



Service d'Hépatogastro-Entérologie & Nutrition Pédiatrique
EHS Canastel, ORAN



1^{er}
Séminaire
d'Hépatogastro-Entérologie
et Endocrinologie
Pédiatrique de l'Ouest



04 & 05
NOVEMBRE
2022

Le Service d'Hépatogastro-Entérologie & Nutrition Pédiatrique
de l'EHS Canastel, ORAN, **Organise**

1^{er}
04 & 05
NOVEMBRE
2022 Séminaire d'Hépatogastro-Entérologie et Endocrinologie Pédiatrique de l'Ouest

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Vendredi 04 Novembre 2022

Présidente du séminaire : **M.Besshraoui**

13:00-14:00	Accueil / Inscription
14:00-14:10	Allocation de bienvenue - M.Besshraoui
14:15-15:00	Conférences en Hépatologie pédiatrique
	<i>Modérateurs : M.Benbouabdellah, L.Cheriet</i>
14:15-14:35	Prise en charge de l'hypertension portale chez l'enfant - R.Belbouab - CHU Mustapha
14:35-14:55	Hépatite auto immune - Z.Zeroual - Nafissa-Hamoud
14:55-15:10	Discussion
15:10-16:00	Conférences en Gastro-entérologie pédiatrique
	<i>Modérateurs : M.Naceur , Z.Zeroual</i>
15:10-15:30	Infection à Helicobacter pylori. Quoi de neuf? - K.Benallal-CHU SBA
15:30-15:50	Actualités thérapeutiques dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin chez l'enfant - F.Benhassine - Bologhine
15:50-16:00	Discussion
16:00-16:30	Pause Café et visite des posters de P1 à P15
16:30-17:20	Conférences en Gastro-entérologie pédiatrique
	<i>Modérateurs : A.Bensnouci, K.Benallal</i>
16:30-16:50	Actualités maladie coeliaque chez l'enfant - M.Bensmina-CHU Douéra
16:50-17:10	Diagnostics à connaître en proctologie pédiatrique de consultation - Yagoubi-Douéra
17:10-17:20	Discussion

17:20-18:20	Communications orales en Hépatologie et Gastro-entérologie pédiatrique <i>Modérateurs : F.Benhassine, R.Belbouab, F.Bouferoua</i>
17:20-17:30	Atrésie des Voies biliaires R.Rezak, S.M.Azzouz, A.Aoui, N.Abderahmane, L.Debouz, S.Acimi, M.Bessahraoui Service de Gastro-entérologie et Endocrinologie Pédiatrique EHS Canastel
17:30-17:40	Les anomalies anatomiques du pédicule hépatique associées à l'atrésie des voies biliaires N Abderrahmane, L Debbous, S Acimi-chirurgie viscérale-EHS Canastel
17:40-17:50	Le syndrome d'Alagille : diagnostic et évolution H.Benalioua, R.Belbouab, N.Benali-khodja.N, Fernini.F, Hadji.A, Boukari.R Service pédiatrie - Mustapha
17:50-18:00	Maladie de Crohn et troubles de la croissance osseuse chez l'enfant N.Boukhedouma ¹ ; R.Belbouab ² ; H.Rezki ³ ; I.Sekfali ¹ ; A.Mohand-oussaid ¹ ; N.Bouterfas ¹ ; N.Cherif ³ ; K.N.Benhalla-djadoun ¹ Pédiatrie-A-CHU Béni-Messous, Alger ; ² Pédiatrie CHU Mustapha, Alger; ³ Pédiatrie-B-CHU Béni-Messous
18:00-18:10	Morbidité et mortalité infantile liées aux Diarrhées à l'hôpital pédiatrique de Canastel, Oran, de 2012 à 2021 N.Bouziani ¹ ,A.Koudjiti ² ,A.Khelil ³ , F.Belaoun ¹ , N.Belhadji ¹ , M.Bessahraoui ³ , D.Boumendil ² ,N.Aoufen ⁴ , A.Tadjeddine ¹ , 1.Service d'Epidémiologie et Médecine Préventive, Hôpital Canastel, 2. Service des Urgences Médicales, Hôpital Canastel, Oran, 3. Service de Gastro-Entérologie, Hôpital Canastel, Oran, 4. Service de Réanimation Polyvalente
18:10-18:20	Discussion

PROGRAMME DE LA 2^{EME} JOURNÉE

Samedi 05 Novembre 2022

8:00-12:50	Endocrinologie Pédiatrique
8:00-9:00	Communications orales en Endocrinologie pédiatrique <i>Modérateurs : A.Ladjouz, A.Zennaki, M.Bensmina</i>
8:00-8:10	Paramètres de naissance et croissance postnatale dans le retard de croissance intra-utérin - Résultats d'une étude prospective F.Boufaroua, KN.Benhalla - CHU Béni Messous
8:10-8:20	Diagnostic du déficit en hormone de croissance dans un centre spécialisé A.Aoui, Z.Ghecham, Benchohra, lamouri, R.Rezak, S.Azzouz, M.Bessahraoui Service de Gastro-entérologie et Endocrinologie Pédiatrique EHS Canastel, Oran
8:20-8:30	La petite taille et les facteurs affectant la croissance dans la thalassémie Majeur M.Noumi, R.Boukari, CHU Mustapha pacha
8:30-8:40	Caractéristiques cliniques et anthropométriques chez les enfants obèses algériens S.Kerkouche, A.Ladjouze, Z.Bouzerar, CHU Debaghine Lamine
8:40-8:50	Effet de l'insulinothérapie fonctionnelle (IF) sur la qualité de vie des couples mères-jeunes enfants atteints de DT1. M.Gharnouti ¹ , A.Aoui ² , C.Latroch ² , A.Zennaki ² ,K.Bouziane-Nédjadi ² , M.Touhami ^{**} . ² ¹ Service de pédiatrie, HMRU d'Oran. ² Service de Pédiatrie « C », CHU d'Oran
8:50-9:00	Discussion

9:00-10:10	Conférences en Endocrinologie Pédiatrique <i>Modérateurs : K.Benallal, S.Zoubir, K.Faraoun</i>
9:00-9:20	Rachitisme : diagnostic étiologique et prise en charge K.Fouatih - Bicêtre, Paris
9:20-9:40	Hypothyroïdie congénitale A.Ladjouze - Bab El Oued
9:40-10:00	Devenir du RCIU point de vue de l'endocrinologue pédiatre F.Boufaroua - Beni Messous
10:00-10:10	Discussion
10:10-10:40	Le Syndrome de Turner, « Diagnostic et prise en charge », « Un défi au quotidien » M.Bessahraoui - Symposium - novo nordisk 
10:40-11:10	Pause Café et visite des posters de P16 à P30
11:10-11:40	Diagnostic du Déficit en Hormone de Croissance chez l'enfant A.Ladjouze - Symposium - Pfizer 
12:00-12:50	Conférences : Diabète de l'enfant <i>Modérateurs : S.Niar, A.Zennaki</i>
12:00-12:20	Nouvelles technologies dans la gestion du diabète de l'enfant S.Bendeddouche, Tlemcen
12:20-12:40	DT1 : enjeux de la transition M.Bensmina, CHU Douéra
12:40-12:50	Discussion
13:00-14:00	Pause déjeuner
	Ateliers parallèles
	Ateliers pratiques en Gastro-entérologie et Nutrition Pédiatrique :
14:00	Salle 1 : Déficit Immunitaire cas cliniques - S.M. Azzouz Vomissements cas cliniques - A. Yagoubi
	Salle 2 : Maladie de Gaucher diagnostic différentiel - L.Cheriet  Maladie de Fabry. - M.Bekkar 
	Salle 3 : Nouveautés dans la prise en charge et la prévention de l'APLV - A.Atia 
	Salle 4 : œsophagoplasties chez l'enfant : cas cliniques - Y. Zerizer Chu Batna Pathologies alimentaires digestives émergentes - M.Naceur
15:30	
15:30-16:00	Pause Café et visite des posters de P31 à P41



Ateliers parallèles

Ateliers pratiques en Endocrinologie Pédiatrique:

16:00

Salle 1 :

Interprétation du bilan thyroïdien : cas cliniques - T. Djalat

Cas cliniques en Endocrinologie pédiatrique - K. Fouatih

Salle 2 :

Education DT1 - S. Niar

Insulinothérapie fonctionnelle - A. Zennaki

Salle 3 :

Imagerie des pathologies hypophysaires avec déficit en GH - K. Faraoun

Salle 4 :

DSD cas cliniques - A. Ladjouz

Prise en charge chirurgicale des DSD - S. Acimi

17:30

sponsors :



événement organisé par :



+213 561 121 629
+213 770 106 073

contact@hesprodz.com
hesprodz@gmail.com

www.hesprodz.com



Le Service d'Hépatogastro-Entérologie & Nutrition Pédiatrique
de l'EHS Canastel, ORAN, **Organise**

1^{er}
04 & 05
NOVEMBRE
2022 **Séminaire d'Hépatogastro-Entérologie et Endocrinologie Pédiatrique de l'Ouest**

Communications affichées

P1 Investigation de l'Épidémie de Diarrhées infantiles, Oran, Été 2022

Nacim Bouziani¹, A. Koudjiti², A. Khelil², I. Benyettou⁴, F. Belaoui¹, N. Belhadj¹, A. Moulay¹, A. Bellahcene¹, M.Bessahraoui³, Boumendil², A.Tadjeddine¹

1. Service d'Epidémiologie et Médecine Préventive, Hôpital Canastel, Oran 2. Service des Urgences Médicales. Hôpital Canastel, Oran 3. Service de Gastro-Entérologie, Hôpital Canastel, Oran 4. Laboratoire d'Hygiène d'Oran

P2 Convulsion non fébrile bénigne associée à une gastroentérite aigüe modérée à rotavirus: à propos de 2 cas

Azizi.SH¹, Nacer.¹, Youcef.A¹, Abdi.Y¹, Benallal.K

1-EPH Adjir Ben ThabetYoub – Saida 2-CHU Sidi Bel Abbes- service de pédiatrie

Adresse email : azizisdaydimhoucine@gmail.com

P3 Forme grave d'une pancréatite héréditaire : à propos d'un cas

Dr Guetta , Pr Tari , Dr Bouchemal ,Dr Elogbi ,Dr Chikh , Pr Zeroual

Pédiatrie A .CHU Nefissa Hammoud (ex Parnet)

P4 Déterminer un ECG normal chez un nouveau né (a propos d'un cas):

A.Chouikh, N. Djedouani, Z.Ghecham - CHU Constantine , EHS Canaste

P5 Expérience de service de néonatalogie CHU ORAN durant la pandémie COVID 19

H.Gherbia, Dr N.Mezouar, Dr A.Benzaamia, Dr A.Reguig, Dr F.Ferdagh, Dr N.Benaouda. Dr Z.Belakhder. Pr R.Mecifi

P6 Hémophilie : à propos d'une série

A. Hamzaoui, K. Saci, S. Iddir, K. Benarabe, A. Benahmed, A. Daoudi, K. Mohand Said,

M. Kaoubi, N. Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

P7 Ostéogénèse imparfaite : à propos d'un cas

A. Hamzaoui, K. Saci, A. Benahmed, K. Benarabe, A. Daoudi, S. Iddir, K. Mohand Said, M.Zaouchi, N.

Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

P8 Prophylaxie des nouveau nés issus des mamans Ag HBS positif

Dr. M.benkhalifa, dr a.benzineb, dr. Y brihi ,dr a.reguieg , dr f.ferdagh , dr n benaouda , dr z.belakhdar , Pr R.Mecifi - Service de néonatalogie CHU Oran

P9 Syndrome de Guillain-Barré : à propos d'une série

A. Hamzaoui, K. Benarabe, K. Saci, A. Benahmed, S. Boureghda, A. Daoudi, S. Iddir, S. Samir, K. Mohand Said , S. Ait Hammouda, N. Bensaadi, Service de pédiatrie - CHU de Tizi Ouzou

P10 Le syndrome de pince aorto-mésentérique : à propos d'un cas

NacerI,Azizi S H, BenallalK. Service de pédiatrie CHU sidi bel Abbes – Algérie.
Adresse E- mail : besboussa88@outlook.fr

P11 Trouble du rythme cardiaque chez l'enfant : à propos d'une série

A. Hamzaoui, K. Saci, S. Iddir, K. Benarabe, A. Benahmed, A. Daoudi, K. Mohand Said, N.Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

P12 Le scorbut : à propos de 1cas

Azizi S H¹, Nacer I²,BenallalK²-I-EPH Adjir Ben ThabetYoub,Saida-2-CHU Sidi Bel Abbes-service de pédiatrie
Adresse E- mail : azizisdaydimhoucine@gmail.com

P13 Hyperplasie folliculaire lymphoïde cause rare des rectorragies : à propos d'un cas

Dr Azri, Dr Rezak, Pr Bessahraoui
EHS Pédiatrique Canastel-Oran Service d'Hépatogastroentérologie et nutrition

P14 Syndrome d'Alagille : a propos d'un cas.

H Gherbia, R Rezak, M Bessahraoui

P15 Myasthénie auto-immune dans sa forme généralisée : à propos d'un cas

A.Hamzaoui, K. Saci, A. Benahmed, K. Benarabe, A. Daoudi, L. Ouaguenoun, S. Iddir, L. MerbahK. Mohand Said, N. Bensaadi, B.Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

P16 L'hypercholestérolémie familiale (a propos d'un cas)

A. Benchohra, A. Aoui, M.GHarnouti, M.Lamouri, A.Chadli, M.Bessahraoui
EHS Canastel Oran

P17 Une hypertension artérielle pulmonaire compliquant unemaladie veino-occlusive pulmonaire chez l'enfant : à propos d'un cas rare.

Z. Litim, M.M. Bekkar, A. Tari, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

P18 Evolution des hémangiomes infantiles après l'arrêt thérapeutique

M.M. Bekkar, A. Tari, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

P19 Hémangiome congénital de localisationcervicaleà révélation anténatale : A propos d'un cas

A. Tari, M.M. Bekkar, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

P20 Etude du profil clinique et évolutif de la maladie de Kawasaki chez les nourrissons de moins de 6 mois

A. Tari, M.M. Bekkar, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

P21 Porphyrie érythroïdétique congénitale de forme précoce :étude clinique, biochimique chez deux sœurs.

A. Tari, M.M. Bekkar, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

P22 Hémangiomes segmentaires : la particularité duPHACES syndrome.

M.M. Bekkar, A. Tari, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

P23 Covid 19 chez l'enfant : L'association avec l'érythème polymorphe

Z. Litim, M.M. Bekkar, A. Tari, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

P24 Diagnostic et dépistage d'une maladie de wilson :à propos d'un cas familial

Dr N.Djedouani , Z.Ghecham, A.Chouikh - Service de pédiatrie de Tebessa

P25 HYPOGLYCÉMIE RÉVÉLANT UNE INSUFFISANCE ANTE HYPOPHYSAIRE : (à propos d'un cas)

N.Djedouani,A.chouikh, Z.Ghecham - Service de Pédiatrie Tebessa

P26 Pandémie COVID 19 et incidence du diabete de type 1 chez l'enfant : comparaison entre deux années avant et après COVID 19 dans un service de pédiatrie

Dr A.Naili ,D.Boukria, F.Amirouche, A.Fafa,C.Khiari,A.Djermane, R. Khia, R.Aous,L. Kermi,S,Aggoune
H. Maouche. - Hassen Badi Hospital ,pédiatric département

P27 Profil épidémiologique et clinique de l'enfant diabétique atteint de Covid-19 à l'EHS pédiatrique de canastel

F.Belaoun¹; N.Bouziani¹ ; A.Bouchetara² ; A.Tadjeddine¹
1-SEMEP EHS Canastel-2-Service des maladies infectieuses pédiatrique

P28 Sensibilité et besoins en insuline chez des jeunes enfants atteints de DT1 après insulinothérapie fonctionnelle (IF) enseignée aux parents.

