médullaire met en évidence une névrite optique gauche associée à de multiples lésions démyélinisantes sus et sous-tentorielles avec atteinte médullaire. Le bilan étiologique infectieux est négatif. L'étude du liquide céphalorachidien montre la présence de bandes oligoclonales isolées (profil type 2), avec absence d'anticorps anti-Aquaporines 4 (AQP4) et anti-MOG.

Discussion :

Le diagnostic de SEP pédiatrique est retenu selon les critères de McDonald 2024, avec dissémination spatiale et temporelle. La négativité des anticorps anti-AQP4 et anti-MOG permet d'écartier respectivement une NMOSD et une MOGAD. La présentation initiale par névrite optique est fréquente dans les formes pédiatriques.

Conclusion :

La SEP pédiatrique doit être évoquée devant toute névrite optique associée à des lésions démyélinisantes multifocales. L'analyse immunologique du LCR et l'IRM sont essentielles au diagnostic. L'instauration précoce d'un traitement de fond, ici par diméthylfumarate, est cruciale pour limiter la fréquence des poussées et freiner l'évolution du handicap de la maladie.

Sclérose tubéreuse de BOURNOUVILLE : à propos de 2 cas

H. SAIDANI, S. BERAHMOUNE, S.A. BENAOUA, R. AMIR, F.Z. ELASRI, N. BENAOUA, M. NACEUR, M.M. BEKKAR, S. NIAR

Service de pédiatrie Marfan CHU ORAN

Introduction :

La sclérose tubéreuse de Bourmonville (STB) est une phacomatose rare d'origine génétique à transmission autosomique dominante caractérisée par le développement des hamartomes dans différents organes (cœur, peau, poumon, cerveau et reins).

Objectif du travail :

Faire reconnaître cette pathologie auprès des cliniciens pour une prise en charge précoce afin d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des enfants.

Observation :

Il s'agit de deux patients, un garçon âgé de 11 ans et une fille âgée de 12 ans, tous les deux de parents non consanguins, sans antécédents particuliers, qui ont présenté des crises convulsives récurrentes.

Le garçon présente un retard psychomoteur, des taches hypomélaniques en feuille de frêne sur le tronc, les membres et l'abdomen, ainsi que des angiofibromes faciaux en plaque. Son IRM cérébrale retrouve des hamartomes corticaux avec des nodules sous-épendymaires.

Par contre, la fille ne présente aucune manifestation cutanée ni retard psychomoteur, mais des crises épileptiques à répétition réfractaires aux antiépileptiques, et son IRM cérébrale retrouve des lésions au niveau du noyau lenticulaire cérébral gauche.

Discussion :

La STB présente une grande variété phénotypique : des manifestations neurologiques, une atteinte cutanée, surtout les taches hypomélaniques. La prise en charge est multidisciplinaire comportant un traitement symptomatique des crises épileptiques par la vigabatrine, qui est efficace dans 80 %, et des inhibiteurs de la voie mTOR (mechanistic target of rapamycin) : évérolimus et sirolimus.

Conclusion :

La STB doit être évoquée précocement devant l'association des lésions cutanées et des troubles neurologiques. La prise en charge est pluridisciplinaire et symptomatique (antiépileptiques, surveillance des tumeurs) permettant d'améliorer le pronostic et la qualité de vie.

SPONSORS



sanofi

Biocare
Biotech

Orion LAB MERCK



Similac[®]
Gold



Nutribén[®]



vitalcare



BIOMIL
FASSKA

n NOVUSPHARM



hikma.



Lilly



Neomedic
yes we can
DIAGNO-CHECK[®]
Smart



WWW.RPT.APSET-DZ.COM



@apsetlemcen