M. Gharnouti¹, A. Aoui², C. Latroch², FZ. Serradji, M. Touhami², G. Boudraa², K. Bouziane-Nedjadi² 1. Service de Pédiatrie, HMRU d'Oran. 2. Service de Pédiatrie « C », CHU d'Oran

P29 Hyperinsulinisme congénital chez le nourrisson à propos d'un cas.

Dr SEBAA.B, Dr MELIS.K, Dr BENKEROUM, Dr MORTET.H, Dr KACEM.A, Dr DAHBI.
Service de Pédiatrie Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran/2RM.

P30 Puberté précoce révélant un syndrome de McCune Albright : à propos d'un cas

A.Aoui , M.Gharnouti, M.bessahraoui .EHS canastel

P31 Mucoviscidose révélée par une déshydratation sévère avec hépatomégalie: A propos d'un cas

A Belabid, RRezak, M BessahraouiEHS Pédiatrique Canastel-Oran Service d'Hépatogastroentérologie et nutrition

P32 Pneumopathie d'inhalation de la vitamine D : à propos d'une série

A. Hamzaoui, K. Benarabe, S. Iddir, K. Saci, Y. Benahmed, A. Daoudi, D. Boudia, H.Fahem, M. Kaoubi,
N. Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

P33 Myasthénie néonatale : expérience de service de néonatalogie CHU Oran, à propos de trois cas

Dr. Y. Abdi (1), Dr.N. Benaouda (1), Dr.N.Benomrane(1), Dr.A.Reguiet(1), Dr.Bahmani(2), Pr.R.Mecifi(1)
(1) Service de néonatalogie CHU Oran, (2) Service de neurologie CHU Oran

P34 DIP et Le Syndrome de Cornelia de Langee , a propos d'un cas representative.

Dr Azzouz SM, Dr Razak R, Dr Aoui A, Pr Bessahraoui M, Ehs canastel, Oran , Algerie

P35 DIP et maladies du foie , a propos d'un cas representatif de syndrome d'Hper IGM representatif.

Dr Azzouz SM, Dr Razak R, Dr Aoui A, Pr Bessahraoui M, Ehs canastel, Oran , Algerie

P36 Trichobézoard révélé par une Pancréatite AIGUE((à propos d'un cas))

Naima Abderrahmane, lamia Debous, Smail Acimi

Service de chirurgie viscérale, Hôpital pour enfants canastel, Oran, Algérie.

P37 Identification des facteurs de risque associés à la morbi-mortalité des nouveau nés prématurés à l'EHS Nouar fadela

Bouabida D. ; Ghamnia N ; Brixi B. ; Makhloufi N. ; Saadallah F. ; Djeghali F. ; Ait Mouloud S. ; Abbes B. ; Dahmani A.

Service de néonatalogie et soins intensifs « Il b », Ehs Nouar Fadela, Oran

Faculté de médecine d'Oran – Université Oran 1

P38 les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques, et évolutifs de l'ictère neonatal sur terrain IFM ABO au niveau de service de néonatalogie du EHS Nouar fadel d'Oran.

Bouabida D. ; Ghamnia N ; Brixi B. ; Makhloufi N. ; Saadallah F. ; Djeghali F. ; Ait Mouloud S. ; Abbes B. ; Dahmani A.

Service de néonatalogie et soins intensifs « Il b », Ehs Nouar Fadela, Oran

Faculté de médecine d'Oran – Université Oran 1

P39 Hypercalcémie menaçante révélatrice d'une leucémie aigue lymphoblastique de l'enfant

D. Benkerroum, B. Sebaa, K. Melis Service de Pédiatrie HMRUO

P40 Étude Épidémiologique et clinique des malformations congénitales au niveau du service de pédiatrie de l'hôpital militaire d'Oran

K. Melis, M. Gharnouti, B. Bouhadjar, D. Benkerroum, R. Sahbatou Service de Pédiatrie HMRUO

P41 Spondylodiscite tuberculeuse -à propos de deux observations

K. Melis, A. Belfedal, M. Gharnouti, B. Bouhadjar, D. Benkerroum Service de pédiatrie HMRUO

Présidente du séminaire

Pr M. Bessahraoui

Vice Présidente du CPRS de Pédiatrie

Chef de service d'Hépatologie et Gastro-entérologie et Nutrition Pédiatrique

EHS Canastel, Oran



Scanner pour télécharger les abstracts

Le Service d'Hépatogastro-Entérologie & Nutrition Pédiatrique
de l'EHS Canastel, ORAN, **Organise**

1er
04 & 05
NOVEMBRE
2022 Séminaire d'Hépatogastro-Entérologie
et Endocrinologie
Pédiatrique de l'Ouest

Présidente du séminaire
Pr M.Bessahraoui

Abstracts des Communications

- Abstracts des communications orales endocrino
- Abstracts des communications orales en gastro
- Abstracts des posters

1er
04 & 05 Séminaire d'Hépatologie
NOVEMBRE Gastro-Entérologie
2022 et Endocrinologie
Pédiatrique de l'Ouest

Abstracts des communications orales endocrino

CO1:Paramètres de naissance et croissance postnatale dans le retard de croissance

intrautérin -Résultats d'une étude prospective-

F.Bouferoua, KN.Benhalla

Service de pédiatrie A, CHU BéniMessous

Introduction

Le retard de croissance intra-utérin ou hypotrophie fœtale est défini au plan épidémiologique, par un poids de naissance, une taille ou un périmètre crânien inférieur au 10^{ème}, selon l'âge gestationnel et le sexe des courbes de référence d'une population.

Objectif

-Evaluer l'impact des paramètres de naissance sur la croissance postnatale à l'âge de 2 ans

Matériel et méthodes

Etude prospective longitudinale de 457 cas, de nouveau-nés, nés à terme avec un retard de croissance intra-utérin, suivis de la naissance jusqu'à 24 mois, avec une évaluation de leur croissance staturale, pondérale, et leur périmètre crânien.

Résultats :

Le RCIU a représenté 3,9 % de toutes les naissances et 53,3 % du petit poids de naissance.

87,9% des enfants, nés avec un RCIU, ont rattrapé sur la taille ; poids et PC

12,1% des enfants, nés avec un RCIU, n'ont pas fait de rattrapage de leur croissance.

12,1% des enfants ont un retard statural ; 8,7% ont un retard statural isolé ; 1,3% ont un retard statural et pondéral, et 2 % présentent un retard de croissance sur les trois paramètres.

Le gain en poids et en taille est meilleur lorsque l'index pondéral est bas.

Notre étude n'a pas montré d'impact des paramètres de naissance sur la croissance postnatale, par contre d'autres facteurs prédictifs ont été objectivés.

Discussion

Notre étude est la 1^{ère} en Afrique, qui s'est intéressée à la croissance postnatale dans le RCIU, elle nous a permis d'identifier les facteurs prédictifs de l'absence de rattrapage de la croissance postnatale dans notre population, et également d'apporter des propositions qui peuvent améliorer la prise en charge.

CO2:Diagnostic du déficit en hormone de croissance (GHD)dans un centre spécialisé

A.Aasma , Z. Ghachem, Benchohra, lamouri, R.Rezak, S.Azzouz, M.Bessahraui

Service de Gastro-entérologie et Endocrinologie Pédiatrique ,EHS Canastel, Oran

Le déficit en hormone de croissance est l'une des causes les plus rares du retard statural .L' absence d' un diagnostic précoce et d'un traitement adéquat ont des conséquences néfastes sur le pronostic de la taille finale.

Objectifs : décrire les caractéristiques cliniques et biologiques des enfants présentant un GHD.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive portant sur les dossiers des patients suivis et traités pour déficit en GH au Service de Gastro-entérologie et Endocrinologie Pédiatrique ,EHS Canastel, durant une période s'étalant du 205 à 2022.

Le diagnostic a été retenu devant un Pic GH < 10ng/ml après 2 tests de stimulation à l'hormone de croissance (Insuline, Glucagon/ propranolol), ou 1 Test déficitaire et IgF1 très Bas et autre déficit hypophysaire ou anomalie de la région hypothalamo-hypophysaire ou tumeur à l'IRM. Tous ces patients ont bénéficié d'un interrogatoire minutieux, d'un examen clinique le plus complet possible et d'un ensemble d'explorations para cliniques (radiographie du poignet et de la main gauche, IRM/Scanner hypothalamo-hypophysaire).

Résultats :Au total, 219 patients présentant GHD étaient colligés , l'âge moyen au diagnostic était de $8,12 \pm 3,2$ ans . le sexe ratio H/F = 0,94 . le retard statural moyen au diagnostic

était de $-2.8 \pm 0,9$ DS. Une consanguinité a été retrouvée dans 20 % des cas. Le morphotype est typique quel que soit le sexe et caractéristique du déficit en GH dans la majorité des cas (75 %). D'autres déficits hormonaux ont été notés dans le 1/3 des cas.

Il existe un retard important de la maturation osseuse témoignant du rôle important de la GH sur la croissance osseuse. Pour ce qui est de l'IRM hypothalamo-hypophysaire, cette dernière était pathologique dans 25 % des cas.

Conclusion : le diagnostic de GHD est tardif dans notre contexte, souvent posé devant l'association de données cliniques, d'imageries et sur des tests de stimulation de la libération de la GH.

**CO3:La petite taille et les facteurs affectant la croissance dans
la thalassémie Majeur
Noumi. CHU Mustapha pacha**

Introduction :

La β -thalassémie est une anémie hémolytique chronique héréditaire caractérisée par un défaut de synthèse des chaînes bêta-globines, particulièrement fréquente dans la région méditerranéenne, le sud de l'Asie, et le Moyen-Orient

Les programmes transfusionnels et le traitement chélateur ont considérablement prolongé l'espérance de vie des malades. Ceci a entraîné une augmentation de la prévalence des complications liée à la surcharge en fer, le retard de croissance est extrêmement fréquent chez les patients atteints de thalassémie polytransfusés.

Objectifs :

Décrire la fréquence de retard de croissance et d'évaluer l'axe GH-IGF-I dans un groupe des patients qui présentent une β -thalassémie Majeur.

Etudier la relation qui existe entre le retard de croissance et le taux de ferritinémie.

Méthode :

C'est une étude **transversale descriptive, analytique et mono centrique** qui a été menée dans le service de pédiatrie CHU Mustapha et qui a concerné 87 patients(46 Filles et 41 Garçons),suivis de façon régulière depuis plusieurs années pour la plupart, et traités par un régime transfusionnel (**plus de 10 transfusions**) associée à un traitement chélateur.

Tous les patients ont été évalués par une anamnèse clinique, un examen somatique,une mesure de la taille et du poids, puis de procéder aux prélèvements sanguins pour un bilan biochimique (calcémie, phosphorémie, glycémie, bilan rénal, bilan hépatique), sérologie cœliaque, bilan hormonal (TSH, IGF1), et une radiographie de la main pour tous les patients.

Dans un deuxième temps nous avons effectué un test dynamique pour les patients qui présentent un retard de croissance.

Résultats :

La petite taille (taille $<-2DS$) a été détectée chez 16 patients (18,4%). Parmi les 16 patients qui présentent une petite taille, 6 (37,5%) ont un retard de croissance sévère ($<-3DS$). 8 filles (50%) et 8 garçons (50%) sont concernés par le retard de croissance ; L'Age moyen des patients atteints de retard de croissance est de $16,3\pm 5,6$ ans. parmi les patients avec petite taille, trois patients ont été étiquetés comme déficit en hormone de croissance (GHD).

Il existe une corrélation statistiquement significative entre le taux de ferritine sérique et le retard de croissance ($P=0,012$), ($OR=4,2$).

Conclusion

Cette étude confirme la nécessité de dépister la petite taille. La présence d'une petite taille ne semble pas être corrélée avec les paramètres d'efficacité de la thérapie transfusionnelle.

CO4:Caractéristiques cliniques et anthropométriques chez les enfants obèses algériens:

S.Kerkouche, A.Ladjouze, Z.Bouzerar ,CHU Debaghine Lamine

Introduction:

Selon les données de l’OMS, le nombre d’enfants et d’adolescents obèses ou en surpoids a augmenté de près de 50% depuis 2000.

Objectifs:

Déterminer les caractéristiques cliniques et anthropométriques des enfants algériens atteints d’obésité, définies par l’indice de masse corporelle (IMC) > 3 écarts-types (SD) âgés de 0 à 5 ans, et > 2 SD âgés de 5 à 15 ans, regroupés par âge.

Patients et méthodes:

Étude rétrospective de sujets obèses âgés de 0 à 15 ans suivis au CHU de Debaghine Lamine pendant 10 ans. La taille à la naissance était normale ou suggérant un retard de croissance intra-utérin(RCIU). Les données auxiliaires ont été comparées aux normes de l’OMS. La présence de dysmorphie et de retard de développement psychomoteur ont été enregistrés.

Résultats:

Entre janvier 2007 et décembre 2018, 206 patients sur 231 présentant une obésité ont été recrutés et analysés en fonction de leur âge (années): 0-2 (n = 19), 2-5 (n = 26), 5- 10 (n = 70) et 10-15 (n = 91). Dans ces quatre groupes, une taille de naissance supérieure aux normes ou un RCIU ont été trouvés chez (2 + 0), (3 + 3), (6 + 11)et(8 + 5) sujets(F,M). La taille moyenne (SD) de chaque groupe était de $1,14 \pm 1,48$, $0,38 \pm 1,62$, $0,87 \pm 1,38$ et $0,02 \pm 1,24$, avec 4(21%), 6(23%), 17(24%) et 31(34 %) sujets montrant une taille(-2SD - 0); et 1(5%), 3(11%), 2 (2%), et 7 (7%) sujets $< -2SD$. La SDS de l’IMC moyen pour les quatre groupes était de $4,84 \pm 2,87$, $2,95 \pm 0,90$, $4,48 \pm 2,59$ et $3,02 \pm 0,9$ avec un IMC > 3 DS chez 15, 25, 48 et 36 patients. Un retard de développement / trouble d’apprentissage était présent chez 5 (26%), 7 (26%), 14 (20%) et 17 (18%);une dysmorphie cranio-faciale chez 5 (26%), 7 (26%), 12 (17%) et 4 (4,3%); et des anomalies congénitales des membres chez 2 (10%), 4 (15%), 2 (2,8%) et 4 (4,3%).

Discussion:

Cette étude montre une forte prévalence d’anomalies de la taille à la naissance, de dysmorphies et d’anomalies congénitales des membres chez une population algérienne d’enfants obèses. L’obésité sévère (> 3 DS) était prévalente dans tous les groupes d’âge. Les patients présentant ces caractéristiques peuvent bénéficier d’une investigation ciblée pour identifier les obésités secondaires.

CO5: Effet de l'insulinothérapie fonctionnelle (IF) sur la qualité de vie des couples mères-jeunes enfants atteints de DT1.

M. Gharnouti*, A. Aoui**, C. Latroch**, A. Zennaki**, K. Bouziane-Nédjadi**, M. Touhami**.
*Service de Pédiatrie, HMRU d'Oran. **Service de Pédiatrie « C », CHU d'Oran.

L'IF vise à transférer vers le malade le processus décisionnel et de gestion de l'insulinothérapie pour plus d'autonomie et une vie sociale, professionnelle et familiale meilleure. L'objectif était d'évaluer les différentes composantes de la QL dans le couple mère-enfant formé à l'IF.

Patients et méthodes. Etude prospective, menée de 2015 à 2019 chez des enfants de moins de 12 ans, de plus d'un an de DT1 avec une HbA1c inférieure à 9% initialement. Les mères préalablement éduquées pour le diabète ont été initiées à l'IF durant 4 jours consécutifs. L'évaluation de la QL sur 100 points a été effectuée à l'inclusion, mensuellement 4 mois durant, puis tous les 3 mois durant 22 mois sur le PedsQL, Version 3.0-Arabie, 8-12 ans. Les témoins sont les patients n'ayant pas voulu ou pu rejoindre l'étude, strictement appariés pour les caractéristiques maternelles et celles des enfants DT1, ont été évalués au 4^{ème} mois uniquement.

Résultats. L'analyse a porté sur 49 patients et 49 témoins. A l'inclusion, l'âge était de $8,88 \pm 2,4$ ans et l'âge au DT1 de $5,59 \pm 2,6$ ans. Tous les enfants étaient sous schéma basal-prandial. La QL globale était de $64,14 \pm 12,39$ à l'inclusion et évoluera significativement autour de 69 ± 98 ultérieurement ($p < 0,02$). A 4 mois la QL était de $69,61 \pm 13,42$ et de $62,15 \pm 12,94$ respectivement pour le groupe intervention et le groupe témoin ($p < 0,01$). L'étude des domaines composant la QL a montré une amélioration significative pour les 3 domaines symptômes du diabète ($p < 0,01$), obstacles au traitement ($p < 0,01$) et communication ($p < 0,04$). Ces mêmes items comparés au 4^{ème} mois de l'étude entre le groupe intervention et le groupe témoin montrent une différence significative pour les symptômes ($p < 0,01$) et l'observance ($p < 0,01$).

Conclusion. Ces résultats suggèrent que l'insulinothérapie fonctionnelle contribue à améliorer la majorité des items composant la QL du couple mère-enfant DT1.

1er
04 & 05 Séminaire d'Hépatologie
NOVEMBRE Gastro-Entérologie
2022 et Endocrinologie
Pédiatrique de l'Ouest

Abstracts des communications orales en gastro

CO1 :Atrésie des Voies Biliaires : Expérience du Service de Gastro-Entéro-hépatologie et Nutrition Pédiatrique. EHS Canastel Oran .

R Rezak, S.M. Azzouz, A.Aoui, N.Abderahmane, L. Debouz, S.Acimi, M.Bessahraoui

EHS Canastel Oran

L'atrésie des voies biliaires (AVB) est la plus fréquente des étiologies de l'ictère cholestatique, c'est l'urgence chirurgicale ultime ; première cause d'indication à la transplantation hépatique en pédiatrie

Sa prévalence varie selon les régions géographiques : 1/ 6000 naissance en Taiwan, et 1 / 18,000 en Europe.

Objectif :

- Décrire le tableau clinique et échographique des patients atteints d'AVB.
- Evaluer le suivi, le devenir ; et déterminer les facteurs pronostiques.

Patients et méthodes

- Une étude rétrospective, descriptive, des patients suivis pour une AVB au sein d'un service spécialisé, sur une période allant du 01 Janvier 2012 au 31 Décembre 2021.
- Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients hospitalisés, à l'aide d'une fiche d'exploitation.

Résultats :

Nous avons colligé 51 patients AVB avec un sexe ratio à 1.1 (27F /24G).

100% avaient un ictère cholestatique avec une décoloration totale permanente des selles chez 84% des cas. A l'admission : 87% des nourrissons étaient eutrophiques. La forme commune est la plus fréquente dans notre série (86%) alors que les formes syndromiques avec malformations ne dépassent pas les 16% des cas. Par ailleurs, l'association à une infection à CMV n'était présente que chez 2 cas.

Sur le plan échographique : absence de la VB dans 25% cas. Une échographie normale dans le un tiers des patients.

L'AVB représente 42% de l'ensemble des étiologies des cholestases suivies dans notre service (121 cas)

Le Kassai était réalisé chez la moitié des patients (26/51) ; avec un échec dépassant le 70% des cas (âge moyen au diagnostic : **61.38 ± 32.73 j** ; âge moyen Kassai : **84.22 ± 27.59 J**).

Le recours à la transplantation hépatique était indiqué chez tous les patients avec échec au Kassai ; cependant, elle a été réalisée que chez 05 malades.

Discussion

L'échec au Kasai dans notre série est dû au retard au diagnostic, souvent lié à la méconnaissance de la pathologie par les médecins traitant (en se basent que sur la présence de signes échographiques pour poser le diagnostic).

Conclusion

De grands progrès thérapeutiques ont été réalisés dans la prise en charge des Atrésies des Voies Biliaires dans le monde, et ayant transformé le devenir de ces enfants, alors qu'en Algérie pose encore un problème diagnostique et reste toujours de mauvais pronostic avec une morbi-mortalité élevée; d'où l'intérêt d'améliorer la formation et de développer les moyens d'explorations ainsi qu'un plateau technique adéquat, et surtout d'instaurer le dépistage aux maternités par l'utilisation de la carte colométrique.

CO2 :Les anomalies anatomiques du pédicule hépatique associées à l'atrésie des voies biliaires

Naima Abderrahmane, Lamia Debbous, Smail Acimi,

Service de chirurgie viscérale, Hôpital pour enfants Canastel

Faculté de médecine d'Oran, Université d'Oran

But de l'étude : Décrire les anomalies anatomiques du pédicule hépatique associées à l'atrésie des voies biliaires.

Méthodes : Nous avons mené depuis Avril 2018, une étude prospective à la recherche des anomalies anatomiques qui accompagnent les atrésies des voies biliaires. Ainsi, entre Avril 2018 et février 2022, 22 patients ont été opérés dans le service pour atrésie des voies biliaires. Age de ces patients variait entre 25 jours et 4 mois. Ces atrésies étaient classées : (selon la classification du Kremlin Bicêtre) : Type 1 : 0 cas, type 2 : 4 (18.2% des cas), type 3 : 2 cas (9.1%) et type 4 : 16 cas (72.7%).

Résultats : Les anomalies anatomiques du pédicule hépatique étaient présentes chez 14 patients (63.64 % des cas). Ces anomalies étaient réparties entre anomalie de la veine porte (agénésie de la veine porte remplacée par plusieurs veines) et anomalies de l'artère hépatique, fréquentes et variées

Conclusion : L'atrésie des voies biliaires est associée le plus souvent à des anomalies anatomiques du pédicule hépatique qui peuvent compliquer leurs traitement chirurgical.

CO3 :« Le syndrome d'Alagille :diagnostic et évolution »

Benalioua.H, Belbouab.R, Benali-khodja.N, Fernini.F,Hadji.A,Boukari.R.

Service pédiatrie de CHU Mustapha, Alger, Algérie.

Introduction : Le syndrome d'Alagille « SALG » ou paucité ductulaire, est défini par l'association d'une atteinte hépatique à des anomalies extra-hépatiques, c'est une cause fréquente de la cholestase du nourrisson.

Objectif : l'objectif de notre travail est d'analyser les caractéristiques cliniques de l'atteinte hépatique dans le SALG et ses modalités évolutives.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective des patients suivis pour un SALG dans le service de pédiatrie sur 6 ans et qui sont âgés de moins de 17 ans, le diagnostic a été retenu devant l'association de 3/5 critères à une paucité ductulaire ou de 4/5 en son absence.

Résultats : Nous avons colligé **20** patients dont l'âge moyen est de **7** ans, le début des symptômes remontait à la période néonatale par un tableau de cholestase chez la majorité des patients, le prurit est apparu chez **18** patients, il était sévère chez **12** et invalidant chez **3**.

L'évolution vers la cirrhose est survenue dans **30%** des cas et 2/20 patients sont décédés.

Discussion : Le SALG représente 4 à 16 % des cholestases du petit enfant, l'hépatopathie est constante et se manifeste dans la majorité des cas par une cholestase d'apparition précoce.

Le prurit est un symptôme particulièrement fréquent dans le SALG, il peut être léger, modérée ou bien féroce et invalidant.

La biologie moléculaire met en évidence les mutations de JAGG1 ou NOTCH et confirme ainsi le diagnostic de SALG, en son absence, la biopsie hépatique devient un examen indispensable à la recherche de paucité ductulaire et c'est le cas dans notre contexte.

L'évolution de l'hépatopathie est d'intensité variable, la cholestase peut s'améliorer après quelques mois et régresser complètement comme elle peut persister et s'aggraver.

La cirrhose peut se voir dans 8 à 20% des cas et nécessiter une transplantation hépatique, le pronostic dépend également des atteintes extra hépatiques.

Conclusion :

Le SALG est une maladie multi-systémique à expression variable.

Dans notre contexte : la biopsie hépatique reste indispensable pour le diagnostic du SALG.

Le prurit invalidant et l'évolution vers la cirrhose font toute la gravité de l'atteinte hépatique.

La prise en charge doit être multidisciplinaire, en particulier des atteintes extra-hépatiques qui conditionnent le pronostic vital notamment les atteintes cardiaque, vasculaires et rénales.

CO4 :MALADIE DE CROHN ET TROUBLES DE LA CROISSANCE OSSEUSE CHEZ L'ENFANT

N. BOUKHEDOUMA¹ ; R.BELBOUAB² ; H.REZKI³ ; L.SEKFALI¹ ; A.MOHAND-OUSSAID¹ ; N.BOUTERFAS¹ ; N.CHERIF³ ; K.N.BENHALLA-DJADOUN¹

¹ Pédiatrie « A » CHU Béni-Messous, Alger ; ² Pédiatrie CHU Mustapha , Alger ; ³Pédiatrie « B »CHU Béni-Messous

Introduction :

La maladie de crohn (MC) est l'une des maladies digestives les plus graves de l'enfant. Elle est Particulière par sa survenue sur un organisme en pleine croissance. Un retard de croissance, un retard pubertaire et une faible densité minérale osseuse ne sont pas rares.

Objectif : Evaluer les manifestations osseuses tant sur le plan clinique, biologique et radiologique chez l'enfant atteint d'une maladie de crohn.

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective. descriptive, monocentrique , intéressant 16 enfants du service de pédiatrie A et B du CHU Issad Hassani Beni Messous. Entre 2008- 2020. Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation et de consultation, à l'aide d'une fiche d'exploitation.

Résultats :

Nous avons colligé 11 garçons et 5 filles. L'âge moyen est de 9 ans et demi. Plus de 60% des malades ont une localisation iléale de la maladie, de phénotype inflammatoire dans 50% des cas. Un quart des malades ont des formes compliquées de LAP. Du point de vu manifestations osseuses, près de 90% des malades sont asymptomatiques. Deux présentent des fractures. 30% sont hypotrophes au moment de la réalisation de la DMO, deux en surpoids. La calcémie et la phosphorémie sont dans les normes pour tous les malades. Près de 70% des patients sont en carence en Vit D. 50% ont une faible DMO concluant à une ostéoporose. 80% des malades ont reçu des corticoïdes. Tous les malades ont été supplémentés en vit D, deux seulement ont reçu de l'acide zolédronique.

Commentaires :

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature. IL existe une nette prédominance masculine. La maladie osseuse est souvent asymptomatique. Les faibles niveaux de vitamine D sont plus fréquents dans les MICI que dans la population générale (70% dans notre série).Les enfants atteints de maladie de crohn ont une faible DMO, avec près de 25 % d'entre eux ont des Z scores <-2 DS,(50% de nos malades ont un Z score <-2DS) 30 % des patients pédiatriques atteints de MC au moment du diagnostic ont un IMC bas (40% dans notre série) 10 à 30 % sont obèses au moment du

diagnostic, deux de nos malades sont en surpoids. L'exposition aux glucocorticoïdes peut entraîner une atrophie musculaire et une ostéoporose avec un risque accru de fractures de fragilité. 80% des enfants ont reçu des CTC expliquant en partie les 50% de faible DMO retrouvée chez nos malades.

CO5 :Morbidité et mortalité infantile liées aux Diarrhées à l'hôpital pédiatrique de Canastel, Oran, de 2012 à 2021

Nacim Bouziani¹, A. Koudjiti², A. Khelil², F. Belaoun¹, N. Belhadj¹, M. Bessahraoui³, D. Boumendil², N. Aoufen⁴, A. Tadjeddine¹

1. *Service d'Epidémiologie et Médecine Préventive, Hôpital Canastel, Oran*
2. *Service des Urgences Médicales. Hôpital Canastel, Oran*
3. *Service de Gastro-Entérologie, Hôpital Canastel, Oran*
4. *Service de Réanimation Polyvalente*

Mail : bouziani_n@yahoo.fr

Dans ce travail, nous nous intéressons à l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez l'enfant en Algérie, à savoir: les Diarrhées.

Selon l'OMS, la diarrhée est responsable de 525 000 décès d'enfants dans le monde en 2017. C'est de la déshydratation importante que vient la gravité du pronostic de cette maladie, qui est aussi une des grandes causes de malnutrition et d'hypotrophie des enfants de moins de 5 ans. [1]

Les maladies diarrhéiques occupent le 2^{ème} rang de Mortalité (18% des décès), après les pneumonies dans la mortalité infantile (*enfants < de 5 ans*), notamment dans les pays peu développés.

Pour lutter contre cette maladie en Algérie, un ambitieux programme national de santé (PNS LMD)a été lancé dans les années 1980.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les indicateurs clés de ce PNS mis en œuvre au niveau de l'hôpital Enfants de Canastel d'Oran, par une analyse descriptive approfondie de la morbidité et la mortalité, sur une période de 10 ans, de 2012 à 2021.

Méthode : Collecte et saisie des données des services des Urgences médicales et de Gastro-Entérologie au niveau du service d'Epidémiologie et de médecine Préventive (SEMEP). Contrôle, analyse et exploitation des données sous forme de séries chronologiques et moyennes mobiles avec le logiciel Excel Microsoft.

Les indicateurs évalués concernent : l'Âge, le type de Diarrhée, le stade de la déshydratation et le traitement mis en place (A, B ou C), les hospitalisations et les décès liés aux Gastro-Entérites Aiguës et Diarrhées.

Résultats :L'Hôpital Canastel, est un établissement hospitalier spécialisé (EHS) en Pédiatrie, d'une capacité théorique de 240 lits. Son service des Urgences médicales reçoit en moyenne 6 000 consultations par mois, parfois plus durant la saison estivale.De 2012 à 2021, il a accueilli plus de 730 000 enfants en consultations, parmi eux, plus de 100 000 ont consulté pour diarrhées, soit 10 000 consultations pour diarrhées par an.

L'analyse de ces données sur un graphe montre des pics de consultations selon les années pour des périodes bien précises. L'année 2015 par exemple, représente l'un des pics les plus importants et qui ont touché plusieurs établissements de santé de la wilaya d'Oran et pas seulement l'EHS Canastel.

Depuis, on enregistre une tendance à la baisse, plus marquée depuis l'épidémie de Choléra de 2018. Cela est confirmé par la courbe de tendance linéaire négative: $y = - 11,6x + 1560$

Durant la période d'étude de 10 ans, près de 5 000 enfants ont présenté des formes graves nécessitant une hospitalisation, dont la majorité (75 %) sont des Nourrissons. L'étude de l'incidence hospitalière des cas de diarrhées montre qu'elle est en hausse, et un pic de plus de 120 cas par mois est retrouvé à l'été de 2017.

Concernant la mortalité liée aux diarrhées, on a enregistré en 10 ans, 123 décès, soit environ 1 décès / mois

Conclusion : ce travail montre une diminution et une stabilisation de la létalité par Diarrhées autour de 2 %, à l'hôpital Canastel, mais des efforts restent à faire, notamment en matière d'amélioration de la qualité des données et d'enregistrements au niveau des Urgences. On note en Algérie aussi, que les décès par Diarrhées chez les enfants ont diminué, témoignant de l'amélioration des indicateurs clés de ce PNS.

Mots clés : Diarrhées Infantiles, Evaluation, PNS LMD, Enfants, Oran

1er
04 & 05 Séminaire d'Hépatologie
NOVEMBRE Gastro-Entérologie
2022 et Endocrinologie
Pédiatrique de l'Ouest

Abstracts des posters

P1 : Investigation de l'Épidémie de Diarrhées infantiles, Oran, Été 2022

Nacim Bouziani¹, A. Koudjiti², A. Khelil², I. Benyettou⁴, F. Belaoun¹, N. Belhadj¹, A. Moulay¹,
A. Bellahcene¹, M. Bessahraoui³, Boumendil², A. Tadjeddine¹

1. *Service d'Epidémiologie et Médecine Préventive, Hôpital Canastel, Oran*

2. *Service des Urgences Médicales. Hôpital Canastel, Oran*

3. *Service de Gastro-Entérologie, Hôpital Canastel, Oran*

4. *Laboratoire d'Hygiène d'Oran*

Mail : bouziani_n@yahoo.fr

Introduction: Dans le Monde, les maladies diarrhéiques occupent le 2^{ème} rang de mortalité infantile, après les pneumonies chez les enfants de moins de 5 ans, notamment dans les pays peu développés.

En Algérie, la diarrhée occupe la seconde place des maladies infantiles, soit 10 millions de cas annuellement. Le nombre de décès liés aux maladies diarrhéiques est passé de 25 % à moins de 5 % durant les dernières années et cela grâce en grande partie à l'amélioration de l'état d'hygiène et au travail des professionnels de Santé dans le cadre du Programme National De Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNS LMD) dont l'objectif principal est de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies diarrhéiques.

La 1^{ère} campagne de ce PNS a été lancée en 1989, en réponse aux épidémies de MTH et de Choléra qu'a connu le pays dans les années 80.

Cet Été, la wilaya d'Oran a connu une épidémie de Gastro-Entérite et de Diarrhées telle qu'elle n'en a pas connu depuis longtemps. Si la mortalité était réduite, la morbidité, elle, était importante et plusieurs milliers de personnes ont été touchés. Dans ce travail, nous nous intéressons à l'investigation de cette épidémie afin d'évaluer son ampleur, ses caractéristiques et de déterminer son origine.

Méthode : après la constatation d'une saturation et d'une fréquentation anormale des services des Urgences médicales de l'hôpital Canastel durant l'été, en particulier durant le mois d'Août 2022, une enquête épidémiologique est ouverte.

Cette enquête a permis de confirmer l'épidémie qui a touché plusieurs quartiers d'Oran, de tirer la sonnette d'alarme auprès de la Direction de la Santé de la Population d'Oran et de faire des prélèvements de selles.

Afin de rechercher les caractéristiques et l'origine de l'Épidémie, un échantillon de 55 enfants atteint de diarrhées a été tiré au sort en plein milieu de cette Épidémie (21-08-2022).

Création d'un questionnaire adapté, collecte et saisie des données au service des Urgences médicales, du Tri, au niveau du service d'Epidémiologie (SEMEP). Contrôle, exploitation et analyse des données avec le logiciel Epi Info 7 (CDC of USA).

Résultats : Durant le mois d'Aout, le Tri des UMC a reçu plus de 1000 cas de Diarrhées. Tous les âges sont concernés. Le maximum de cas (le pic) a été enregistré durant la 2^{ème} et 3^{ème} semaine du Mois. Durant les années précédentes le nombre de diarrhées au cours du mois d'Aout n'a pas atteint les 200 cas.

Cette situation s'est accentuée certains jours, où il a été enregistré plus de 100 cas de diarrhées avec plus de 700 consultations ! Tous ces cas passent par 03 box de consultations en 24 heures.

Les enfants de l'échantillon avaient des âges de 01 mois à 10 ans et un Sex-Ratio de 1,2. Ces éléments ne sont pas en faveur d'une contamination touchant uniquement les nourrissons et donc le lait artificiel.

Des tests Antigéniques ont été réalisés chez les enfants diarrhéiques, ils sont revenus négatifs, et la notion de Covid est retrouvée dans seulement 5 % des cas, ce qui n'est pas en faveur d'une symptomatologie digestive liée à une contamination par le Covid-19.

Conclusion : Dans notre échantillon, la notion de sortie en plage dans les jours précédents est retrouvée dans plus de 70% des cas. Le nom des plages a été recherché et plusieurs plages ont été citées. Mais la notion de diarrhées dans l'entourage est retrouvée également dans 35 % des cas.

Ces résultats nous ont amenés à demander des analyses bactériologiques et virologiques des selles et des eaux de baignade des plages d'Oran en collaboration avec la DSP Oran. Les prélèvements de selles ont été réalisés au niveau des Urgences médicales chez les enfants hospitalisés pour déshydrations et diarrhées.

Mots clés : Investigation Epidémie, GEA, Diarrhées, Oran 2022.

P2 :Convulsion non fébrile bénigne associée a une gastroentérite aigue modérée a rotavirus:à propos de 2 cas

.AziziSH¹,NacerI²,YoucefA¹,AbdiY¹,BenallalK²

1-EPH Adjir Ben ThabetYoub – Saida.

2-CHU Sidi Bel Abbes- service de pédiatrie

Adresse E- mail : azisisdaydimhoucine@gmail.com

Introduction :

Les convulsions apyrétique s'associant aux GEA modéré sans troubles hydro électrolytiques ne sont pas rares ; ce sont des convulsions syndromiques dont le diagnostic est clinique et de bon pronostic ,l'étiologie est inconnu mais ce qui est sûr c'est que le rota virus y est impliqué

Observation et discussion :

Nous rapportons 2 cas de nourrissons de sexe masculin âgé de 20 mois et 23 mois qui consultent pour des convulsions apyrétiques généralisé répété au 3 eme jour d'évolution d'une GEA à rota virus.

L'examen clinique des 2 nourrissons : un bon état hydratation, un bon statut neurologique avec un poste critique normal, le reste de l'examen été sans particularité

La para clinique : une TDM cérébral normal ; un bilan métabolique correcte ; étude du LCR sans anomalie et à l'EEG immédiat des ondes lentes diffuses et intercritique normal.

Le diagnostic d'une convulsion apyrétique bénigne associé à une GEA a rota virus est évoqué devant les arguments suivant : enfant sans ATCD particulier ; GEA modéré avec une DSH inférieur à 10 % ; convulsions apyrétique répétés en salve ; EEG intercritique normal ; un LCR normal et un bilan biologique normal ; L'évolution était favorable dans les 2 cas.

Conclusion :

Lors d'une GEA modéré la survenue de convulsion apyrétique entre j2 et j5 répété en salve sans troubles neurologiques doit faire évoquer les convulsions apyrétique bénigne associe à une GEA modérée dont le dc est basé sur l'anamnèse et un bon examen cliniquesans nécessité d'exploration inutile et qui ne nécessite pas de traitement antiépileptiques, en raison de son bon pronostic .

P3 :Forme grave d'une pancréatite héréditaire : à propos d'un cas
Dr Guetta , Pr Tari , Dr Bouchemal ,Dr Elogbi ,Dr Chikh , Pr Zeroual
Pédiatrie A .CHU Nefissa Hammoud (ex Parnet)

Introduction

La pancréatite héréditaire est une maladie génétique de transmission autosomique dominante ou récessive dont la pénétrance est élevée (80-93%) évoluant par épisodes récurrents de pancréatite débutant dans l'enfance avec un spectre de gravité variable

Objectifs

Evoquer les causes rares de la pancréatite chez l'enfant

Guetter les complications inhérentes à la pancréatite aigue

Observation

Nous rapportons le cas d'un garçon âgé de 12 ans issu d'un couple consanguin aux antécédents

familiaux chargés de pancréatite : père décédé suite aux complications d'une pancréatite chronique, 2 frères âgés de 18 et 29 ans suivis pour pancréatite récurrente depuis la petite enfance

Admis pour la prise en charge d'un 1^{er} épisode de pancréatite aiguë retenu devant les caractéristiques de la douleur et la lipasémie (40 fois la normale)

Après avoir exclu les causes les plus fréquentes, le diagnostic de pancréatite héréditaire a été retenu devant les antécédents familiaux de pancréatite chez 03 apparentés au 1^{er} degré

Plusieurs complications ont été enregistrées : locales à type de pseudokystes intra péritonéal et péri-splénique, épanchement pleural liquidien gauche , insuffisance pancréatique endocrine et exocrine , thrombose de la veine splénique et une neuropathie de type axonale

Traitement : Hyperhydratation, antibiothérapie ,insulinothérapie, héparinothérapie, suppléments enzymatique et vitaminique ,radiologie interventionnelle

Evolution : disparition des collections après drainage et régression de l'épanchement pleural liquidien après ponction pleurale avec persistance de l'insuffisance pancréatique

Discussion

La pancréatite héréditaire est liée à des mutations qui intéressent les gènes codant pour le PRSS1 ,SPINK1 ,CFTR ,CPA1 et CTRC. La recherche du gène le plus impliqué PRSS1 dans un but diagnostique et pour apprécier le risque de pancréatite dans la fratrie n'a pas pu être réalisé et le diagnostic a été retenu devant le critère généalogique

Conclusion

La pancréatite héréditaire est une cause rare des pancréatites de l'enfant , souvent associée à une forme sévère avec un risque accru de développer un cancer du pancréas à long terme d'où l'intérêt d'un suivi régulier .

P4 :Déterminer un ECG normal chez un nouveau né (a propos d'un cas):

A.Chouikh, N. Djedouani, Z.Ghecham

CHU Constantine , EHS Canastel

Introduction:

La méthode de lecture ECG pédiatrique est basée sur le fait que la morphologie d'un ECG normal varie avec l'âge. L'activité électrique du cœur reflète les modifications cardiaques hémodynamiques, qui sont à leur apogée le premier mois de vie et qui continuent, en partie, à travers la première année de vie et au-delà.

Objectifs:

Déterminer la méthodologie de la lecture d'un ECG et la nécessité de la maîtrise et la corrélation de cette dernière avec l'âge du malade.

Discussion:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson emmené par sa mère pour une bronchiolite sans signes de gravité et dont la lecture du carnet de santé révèle la mention d'un ECG comme étant pathologique, Ce dernier fut réalisé à l'âge de 5 jours de vie ; Dans ce poster on exposera la lecture de cet ECG et la nécessité de la maîtrise et la corrélation de cette dernière avec l'âge du malade.La ligne directrice générale est la suivante: un ECG pédiatrique normal est un ECG dont la morphologie est la suivante: conforme à l'âge du jeune patient. Une attention particulière doit être portée à la morphologie de la dépolarisation ventriculaire (complexe QRS) et sa repolarisation (onde T). Trois modèles peuvent être distingués à travers la morphologie du complexe QRS et l'onde T : • Le modèle néonatal. • Le modèle infantile. • Le modèle adulte. Le tracé néonatal de l'ECG est typique au premier mois de vie chez un sujet normal, des changements apparaissent après le premier mois et prennent les caractéristiques du modèle infantile, ce qui peut durer jusqu'à l'âge de trois ans. Après ce point, il change encore, prenant graduellement les caractéristiques du motif adulte.

Conclusion:

Chez l'enfant en bonne santé, l'ECG fait partie d'une évaluation cardiologique de base qui peut être nécessaire pour une prestation correcte vis à vis du patient, néanmoins la maîtrise de cet outil par le pédiatre et le médecin traitant en générale reste une condition sinéquanone pour une prise en charge adéquate de l'enfant.

P5 : Expérience de service de Néonatalogie CHU Oran durant la pandémie Covid 19

Dr H.GHERBIA. Dr N.MEZOUAR. Dr A.BENZAAMIA. Dr A.REGUIG. Dr F.FERDAGH. Dr N.BENAOUDA. Dr Z. BELAKHDER. Pr R.MECIFI

Introduction La population des nouveau-nés, à ce jour, est relativement épargnée par le virus Covid19. Selon L'OMS, tout nouveau-né issu d'une mère ayant des antécédents d'infection par le COVID19, 10 jours avant et après l'accouchement. Ou lors d'un contact avec un membre de l'entourage confirmé par une RT-PCR positif ou test antigénique positif. Ce nouveau-né est considéré comme atteint du COVID 19.

Matériel et méthode : Etude rétrospective descriptive portant sur les dossiers des nouveau-nés issus de mère COVID-19 positif durant le mois d'août 2021.

Résultat : Nous avons colligé 24 nouveau nés issus de maman COVID19 positif (PCR+ et sérologie+), hospitalisés dans un tableau de détresse respiratoire. 01 cas pour fièvre, 01 cas pour une infection néonatale précoce et 01 cas pour une dermatose bulleuse.

Discussion 18 nouveau-nés (75%) ont présenté une détresse respiratoire sur prématurité ce qui rejoint les données de la littérature, les manifestations cutanées représentent 6,8% dans notre série nous avons noté un cas. Sur les 25 cas de fœtus expulsés, 20 cas ont été confirmés comme COVID-19 positifs par RT-PCR. La mortalité néonatale des nouveaux nés des mères COVID-19 positifs est rare.

Conclusion : La PCR n'était pas toujours disponible pour confirmer ou infirmer l'infection par COVID-19 chez les nouveau-nés, néanmoins l'évolution favorable nous a permis de conclure que ce n'est pas tout nouveau-né d'une mère COVID-19 positif est atteint de ce virus.

P6 : Hémophilie : à propos d'une série

A. Hamzaoui, K. Saci, S. Iddir, K. Benarabe, A. Benahmed, A. Daoudi, K. Mohand Said, M. Kaoubi, N. Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

Introduction :

L'hémophilie est une anomalie constitutionnelle de la coagulation sanguine caractérisée par un déficit en facteur 8 (hémophilie A) ou en facteur 9 (hémophilie B). Elle est génétique liée à l'X.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, rétrospective sur dossier de 34 patients actuellement suivis en consultation d'hémo-pédiatrie du CHU Tizi Ouzou.

Résultats :

Notre étude a constaté que l'âge moyen où fut posé le diagnostic était entre 30 jours de vie et 2 ans, 15% uniquement ont été diagnostiqués en période néonatale. 97% étaient de sexe masculin, uniquement un cas concernait une petite fille, ceci en rapport avec le mode de transmission de cette maladie. On a noté que l'hémophilie A était la plus fréquente ce qui est décrit dans plusieurs études épidémiologiques internationales. Plus de la moitié des patients compris dans cette étude présentait au moins un parent du côté maternel portant une hémophilie. Le tableau clinique révélateur était un syndrome hémorragique cutanéomuqueux, à l'occasion d'un hématome dans 41% des cas., suite à un saignement post-circoncision dans 15% des cas. Il s'agissait d'une forme sévère d'hémophilie chez 60% des patients, d'une forme modérée dans 18% des cas. 88% des patients avaient développé des anticorps circulants. Un patient parmi les

34 avait présenté une complication à type d'état de choc hypovolémique.

Conclusion :

La gravité des complications liées à l'hémophilie, notamment décès par collapsus justifierait la mise en pratique d'une stratégie de dépistage et de prophylaxie.

P7 : Ostéogénèse imparfaite : à propos d'un cas

A. Hamzaoui, K. Saci, A. Benahmed, K. Benarabe, A. Daoudi, S. Iddir, K. Mohand Said, M.Zaouchi, N. Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

Introduction :

L'ostéogénèse imparfaite, ou maladie des os de verres, est une affection génétique rare. Elle est caractérisée par une fragilité osseuse et une ostéopénie. Elle associe des signes squelettiques, des fractures faciles et des signes extra-squelettiques inconstants.

Matériels et Méthodes :

Patient âgé de 4 ans hospitalisé au service de pédiatrie du CHU de Tizi Ouzou

Résultats :

Enfant avec antécédents familiaux de fractures pathologiques chez le père, les oncles paternels dont certains présentent une surdité.

L'enfant aurait présenté depuis l'âge de 18 mois quatre fractures avec un intervalle de plusieurs mois entre chaque fracture.

L'examen à l'admission :

Sclérotique bleutée, dents transparentes, hématomes, boiterie discrète à la marche.

Bilan phosphocalcique normal

Bilan radiologique :

Séquelles de fractures, des corticales amincies sur les deux tibias, ostéopénie à la densitométrie osseuse.

Il n'y a pas d'élément clinique ou paraclinique permettant à lui seul et avec certitude le diagnostic d'ostéogénèse imparfaite. Ce dernier repose sur un faisceau d'arguments. Il est évoqué devant l'association de fractures répétées pour des traumatismes minimes à des signes mineurs inconstants tels que les sclérotiques bleutées, l'insuffisance staturale relative, les hématomes faciles et dentinogénèse imparfaite.

Chez notre patient, le diagnostic a été retenu sur l'association des arguments suscités renforcés par la présence de mêmes symptômes chez un apparenté au premier degré.

Conclusion :

L'ostéogénèse imparfaite concerne une personne pour 10000. Le diagnostic implique l'association de plusieurs arguments. La prise en charge des malades doit être pluridisciplinaire. Le traitement médicamenteux repose sur les bisphosphonates chez l'enfant.

P8 : Prophylaxie des nouveau nés issus des mamans Ag HBS positif

Dr. M.BENKHALFA, Dr A.BENZINEB, Dr. Y BRIHI, Dr A.REGUIEG, Dr F.FERDAGH, Dr N BENAOUA, Dr Z.BELAKHDAR, Pr R.MECIFI

Service de néonatalogie CHU Oran

Introduction

Introduction : L'OMS estime que 2 milliards de personnes sont porteurs du virus de l'hépatite B. La transmission verticale (mère-enfant) reste une cause majeure de l'épidémie de l'hépatite B dans le monde.

Matériels et Méthodes Etude rétrospective descriptive effectuée sur tous les dossiers des nouveaux nés hospitalisés au sein du service de néonatalogie du CHU d'Oran, issus des mamans Ag HBS positif durant l'année de 2021. **Résultat** nous avons retrouvé 09 cas 08 naissances par voie haute et une par voie basse, un cas de prématurité moyenne. Les autres nouveau- nés étaient à terme et eutrophique avec un sexe ratio de 1,2. 07 nouveaux nés ont bénéficiés d'une sérothérapie avant 12

heures de vie suivie par une vaccination dans les 24 heures, un a reçu une sérovaccination dans les 12 premières heures et un cas n'a pas reçu une sérovaccination. Aucun nouveau-né n'a bénéficié d'une PCR à la naissance. 08 nouveaux nés séro vaccinés ont une sérologie hépatite B négative à 1 mois. **Discussion.** Le dépistage de Ag HBS est obligatoire chez toutes les femmes enceintes, recommandations HAS 2016. Une séro vaccination doit être réalisée chez tous les enfants de mère HBS +. La voie d'accouchement ne modifie pas le risque de transmission materno-foetale. L'allaitement maternel n'est pas contre indiqué si la sérovaccination est assurée. Sauf si la mère a une crevasse du mamelon, ou elle a une charge virale élevée ou maman sous traitement lamivudine. **Conclusion** La sérovaccination est le moyen essentiel de la prévention de la transmission mère enfant de l'hépatite B.

P9 : Syndrome de Guillain-Barré : à propos d'une série

A. Hamzaoui, K. Benarabe, K. Saci, A. Benahmed, S. Bouregghda, A. Daoudi, S. Iddir, S. Samir, K. Mohand Said, S. Ait Hammouda, N. Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

Introduction :

Le syndrome de Guillain-Barré-Strohl, une maladie auto-immune du système nerveux périphérique. Il se manifeste par une paralysie flasque et des troubles sensitifs, 1ère cause des paralysies flasques.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossier, d'une durée de quinze ans (2002-2017), comprenant 14 enfants hospitalisés au service de pédiatrie du CHU TO.

Résultats :

L'âge du diagnostic se situe entre 2-12 ans avec un pic entre 2-6 ans. En théorie il est rare avant 5 ans, avec une prédominance masculine, il a été diagnostiqué à toutes les saisons 42% diagnostiqué en été alors qu'il se voit en hiver et à l'automne, la clinique est précédé d'un syndrome grippal dans 50%, le motif de consultation était les difficultés à la marche dans 50% des cas, les déficits moteurs sont symétriques pour la plupart, les ROT étaient abolis dans 85% des cas, la ponction lombaire a retrouvé une dissociation albumino-cytologique dans 100% des cas et l'EMG était pathologique 100%, sur le plan thérapeutique les 14 malades ont bénéficié d'une cure d'immunoglobulines, un seul patient a été mis sous ventilation assistée, la moitié des patients ont présenté des complications, une HTA dans 3 cas, une paralysie des nerfs crâniens dans 5 cas ce qui est décrit en théorie, l'évolution était favorable pour 13 cas et un seul patient avait gardé des paresthésies .

Conclusion :

Le syndrome Guillain-Barré maladie neurologique à caractère régressif, le diagnostic facile. Son pronostic réside dans l'atteinte respiratoire, les immunoglobulines et l'assistance respiratoire ont amélioré son pronostic.

P10 :Le syndrome de pince aorto-mésentérique :à propos d'un cas

Nacer I, Azizi S H, Benallal K.

Service de pédiatrie CHU sidi bel Abbès – Algérie.

Adresse E- mail : besboussa88@outlook.fr

Introduction :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique ou syndrome de Wilkie est une pathologie rare due à la compression extrinsèque de la troisième portion du duodénum entre l'artère mésentérique supérieure et l'aorte en rapport avec la réduction de l'angle entre ces deux structures . La symptomatologie est non spécifique. Le traitement est tout d'abord médical, son échec impose le recours à la chirurgie.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 10 ans hospitalisé pour investigation de douleurs abdominales et vomissement chroniques évoluant dans un contexte apyrétique ; une fièvre récurrente et un amaigrissement chez qui l'examen clinique a mis en évidence une dénutrition légère, une asthénie avec un bon état d'hydratation, le reste de l'examen été sans anomalie

La para clinique : un bilan biologique complet sans anomalie ; FOGD avec biopsie en faveur d'une gastrite congestive a HP ; une échographie abdominopelvienne sans anomalie ; TOGD normal ; une TDM abdominal évoquant une hépatite compléter par un angioscanner revenant en faveur d'une pince aorto-mésentérique.

L'enfant a été mis sous traitement de la gastrite ; un traitement symptomatique et postural ou l'évolution fut marqué par une nette régression de la symptomatologie puis l'enfant a été orienté au service de chirurgie pour complément de prise en charge

Conclusion :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique est une maladie rare qu'il faut savoir évoquer devant des symptômes digestifs hauts, chroniques et réfractaires dans un contexte d'amaigrissement important. Le scanner confirme le diagnostic, et la chirurgie améliore les symptômes et la qualité de vie.

P11 : Trouble du rythme cardiaque chez l'enfant : à propos d'une série

A. Hamzaoui, K. Saci, S. Iddir, K. Benarabe, A. Benahmed, A. Daoudi, K. Mohand Said, N.Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

Introduction :

Une arythmie cardiaque est une anomalie du rythme cardiaque touchant sa fréquence, sa régularité et l'intensité de ses contractions. La présentation clinique est polymorphe. Sa prise en charge dépend de la nature des hétérotopies notamment chez le nourrisson.

Matériels et Méthodes :

Une étude rétrospective portant sur 20 enfants hospitalisés pour prise en charge d'un trouble du rythme cardiaque au sein du service de pédiatrie du CHU de Tizi Ouzou sur une durée de 2 ans.

Résultats :

L'âge de révélation était compris entre la période néonatale et 15 ans, 70% d'entre eux avaient plus de 2 ans. Le type le plus fréquent était les tachycardies supraventriculaires, ceci rejoint les données retrouvées en théorie. Le motif révélateur dans 70% des cas était les palpitations, 15% suite à un malaise et au décours d'une décompensation cardiaque dans 10% des cas. Sur les 20 patients, 20% avaient un syndrome de Wolff Parkinson White. Il s'agissait chez 90% des patients d'un trouble sur cœur sain. Seulement 2 patients avaient une cardiopathie congénitale sous-jacente, soit 10%, le même pourcentage est noté en théorie pour les tachycardie supraventriculaire. Pour la prise en charge de ces patients, 65% avaient répondu aux anti-arythmiques, 10% avaient nécessité un recours au choc électrique externe. Sur les 20 patients, aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion :

Le trouble du rythme de l'enfant est une urgence. Le pronostic vital est rapidement mis en jeu. En dehors des tachycardies jonctionnelles souvent spontanément résolutive, leur traitement d'urgence relève d'un centre spécialisé.

P12 :Le scorbut:à propos de 1cas
Azizi S H¹, Nacer I², Benallal K².
1-EPH Adjir Ben Thabet Youb – Saida.
2-CHU Sidi Bel Abbas- service de pédiatrie
Adresse E- mail : azizisdaydimhoucine@gmail.com

Introduction :

Le scorbut est une maladie causée par la carence en vit c présente dans les fruits et les légumes frais ; Les présentations clinique de cette maladie sont variables dominées en premier lieux par des signes hémorragiques secondaires au défaut de synthèse de collagène, il est mortel en absence de traitement, et de bon pronostic si PEC précoce qui est très simple et moins cher

Observation et discussion :

Il s'agit d'un enfant âgé de 09 ans aux ATCD de troubles cognitifs et de comportement non suivi, de niveau socioéconomique médiocre, qui consulte à notre niveau pour un épistaxis pluriquotidien chronique évoluant plus de 06 mois, chez qui l'examen clinique a retrouvé un purpura pétéchial et ecchymotique diffus , une hypertrophie gingivale avec un saignement local provoqué, sans syndrome tumoral.

L'association d'un syndrome hémorragique cutanéomuqueux et l'hypertrophie gingivale illustre les caractéristiques du scorbut, un bilan de 1ere intention (FNS, TP, TCK, fibrinogène, TS) revenant normal, après l'administration de vit c 500 mg 2 fois /jour, l'évolution fut marquée par la nette résolution des signes hémorragiques voir même la disparition d hypertrophie gingivale(le dosage de l'ascorbemie non faite par défaut de moyen

Conclusion :

Le scorbut est une pathologie rare voir oubliée, le dépistage de population a risque est obligatoire (régime alimentaire déséquilibré), le diagnostic est facile par un test thérapeutique, le traitement est simple, disponible et moins cher

P13 :Hyperplasie folliculaire lymphoïde cause rare des rectorragies : à propos d'un cas

Dr Azri, Dr Rezak, Pr Bessahraoui

EHS Pédiatrique Canastel-Oran Service d'Hépatogastroentérologie et nutrition

Introduction

Hyperplasie folliculaire lymphoïdes se caractérise par des multiples nodules jaunâtres touchant les enfants de bas âge particulièrement moins de 02 ans.

Affection rare, l'panage des petits enfants.

Nous rapportant l'analyse d'un tableau clinique d'une cause rare de rectorragie chez un nourrisson admis à notre service.

Nourrissons de sexe masculin âgé de 19 mois Admis pour la prise en charge des rectorragies récidivantes dont le 1^{er} épisode remonte à l'âge de 08 mois.

L'examen clinique : Nourrisson eutrophique avec examen somatique sans anomalie.

Après avoir éliminé les causes les plus fréquentes : une coproparasitologie des selles, une scintigraphie au Tc99*, échographie abdominopelvienne et une fibroscopie œsogastroduodénale, le diagnostic d'une hyperplasie folliculaire lymphoïde a été retenu devant une iléocoloscopie avec étude anapath qui ont étaient en faveur.

A part une anémie sévère microcytaire hypochrome arégénérative (hémorragie) bien tolérée, le malade était stable sur le plan hémodynamique.

Traitement : symptomatique en dehors de la supplementation martiale.

Evolution : favorable avec régression des épisodes de rectorragie durant son séjour puis mis sortant.

Discussion

Hyperplasie folliculaire lymphoïde est caractérisée par de multiples nodules jaunâtres qui correspondent à des follicules lymphoïdes élargis et considéré comme un phénomène touchant les enfants moins de 10 ans dont l'étiologie reste inconnue néanmoins plusieurs hypothèses sont encours d'études à savoir une réponse allergique aux parasites, levures et les antigènes alimentaires...

Ca provoque une désorganisation de l'architecture des muqueuses aboutissant à l'amincissement de ces derniers et parfois s'associes à des ulcérations provoquant le saignement.

Hyperplasie folliculaire lymphoïde se résorbe progressivement avec l'âge vers l'adolescence.

Conclusion

Les rectorragies chez l'enfant constituent un symptôme non rare grave et pourvoyeur de stress parental et les causes sont généralement âge-dépendantes et différentes de celle de l'adulte dont l'hyperplasie folliculaire lymphoïde reste une cause rare qu'il faut y penser devant des rectorragies récidivantes avec un état général conservé, une biologie normale mise à part une anémie chronique et la présence des plages d'hyperplasie nodulaire bénigne sur l'iléocoloscopie.

P14 :Syndrome d'Alagille : a propos d'un cas.

H Gherbia, R Rezak, M Bessahraoui

Le syndrome d'Alagille est une maladie génétique multi systémique héréditaire de transmission autosomique dominante.

Sa prévalence est estimée à 1 cas/ 70 000 à 100 000 naissances vivantes.

Nous rapportons une description et étude clinique d'un cas hospitalisé et suivi au niveau de service hépato-Gastro-entérologie et nutrition de l'hôpital pédiatrique EHS Canastel d'Oran.

Il s'agit d'un nourrisson agé d'un an hospitalisé pour l'investigation d'un ictère cholestatique partiel intermittent évoluant depuis la naissance.

A l'hospitalisation : Anamnèse : prurit invalidant.

Sur le plan clinique ; un ictère cholestatique, dysmorphie faciale, retard staturo-pondéral avec lésions grattages.

Sur le plan biologique : cytolysé hépatique, hyperbilirubinémie à prédominance directe.

Sur le plan radiologique : une sténose pulmonaire à l'échographie cardiaque, image de vertèbre en aile de papillon à la radiographie du rachis.

un embryotoxon à l'examen ophtalmologique.

Le diagnostic est basé sur la présence de 03/05 des critères diagnostics majeurs qui sont :

L'atteinte hépatique, l'atteinte cardiaque, l'atteinte osseuse, l'atteinte oculaire et l'aspect pathognomonique à l'histopathologie.

Notre patient représente 04 critères majeures /05.

Le nourrisson a été mis sous traitement symptomatique du prurit avec évolution défavorable : décès a l'âge de 03 ans et 02 mois par insuffisance hépatocellulaire.

Le syndrome d'Alagille reste un diagnostic fréquent et facile parmi les syndromes de cholestase chronique en pédiatrie et mérite d'être connu.

Les atteintes cardiaque et hépatique conditionnent l'évolution.

Le prurit est fréquent souvent invalidant, pouvant être la cause de l'indication de la greffe hépatique.

P15 :Myasthénie auto-immune dans sa forme généralisée : à propos d'un cas
A. Hamzaoui, K. Saci, A. Benahmed, K. Benarabe, A. Daoudi, L. Ouaguenoun, S. Iddir,
L. MerbahK. Mohand Said, N. Bensaadi,
B. Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

Introduction :

La myasthénie est rare chez l'enfant avec une incidence estimée de 1 à 5 par millions d'enfants. C'est une maladie auto-immune due à des auto-anticorps spécifiques qui induisent un dysfonctionnement de la transmission neuromusculaire dont la conséquence est une fatigabilité excessive de la musculature striée à l'effort.

Matériels et Méthodes :

Patiente âgée de 12 ans, sans notion de consanguinité hospitalisée au service de pédiatrie du CHU de Tizi Ouzou.

Résultats :

L'examen à l'admission avait noté : Ptosis bilatéral diplopie disparaissant en vision monoculaire, voix nasonnée, trouble de la déglutition avec notion de fausse route, trouble de la motricité linguale, difficultés pour marcher, aggravation des signes suscités par l'effort et le soir, test au glaçon positif, test à la prostigmine positif, EMG en faveur d'une atteinte de la jonction neuromusculaire, tomodensitométrie cervico-thoracique à la recherche d'un thymome revenu sans anomalie, dosage des anticorps anti-récepteurs à l'Acétylcholine revenu positif.

Le diagnostic a été suspecté devant son tableau clinique, le test à la prostigmine confirmé par le dosage des AC spécifiques. Les premiers signes sont souvent oculaires, ce qui était le cas chez notre patiente. Le traitement repose sur les inhibiteurs de la cholinestérase qui est le premier traitement et doit être initié dès suspicion de myasthénie.

Conclusion :

La myasthénie auto-immune généralisée reste une maladie très peu fréquente, il faut savoir y penser, la prendre en charge vu son évolution capricieuse avec à tout moment un risque de crise myasthénique pouvant engager le pronostic vital.

P16 : L'hypercholestérolémie familiale (a propos d'un cas)

A. Benchohra, A. Aoui, M.GHarnouti, M.Lamouri, A.Chadli,M.Bessahraoui
EHS Canastel Oran

Introduction :

L'hypercholestérolémie familiale (HF) est une maladie génétique rare et sévère, caractérisée par un taux sévèrement élevé de cholestérol chez l'enfant (CT>200mg/dl, LDL >130 mg/dl, HDL<40mg/dl,TG>100mg/dl chez un enfant moins de 10ans et TG>130mg/dl chez un enfant plus de 10 ans) et d'un risque dramatiquement précoce des complications cardiovasculaire à un âge plus jeune que le reste de la population.

Objectifs :

Diagnostiquer l'hypercholestérolémie et surtout d y penser.

Traiter précocement, correctement et guetter les complications et optimiser le dépistage.

Observation :

Nous rapportons le cas de la petite Nesrine âgé de 09 ans et 09 mois originaire et demeurant à Mascara, née d'un mariage consanguin de 2 eme degré ayant des antécédents familiaux d'hypercholestérolémie hétérozygote et d'obésité sévère chez les parents, qui présentait des xanthes cutanés diffus évoluant depuis l'âge de 04 ans traité par plusieurs médecins libéraux comme étant des verrues.

Malade suivie a notre niveau depuis l'âge de 08 ans dont l'examen clinique à l'admission retrouve une patiente eutrophique, poids=20kg (+1DS), taille=105cm (+0.56), IMC=17.7 (P10); présentant des xanthomes cutanés diffus et tendineux avec des xanthélasmas.

Le diagnostic de l'hypercholestérolémie familiale est retenu devant un bilan lipidique perturbé objectivant une hypercholestérolémie à 9.44g/l, un taux de LDLc à 8.8 g/l, TG à 1.58g/l et une HDL basse à 0.34g/l.

Le bilan de retentissement cardiovasculaire ne retrouve aucune anomalie.

L'enfant a été mis sous mesures diététiques associées à une statine (atorvastatine) avec augmentation progressive des doses tout en surveillant le bilan hépatique et le CPK.

L'évolution sur le plan clinique fut marquée par la persistance des xanthomes, sur le plan biologique la malade n'a pas atteints les objectifs thérapeutiques malgré les doses élevées d'atorvastatine.

Discussion :

L'HF est une affection génétique à transmission autosomique dominante, conséquence d'une mutation du gène codant pour le récepteur de LDL (LDLR), APOB codant l'apolipoprotéine B responsable de la liaison entre particules LDL et leur récepteur ou PCSK codant pour la protéine convertase subtilise/kexine de type 9 qui facilite la dégradation lysosomiale des récepteurs aux LDL, la forme homozygote est caractérisé par l'apparition des xanthomes cutanés avant l'âge de 04 ans avec élévation du cholestérol total, due à un excès de LDL et de l'apoB.

L'HF devrait suspectée chez l'enfant face à des xanthomes cutanés et/ou un taux élevé de LDLc ou face à des antécédents familiaux d'hypercholestérolémie chez les parents.

Dans tout les cas, un test génétique est conseillé pour assurer la certitude du diagnostic qui va imposer un traitement médicamenteux à vie.

Sa prise en charge doit être précoce, associant des mesures diététiques, traitement médicamenteux et des séances de LDL apherèse +/- ézitimibe et les anticorps monoclonaux anti PCSK9.

Malgré la détection précoce et la diversité des thérapeutiques palliatives, le pronostic reste sévère et les patients ont une espérance de vie <30 ans.

Conclusion :

L'hypercholestérolémie familiale dans sa forme homozygote est une situation à très haut risque cardiovasculaire. La gravité du pronostic impose un dépistage et un traitement précoce.

P17 : Une hypertension artérielle pulmonaire compliquant une maladie veino-occlusive pulmonaire chez l'enfant : à propos d'un cas rare.

*Z. Litim, M.M. Bekkar, A. Tari, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran*

Introduction :

La maladie veino-occlusive pulmonaire (MVO) est une forme rare d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) se caractérisant par une atteinte veinulaire pulmonaire et capillaire prédominante. Les biopsies pulmonaires sont contre-indiquées dans l'HTP et le diagnostic repose donc sur une approche non invasive. Il est généralement évoqué devant la présence d'anomalies scannographiques. Le pronostic des patients atteints de MVO est sombre. Les traitements spécifiques de l'HTAP n'ont pas prouvé leur efficacité dans la MVO. La transplantation pulmonaire constitue aujourd'hui le seul traitement curatif de cette maladie.

Méthodes:

Nous rapportons le cas d'un garçon de 7 ans, originaire et demeurant à Saida, dont la maman a notée une asthénie avec une fatigabilité depuis l'âge de 3 ans, puis une dyspnée d'effort ayant motivé plusieurs consultations chez des pédiatres, mais non explorée. Devant la dyspnée d'effort progressive négligée, la maman consulte chez un cardiologue de ville qui retrouve une dilatation inexpliquée des cavités droites, d'où son orientation vers notre unité de cardiologie pédiatrique pour investigation et prise en charge.

Résultats:

L'examen somatique retrouve une dyspnée en classe fonctionnelle III OMS, un souffle d'insuffisance tricuspide avec éclat de B2 et une hépatomégalie. Le test de marche des 6 min été réduit à 300 m. Le taux du NTproBNP été de 1400 pg/ml. La radiographie du thorax montre une cardiomégalie avec une hypervascularisation pulmonaire. L'échocardiographie objective une HTAP sévère avec dilatation importante des cavités droites sans malformations cardiaques décelables. L'angio-TDM cardio-thoracique été en faveur d'une maladie veino-occlusive (MVO) et/ou l'hémangiomasose capillaire pulmonaire. Le patient est sous traitement symptomatique de l'insuffisance cardiaque ainsi que sous traitement spécifique de l'HTAP (Bosentan). Il est resté stable sur le plan clinique et échocardiographique.

Conclusion:

MVO peut survenir à tout âge, y compris dans l'enfance.

La présentation clinique de la MVO est dominée par une dyspnée d'effort progressive et souvent négligée, expliquant le retard à la prise en charge. La plupart des patients atteints de MVO sont diagnostiqués à un stade évolué de la maladie.

La TDM thoracique est un élément essentiel à la recherche de MVO devant la découverte d'une HTAP d'allure idiopathique. Du fait du pronostic réservé de la MVO et des options thérapeutiques limitées, la transplantation pulmonaire doit être envisagée précocement dans la prise en charge de ces patients.

P18 :Evolution des hémangiomes infantiles après l'arrêt thérapeutique

*M.M. Bekkar, A. Tari, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran*

Introduction :

Le traitement par bêtabloquant des hémangiomes infantiles (HI) a fait l'objet de nombreuses publications. Nous présentons une série de 52 HI traitées par propranolol, dont l'originalité est de représenter l'évolution des lésions après l'arrêt du traitement.

Matériels et méthodes :

52 enfants ont bénéficié du propranolol (3 mg/kg/j) et dont le traitement était poursuivi jusqu'à l'âge de 1 an. L'efficacité du traitement était évaluée, grâce à l'examen de photographies. Les patients étaient ensuite revus à 1 mois, 6 mois puis 1 an après l'arrêt du traitement, celui-ci étant réinstauré en cas de rechute lésionnelle importante.

Résultats :

Le traitement été peu, moyennement, très efficace dans respectivement 7.7 %, 44.2 %, 52 % des cas. Les évènements indésirables les plus fréquemment rencontrés étaient le bronchospasme et l'hypoglycémie, chez 11.5 % des patients.

Après l'arrêt du traitement, de minimes reprises en coloration et/ou en taille étaient observées chez 17 patients (10 jours à 9 mois plus tard) ne nécessitant pas la reprise du traitement et se résolvant progressivement. Une rechute lésionnelle plus sévère était survenue dans 13 cas, nécessitant la reprise du traitement (2 HI superficiels, 4 HI mixtes et 7 HI profonds).

Dans notre étude, ni le sexe, ni l'âge d'instauration du médicament, ni la durée du traitement ne semblaient être des facteurs de risque de récurrence à l'arrêt.

50 % des HI profonds et des HI segmentaires ont nécessité une reprise du traitement (versus 25 % des HI mixtes et 13 % des HI superficiels). Le propranolol était alors dans tous les cas de nouveau efficace.

Conclusion :

Peu d'études s'étaient intéressées auparavant au suivi des patients après l'arrêt du traitement. Dans notre étude, les HI de type profond et les HI segmentaires apparaissent plus à risque de rechute, ce qui nous incite à proposer chez ces patients un traitement prolongé après l'âge d'un an.

**P19 :Hémangiome congénital de localisation cervicale à révélation anténatale :
A propos d'un cas**

A. Tari, M.M. Bekkar, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar

Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

Introduction :

L'hémangiome congénital d'involution rapide (rapidly involuting congenital haemangioma [RICH]) est une tumeur vasculaire rare dont le diagnostic anténatal est difficile.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons le cas d'une volumineuse masse hétérogène cervicale découverte lors d'une échographie prénatale à 33 SA dont l'aspect pouvait faire évoquer un hémangiome ou un tératome. L'accouchement a eu lieu par césarienne et a permis la naissance d'un nouveau-né en bonne santé pesant 3kg300.

Résultats :

A la naissance, on constate une grande tumeur cervicale solide en barbe non compressive, sans signes de détresse respiratoire ni d'insuffisance cardiaque. L'échographie cervicale des parties molles retrouve une masse homogène, avec des contours réguliers et bien limités. Le Doppler couleur permet de voir des vaisseaux de forme non capillaires, à circulation rapide. Nous n'avons pas retrouvé de malformations associées.

L'exérèse de la masse n'a pas été effectuée devant la stabilité hémodynamique et respiratoire. L'évolution fut favorable marquée par la régression progressive et spontanée dans un délai de 13 mois, ce qui a permis de retenir le diagnostic du RICH.

Conclusion :

L'hémangiome congénital est une tumeur rare de diagnostic anténatal difficile, faisant appel à l'échographie et à l'IRM.

La résection chirurgicale en urgence n'est pas la règle. Les indications doivent être bien posées car il s'agit d'une chirurgie potentiellement hémorragique.

La surveillance anténatale, la voie d'accouchement ainsi que la prise en charge post-natale ne sont pas consensuelles et prennent en compte la taille de la tumeur, son aspect et son évolution.

**P20 :Etude du profil clinique et évolutif de la maladie de Kawasaki
chez les nourrissons de moins de 6 mois**

A. Tari, M.M. Bekkar, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar

Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

Introduction :

La maladie de Kawasaki (MK) demeure l'une des principales causes des cardiopathies acquises. Elle peut être source d'anomalies des artères coronaires chez 20 à 25 % des patients non traités, alors que l'administration précoce d'immunoglobuline intraveineuse à haute dose résout les symptômes de la phase aiguë de la MK, et réduit le risque de l'atteinte cardiaque.

Cette étude a pour objectif de préciser la présentation clinique et l'évolution de la MK chez les nourrissons de moins de 6 mois par rapport à ceux de ≥ 6 mois.

Matériels et méthodes :

Nous avons évalué 12 nourrissons de < 6 mois et 50 nourrissons et

enfants de ≥ 6 mois atteints de MK suivis entre janvier 2017 et juin 2022 au niveau du Service de Pédiatrie du CHU Oran. Nous avons comparé les différences concernant la présentation clinique, les données biologiques, la réponse au traitement et les résultats de l'atteinte des artères coronaires entre les deux cohortes.

Résultats :

La majorité (78%) des nourrissons et des enfants âgés de 6 mois ont été initialement diagnostiqués comme étant MK, contre seulement 33,3 % des nourrissons de moins de 6 mois. Les caractéristiques cliniques de la MK étaient plus fréquemment observées dans la cohorte plus âgée : l'atteinte buccale (90 contre 75 %, $P = 0,0023$), l'atteinte des extrémités (70 contre 58,3 %, $P = 0,029$) et l'adénopathie cervicale (66 contre 33,3 %, $P = 0,0004$).

Qu'ils soient traités dans les 10 premiers jours de la maladie ou après le 10^e jour, les nourrissons de moins de 6 mois étaient plus à risque de développer un anévrisme de l'artère coronaire que les patients atteints de MK de ≥ 6 mois traités au même moment de l'évolution de la maladie [≤ 10 jours (58,3 contre 10 %, $P = 0,00012$) ; > 10 jours (50 contre 6 %, $P = 0,043$)].

Conclusion :

Nos résultats montrent que malgré un traitement précoce dans les 10 premiers jours de la maladie, les nourrissons de moins de 6 mois ont un risque plus élevé de développer un anévrisme coronarien. Un retard dans le diagnostic conduit à des anévrismes coronariens plus importants chez ces nourrissons. Ainsi, la MK devrait être encore plus suspecté dans cette population vulnérable.

P21 : Porphyrie érythropoïétique congénitale de forme précoce : étude clinique, biochimique chez deux sœurs.

*A. Tari, M.M. Bekkar, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran*

Introduction :

La porphyrie érythropoïétique congénitale (PEC) ou maladie de Günther est une forme rare de porphyrie avec environ de 200 cas mondiaux décrits. C'est une génodermatose exceptionnelle de transmission autosomique récessive caractérisée cliniquement par une photosensibilité précoce et une importante fragilité cutanée.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons les observations de 2 sœurs âgées de 6 et 10 ans, issues de parents consanguins et appartenant à une fratrie de 4. Chez nos 2 patients, la maladie a été révélée par les lésions cutanées. Le diagnostic a été confirmé par les données biochimiques et enzymologiques.

Résultats :

La maladie a débuté avant l'âge d'un an par les lésions cutanées. Les signes cutanés sont typiques, évoluant par poussées bulleuses photo-induites vers des séquelles atrophiques et dyschromiques, mais sans grandes mutilations. Les anomalies ophtalmologiques sont présentes chez les 2 sœurs. Le bilan biologique ne retrouve pas d'hémolyse ni d'anémie. Le dosage biochimique a confirmé le diagnostic clinique: l'uroporphyrine et la coproporphyrine sont élevées, puis confirmé par le dosage enzymatique qui montre une baisse du taux de l'uroporphynogène III co-synthétase. Sur le plan thérapeutique, nos patientes n'ont bénéficié que d'un traitement symptomatique associé à une photoprotection.

Conclusion :

La PEC est une affection chronique et rare, de sévérité variable. Elle nécessite une surveillance régulière des malades. Nos patientes présentent une forme modérée de PEC pouvant correspondre à une forme variante de la maladie. Le traitement repose sur une photoprotection permanente et la prise en charge des complications infectieuses et cicatricielles. L'allogreffe de moelle osseuse est actuellement proposée comme traitement curatif.

P22 : Hémangiomes segmentaires : la particularité du PHACES syndrome.
M.M. Bekkar, A. Tari, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

Introduction :

Le PHACES est un acronyme qui désigne un syndrome neuro-cutané décrit en 1966 par Frieden et al. Il est caractérisé par des malformations de la fosse cérébrale postérieure, des hémangiomes segmentaires faciaux, des anomalies artérielles, cardiaques, oculaires et sternales.

C'est un syndrome extrêmement rare avec moins d'une centaine de patients ayant été rapportés. Les manifestations cliniques du syndrome sont extrêmement variables et l'expression complète est exceptionnelle.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons deux cas exceptionnels de PHACES syndrome dont l'expression clinique est complète.

Résultats :

Cas 1 : Fillette de 18 jours adressée pour bilan d'hémangiome segmentaire S3. L'examen retrouve une fente sternale et une malformation du raphé sus-ombilical. Elle est atteinte sur le plan ophtalmologique d'une cataracte partielle unilatérale. L'IRM retrouve une variante du polygone de Willis avec absence d'artère communicante postérieure. L'échocardiographie retrouve une coarctation de l'aorte.

Cas 2 : Fillette de 2 mois adressée pour un hémangiome du visage et du thorax. Elle a comme antécédents une épilepsie, une tétralogie de Fallot et une atrésie jéjunale. L'IRM retrouve une hypoplasie cérébelleuse avec hypoplasie de la carotide interne. A l'examen ophtalmologique, on retrouve une opacité cornéenne droite congénitale associée à des zones d'atrophie chorio-rétinienne.

Conclusion :

Tout enfant présentant un hémangiome segmentaire de la face, du cou ou de la partie supérieure du torse doit faire l'objet d'un examen clinique complet pour rechercher toute anomalie oculaire, vasculaire, cardiaque ou neurologique. Le pronostic dépend de la sévérité des signes cliniques dans le cas d'anomalies cérébrales ou artérielles ; les séquelles neurologiques sont très fréquentes.

P23 : Covid 19 chez l'enfant :

L'association avec l'érythème polymorphe.

Z. Litim, M.M. Bekkar, A. Tari, C. Mesdour, S. Zoubir, L. Cheriet, M. Naceur, S. Niar
Service de pédiatrie A Marfan, CHU Oran

Introduction :

Les manifestations cutanées et ischémiques ont été largement décrites en association avec la maladie Covid-19. Nous rapportons des cas d'érythème polymorphe (EP) et nous décrivons leurs caractéristiques cliniques ainsi que de la possible relation avec le Covid -19.

Matériels et méthodes :

A partir d'une revue de dossier de 18 cas de Kawasaki-like associées au Covid 19 chez les enfants pris en charge au niveau du service de pédiatrie A au CHU Oran (Algérie), nous avons identifié 6

patients (4 garçons et 2 filles, âgés de 9 à 15 ans) qui présentaient des lésions cutanées similaires à l'EP.

Résultats :

L'examen somatique retrouve des différentes lésions cutanées annulaires (en cible et/ou en cocarde), maculo-papuleuses confluentes ainsi que des plaques de différentes tailles, certaines avec hémorragie ou croûte centrale, siégeant au niveau des extrémités distales, du tronc et du visage. 2 patients se sont plaints de prurit intense. On a retrouvé aussi des engelures aux pieds (2 cas). Aucun des patients n'avait d'antécédents d'EP. On ne note l'absence de prise médicamenteuse suspecte ou de vaccination récente précédant l'installation de l'EP. Le PCR SARS-CoV-2 a été effectué dans tous les cas, et un seul était positif. Les sérologies SRAS-CoV-2, fut positives pour les IgG et négatives pour les IgM, Chez 4 cas. Tous les patients ont reçu une cure des immunoglobulines. Un patient a reçu des corticostéroïdes topiques. Tous les patients ont eu une rémission complète de leurs lésions cutanées en 1 à 3 semaines et sans aucunes complications.

Conclusion :

Des lésions de type EP peuvent apparaître avec ou sans engelures chez les enfants atteints de Kawasaki-like associé au COVID-19. Cette association suggère fortement un lien entre lésions types EP et le SRAS-CoV-2.

P24 :Diagnostic et dépistage d'une maladie de wilson :à propos d'un cas familial

Auteur : Dr N.Djedouani , Z.Ghecham, A.Chouikh

Service de pédiatrie de Tebessa

Introduction :

La maladie de Wilson ou dégénérescence hépato lenticulaire progressive est une affection autosomique récessive due à une diminution de l'élimination du cuivre dans la bile et son accumulation toxique dans les organes en particulier le cerveau, le foie, la cornée et le rein d'où son hétérogénéité clinique.

Les manifestations ophtalmologiques et neurologiques représentent des critères diagnostiques importants.

Objectifs:

Reconnaître les éléments diagnostiques de la maladie de Wilson et mener un dépistage familial efficace .

Observations :

Nous rapportons un cas familial de la maladie de Wilson: 02 enfants issus d'un mariage non consanguin le 1^o garçon de 14 ans, sans antécédents pathologiques notables et dont le début de la symptomatologie remonte à 2 mois par l'installation progressive d'une dysarthrie avec tremblements au repos .L'examen clinique trouve un patient conscient ,dysarthrique, présentant un tremblements des mains et un subictère .L'abdomen est souple sans hépatosplénomégalie.le reste de l'examen neurologique est sans anomalies L'hémogramme objective une thrombopénie à 124000 avec une anémie hypochrome microcytaire Le bilan d'hémostase est correct. .Le bilan hépatique montre une cytolyse taux d'ASAT à 63 UI/L ; ALAT à 96UI/L . La Bilirubine T: 42mg/l ; la BD à 16mg/L . Le bilan cuprique montre une diminution importante du taux de céruloplasmine à 0.03g/l, et une cuprémie basse à 295µg/dl.La recherche des anneaux de Kayser et Fleischer est positive. L'IRM cérébrale objective une anomalie de signal des noyaux lenticulaire et caudés bilatéral et

symétrique. Le diagnostic de la maladie de Wilson est retenu et le malade est mis sous D-pénicillamine avec une bonne évolution clinico-biologique.

Le dépistage chez la fille âgée de 8 ans asymptomatique retrouve un taux de céruloplasmine bas avec cuprémie basse, le reste du bilan biologique est normal, La recherche des anneaux de Kayser et Fleischer est négative, l'IRM est non faite.

Conclusion

La maladie de Wilson est une maladie rare létale sans traitement, le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate permettent la réversibilité des déficits. Le dépistage des membres pré symptomatique est essentiel afin d'éviter les complications.

P25 :HYPOGLYCÉMIE RÉVÉLANT UNE INSUFFISANCE ANTE HYPOPHYSAIRE : (à propos d'un cas)

Auteur :N.Djedouani,A.chouikh, Z.Ghecham

Service de Pédiatrie Tebessa

Introduction :

L'hormone de croissance (GH) et le cortisol sont deux hormones importantes de la contre-régulation permettant de maintenir une glycémie normale.

Un phénomène de dérèglement de cette contre-régulation a été décrit même chez le nouveau-né provoquant des hypoglycémies.

Objectifs:

Penser à une insuffisance ante hypophysaire devant des épisodes d'hypoglycémie du nourrisson.

Observations :

Nous rapportons un cas de déficit antéhypophysaire portant sur les axes corticotrope et somatotrope. Il s'agit d'un nourrisson de 18 mois adressé pour exploration d'une convulsion secondaire à une hypoglycémie, les convulsions et les malaises hypoglycémiques ont débuté à l'âge de 8 mois et leur fréquence augmente progressivement.

L'examen clinique retrouve un nourrisson eutrophique, pâle, l'abdomen est souple sans hépatosplénomégalie La glycémie est basse la chimie des urines est négative sans cétose la réponse au glucagon est positive.

La surveillance du cycle glycémique objective plusieurs épisodes d'hypoglycémie anarchique

L'hémogramme objective une anémie microcytaire hypochrome.

L'exploration hormonale au moment de l'hypoglycémie était en faveur d'une insuffisance antéhypophysaire dissociée touchant les axes somatotrope et corticotrope ; l'axe thyroïdote est épargné. l'échographie abdomino pelvienne et la TDM abdominale sont sans anomalie L'IRM hypophysaire était normale.

Le nourrisson était mis sous GH norditropine 0.30ui/kg et hydrocortisone 10mg/m2.

L'évolution était favorable marquée par la disparition des épisodes hypoglycémiques.

Conclusion

L'hypoglycémie du jeune nourrisson est une manifestation rare et grave de plusieurs maladie dont l'insuffisance anté hypophysaire, le diagnostic repose sur les dosages hormonaux au moment de l'hypoglycémie, la supplémentation hormonale permet la disparition des symptômes et l'éviction des complications.

P26 : Pandémie COVID 19 et incidence du diabète de type 1 chez l'enfant : comparaison entre deux années avant et après COVID 19 dans un service de pédiatrie

Dr A.Naili ,D.Boukria, F.Amirouche, A.Fafa,C.Khiari,A.Djermane, R. Khia, R.Aous
L. Kermi,S,Aggoune H. Maouche.
.Hassen Badi Hospital ,pédiatrie département

Introduction :

Le diabète de type 1 est l'une des pathologie les plus fréquente chez l'enfant . l'incidence de la maladie a nettement augmenté ces dernières années .

Des arguments épidémiologiques sont en faveur de l'effet du virus covid 19 sur le développement du diabète de type 1.

Contrairement au virus coxsackie B dont la relation avec le diabète de type 1 a été prouvée par la détection de marqueurs biologiques de ce dernier dans le pancreas, la preuve de causalité du Covid 19 reste incertaine .

Méthode

Notre étude a été effectuée au service de pédiatrie de L'EPH Belfort(Alger) comparant l'incidence du diabète de type 1 entre les deux années pré covid (01/01/2018 a 31/12/2019) et deux années durant la pandémie du covid (01/01/2020 et 31/12/2021) : concernant les cas de diabète de type 1 inaugural chez l'enfant de moins de 15 ans

Les différents paramètres étudiés sont : age , sexe , nombre de jours d'hospitalisation , tableau clinique révélateur du diabète ,glycémie de départ , hémoglobine glyquée et notion d'infection Covid 19.

Résultats

Nous avons colligé 63 nouveau cas durant la période pré covid (2018 et 2019) :30 garçons et 33 filles soit un sex ratio de ;0.90 . L'âge moyen était de 10 ans , le nombre de jours d'hospitalisations était de 7.7 jours.

92 nouveau cas durant la période du covid 19 : 45 garçons et 47 filles soit un sex ratio de ;0.96 . L'âge moyen était de 11ans , le nombre de jours d'hospitalisations était de 7.1jour

Le tableau clinique lors du diagnostic était fait de syndrome polyuro polydypsique dans presque la totalité des malades avec asthénie et amaigrissement .

Une cétose inaugurale chez 73.33 % en période précovid contre 49.23 % en période du covid .

une acidocétose inaugurale chez 11.67% en période précovid contre 33.08 % en période du covid

La glycémie moyenne a l'admission était de 4.5g/l pour les deux groupes avec une Hb1C a 11.2% pour la période pré et 12 % per Covid .

La sérologie covid n'a pu être interprée car non faite chez tous la patients en période de covid par manque de moyens .

Discussion

Nous retrouvons dans ces résultats une augmentation de l'incidence du diabète de type 1 pendant la période du Covid avec une différence significative par rapport a la période précovid .

Concernant les autres paramètres étudiés chez nos patients notamment l'âge moyens ,le sex ratio , le tableau clinique de départ ainsi que la durée d'hospitalisation étaient sans différence significative.

Conclusion :

Même si notre modeste étude montre l'augmentation de l'incidence du diabète de type 1 pendant la pandémie du covid 19 ,le rapport cause à effet quand à lui reste à prouver.

Des travaux expérimentaux actuellement menés permettent d'explorer des pistes pour mieux comprendre de quel manière les virus participent au développement du diabète de type 1 .

Cela ouvre la perspective pour limiter la progression de cette pathologie.

P27 : Profil épidémiologique et clinique de l'enfant diabétique atteint de Covid-19 à l'EHS pédiatrique de canastel

Auteurs : F.Belaoun⁽¹⁾ ; N.Bouziani⁽¹⁾ ; A.Bouchetara⁽²⁾ ; A.Tadjeddine⁽¹⁾

(1) SEMEP EHS Canastel

(2) Service des maladies infectieuses pédiatrique

Introduction : Bien que le covid-19 affecte essentiellement les personnes souffrant d'une maladie chronique, son impact semble très limité sur les jeunes diabétiques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale prospective réalisée au niveau de l'EHS pédiatrique de Canastel sur les enfants diabétiques type 1 âgés de moins de 16 ans atteints de la covid19, hospitalisés entre le 15/08/2020 et 30/08/2022 répondant aux critères de la définition ministérielle de la covid19 avec un RT-PCR ou un test antigénique positif.

Résultats : Au total, 32 diabétiques atteints de la covid-19 confirmés ont été hospitalisés et pris en charge au niveau de l'EHS Canastel dont 13.33% hospitalisés en réanimation polyvalente.

Age moyen des malades est de 9 ans ± 7 mois avec un sex ratio de 0.5, le délai moyen entre la symptomatologie et la prise en charge initiale est de 4 jours ± 1 jour.

Les symptômes les plus fréquents sont la fièvre 60%, Asthénie et céphalées 53.33% pour chacun et la toux dans 40% des cas

Il s'agit dans 13.33% d'un diabète inaugural, la létalité est de 6.25%

Conclusion : Les enfants atteints de diabète n'ont pas montré un profil de maladie différent de celui de leurs pairs. En outre, les enfants en général sont moins touchés que les adultes.

P28 : Sensibilité et besoins en insuline chez des jeunes enfants atteints de DT1 après insulinothérapie fonctionnelle (IF) enseignée aux parents.

M. Gharnouti¹, A. Aoui², C. Latroch², FZ. Serradji, M. Touhami², G. Boudraa², K. Bouziane-Nedjadi² 1. Service de Pédiatrie, HMRU d'Oran. 2. Service de Pédiatrie « C », CHU d'Oran

Introduction : Les recommandations en matière d'insuline au DT1 relèvent des travaux sur l'adulte sans être adaptées aux jeunes enfants.

Objectif : L'objectif était d'approcher les besoins initiaux en insuline dans différentes situations de titrage à partir des données de l'IF enseignée aux parents.

Méthodes : Etude prospective mono-centrique, IF enseignée aux mères. Les besoins journaliers en insuline ont été relevés à partir des carnets de traitement. Le ratio insuline/10g de glucides (ICR) a été calculé au cours des repas tests. Les besoins pour corriger les hyper- et hypoglycémies sont exprimés pour une unité d'insuline et pour 3 gr de sucre. Résultats Ont été inclus 49 enfants, 27 filles, de 3 à 12 ans (8,88±2,40 ans), d'ancienneté 3,29±2,34 ans, pesant entre 13 et 56 kg pour un IMC au 63,66±26,11 percentile. Les besoins journaliers en insulines déterminés 2875 fois étaient de 0,97±0,18 U/kg/24 heures avec 61,2% de rapide et 38,8% de lente. L'ICR effectuée 55 fois était de 1,25±0,55, 0,81±0,31, 0,87±0,87 et 0,73±0,26 U/10g d'hydrate de carbone (HC) respectivement pour le petit-déjeuner, le déjeuner, le goûter et le dîner (différence significative vs petit déjeuner et dîner vs goûter). La sensibilité à l'insuline, déterminée 55 fois, montrait qu'une unité d'insuline diminuait la glycémie de 0,65±0,31 g/L. La sensibilité aux HC, déterminée 52 fois, montrait que 3 gr de sucre augmentaient la glycémie de 0,19g/±0,13 g/L. Si l'on considère des seuils de poids corporel de 10 en 10 kg, les chiffres moyens de sensibilité à l'insuline et aux sucres variaient vers une moindre sensibilité pour l'insuline et pour les sucres.

Conclusion Nos résultats rejoignent ceux des adultes pour l'insuline des 24 heures et pour ICR de chacun des repas de la journée. Les sensibilités à l'insuline et aux HC pour corriger les dérives glycémiques et leurs valeurs en fonction du poids corporel ont été précisées.

P29 :Hyperinsulinisme congénital chez le nourrisson à propos d'un cas.

Dr SEBAA.B, Dr MELIS.K, Dr BENKEROUM, Dr MORTET.H, Dr KACEM.A, Dr DAHBI.
Service de Pédiatrie Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran/2RM.

Introduction :

Hyperinsulinisme (HI) congénital est une cause rare d'hypoglycémie chez le nouveau-né et le nourrisson qui correspond à une anomalie de pancréas endocrine caractérisé par une sécrétion inapproprié d'insuline par les cellules B du pancréas est responsable d'hypoglycémie sévère. Nous rapportons l'observation d'une forme focale d'hyperinsulinisme congénital diagnostiqué tardivement chez un nourrisson sensible au Diazoxide.

Observation :

Il s'agit d'un cas d'hyperinsulinisme congénital diagnostiqué suite à une hypoglycémie symptomatique (convulsion généralisé) associé à une hyperinsulinémie à $\mu\text{U/ml}$. Cliniquement on ne peut pas distinguer entre la forme diffuse et focale pour cela un PET scan à la FDOPA a été fait et a montré une forme focale d'hyperinsulinisme de 09 mm au niveau de la tête du pancréas. Le nourrisson a été mis sous Diazoxide 15 mg/kg/jr avec normalisation du cycle glycémique.

Commentaire :

HIC est affection rare son incidence est estimé 1 cas pour 30000 naissance dans les pays occidentaux. Hypoglycémie est liée à une sécrétion inappropriée d'insuline qui entraîne l'inhibition de la glycogénolyse et favorise l'utilisation périphérique du glucose. Sur plan histopathologie : on distinct forme focale et formediffuse. Sur le plan clinique : on distinct 02 formes : Forme sensible au Diazoxide et forme résistante à ce dernier. Les lésions focales sont due à une mutation hétérozygote du gène SUR1 et du gène KIR 6.2 (localisé sur le en 11p15.1), les formes diffuses ont une mutation homozygote ou 02 mutations hétérozygotes composites du gène SUR1. Le **PET-SCAN à la FDOPA** a permis de différencier avec précision les formes D'HI focales des formes diffuses.

Conclusion :

HIC est une affection rare son pronostic reste réservé la prise en charge précoce permet de prévenir le risque de séquelles cérébrales, le diagnostic de localisation est très important car il conditionne les modalités chirurgicales et le conseil génétique.

P30 :Puberté précoce révélant un syndrome de McCune Albright : à propos d'un cas

A.Aoui , M.Gharnouti, M.bessahraoui .EHS canastel

Introduction

Le syndrome de McCune Albright (SMA) est classiquement défini par la triade clinique : dysplasie osseuse fibreuse, taches cutanées café au lait et endocrinopathies dont la plus fréquente est la puberté précoce. Lié à une mutation somatique de la sous-unité α de la protéine Gs, ce syndrome conduit à une activation constitutive de l'adénylate cyclase, à la production excessive de l'AMPc.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente de 3 ans, sans notion de cosanguinité, consultant pour saignements vaginaux évoluant depuis l' age de 03 mois avec développement mammaire à 18 mois . La patiente pesait 18.2kg (+3.05DS) pour une taille de 108 cm (+4.24 DS). L'examen des OGE

révélaient une croissance des petites lèvres, une œstrogénisation de la muqueuse vulvovaginale, une pigmentation vulvaire et des saignements vaginaux avec des seins stade 3 de Tanner et absence de pilosité pubienne ou axillaire. On notait une tache cutanée café au lait à contours irréguliers au niveau des fesses jambe gauche et les organes génitaux externes. L'examen ne retrouvait pas de signes d'hyperandrogénie, ni de déformations ou douleurs osseuses. L'évaluation hormonale objectivait une franche hyperœstrogénie avec gonadotrophines effondrées : œstradiol : 275,9 pmol/L (< 70) FSH : 0,10 ui/l (4) LH : 0,10 ui/l (1,4), l'échographie pelvienne objective un kyste ovarien droit de 39 mm avec utérus impubère. L'AO était de 10 ans.

- **IRM pelvienne** : ovaires de taille normale , présentant des follicules pouvant être en rapport avec un syndrome d' hyperstimulation ovarienne
- **IRM hypothalamo-hypophysaire** : épaississement de l' ensemble de la voûte crânienne frontale et occipitale ainsi que le corps sphénoïdal et le clivus et les parasellaire Evoquant des lésions de dysplasie fibreuse+ épaississement du toit du cavum

Un traitement par anti-aromatase à la dose de 2,5 mg/j permettant la , la disparition des métrorragies amélioration de l'hyperœstrogénie avec bonne tolérance hépatique avec un recul de 04 ans .

Conclusion

Le diagnostic de SMA n'est pas toujours simple, particulièrement en l'absence de la triade classique. Il y penser devant toute puberté précoce a fin de mettre en route une thérapie efficace permettant une

P31 : Mucoviscidose révélée par une déshydratation sévère avec hépatomégalie: A propos d'un cas

A Belabid, R Rezak, M Bessahraoui

EHS Pédiatrique Canastel-Oran Service d'Hépatogastroentérologie et nutrition

INTRODUCTION :

La mucoviscidose, autrefois dénommée fibrose kystique du pancréas, est une exocrinopathie généralisée, frappant les glandes séreuses (sudoripares et parotides) et les glandes à sécrétion muqueuse. Il s'agit d'une maladie génétique poly viscérale héréditaire autosomique récessive affectant les bronches, les muqueuses ORL, les canaux pancréatiques, biliaires, l'intestin, les canaux déférents, et exceptionnellement et de façon mal comprise le myocarde. Souvent de révélation respiratoire, mais une présentation digestive est parfois retrouvée

l'incidence se situe aux environs de 1 sur 2000 à 1 sur 3.000 naissances vivantes (race blanche) Elle est rare chez le sujet de race noire (1/17 000)

OBSERVATION :

-Nous rapportant l'analyse d'un tableau clinique d'un cas hospitalisé au niveau de service hépato-Gastro-entérologie et nutrition de l'hôpital pédiatrique EHS Canastel d'Oran.

Il s'agit d'un nourrisson âgé 7 mois hospitalisé pour l'investigation d'une déshydratation à répétition avec hépatomégalie

L'anamnèse : 1 épisode de détresse respiratoire , 2 épisodes de déshydratation /diarrhée.

cliniquement : un retard pondéral [-4,84Ds], BMI:9,6[-6,45Ds]P/A: 59,15%(malnutrition sévère), P/T:55,4%(malnutrition sévère)Pâleur cutanée, sub ictere conjonctivale, Signe de déshydratation sévère Hépatomégalie : flèche hépatique à 8cm, Hypotonie axiale, biologiquement : Hyponatrémie a 124,6mmol/l, TP : bas à 24,9%(test de koller positif) , hypoalbuminémie a 16,80g/l (corriger a 2reprise), bilan hépatique perturbé (TGO 4*N) (GGT 10*N).

Écho cœur : FEVG : 68% HTAP modéré probablement d'origine pulmonaire PAPs : 42

Test de la sueur+ (poids sueur : 313mg,. Taux de chlore : 107meq/l).

Le 2 eme test+(poids sueur : 146mg,. Taux de chlore : 111meq/l).

Le diagnostic de la mucoviscidose est basé sur le polymorphisme clinique de la maladie et le test de la sueur qui est revenue positif, L'enfant a été mis sous : un régime hypercalorique, des extraits

pancréatique (Créon), vitaminothérapie (A, D, E, K), orientation au service pneumo pour la continuité de la prise en charge sur le plan respiratoire .

Conclusion :

La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies héréditaires grave. Se manifeste souvent par une atteinte respiratoire dont l'atteinte digestive isolée on doit y penser
Elle reste une maladie grave sans traitement curatif, mais dont la prise en charge précoce et adaptée améliore le profil évolutif.

P32 : Pneumopathie d'inhalation de la vitamine D : à propos d'une série

A. Hamzaoui, K. Benarabe, S. Iddir, K. Saci, Y. Benahmed, A. Daoudi, D. Boudia, H. Fahem, M. Kaoubi, N. Bensaadi, Service de pédiatrie CHU de Tizi Ouzou

Introduction :

L'inhalation, décrite pour la première fois par Mendelson en 1946, définie comme l'inhalation du contenu oropharyngé, gastrique ou de substance exogène comme un produit huileux tel que la Vitamine D, dans les voies respiratoires.

Matériels et méthodes :

Une étude épidémiologique rétrospective sur 37 dossiers d'enfants hospitalisés au service de pédiatrie CHU TO en 3 ans, pour pneumopathie d'inhalation.

Résultats :

La pneumopathie d'inhalation de la vitamine D était la plus fréquente, une minorité de 14% secondaire à l'inhalation de produits moussants. La tranche d'âge la plus touchée allait de 30 à 35 jours dans 66% des cas, coïncident avec l'introduction de la vitamine D selon le calendrier national de vaccination. Sex ratio à 1. Le motif de consultation était une toux, suivi de dyspnée associée dans 100% des cas à une documentation à l'anamnèse.
Dans 60% des cas on avait une infiltration bilatérale des 2 poumons. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 à 4 jours, l'évolution était favorable dans 90% des cas. Aucun cas de décès enregistré.

Conclusion :

L'inhalation de la vitamine D est une pneumopathie lipidique très dangereuse, en raison du risque d'inflammation proliférative interstitielle suivie d'une fibrose pulmonaire, qui exposerait à l'insuffisance respiratoire chronique.

P33 :Myasthénie néonatale : expérience de service de néonatalogie CHU Oran, à propos de trois cas

Dr. Y. Abdi (1), Dr.N. Benaouda (1), Dr.N.Benomrane(1), Dr.A.Reguiég(1), Dr.Bahmani(2), Pr.R.Mecifi(1)

(1) Service de néonatalogie CHU Oran, (2) Service de neurologie CHU Oran

Le n-né eutrophique, ne présentant aucune symptomatologie clinique avec un bon statut
Introduction : La myasthénie est une maladie neurologique auto-immune, qui se caractérise par la présence d'anticorps anti-récepteurs de l'acétyl-choline sur la plaque motrice.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive portant sur les cas enregistrés durant la période allant de mars 2021 jusqu'au mars 2022. **Résultats :** 1^{er} cas : n-né B.N de sexe féminin, issu d'une mère connue myasthénique sous prostigmine et corticoïdes. Le n-né eutrophique, admis dans

un tableau de détresse respiratoire légère avec abolition des réflexes archaïques. **2^{ème} cas** : n-né A.M de sexe masculin, issu d'une mère connue myasthénique, sous Prostigmine neurologique. **3^{ème} cas** : le nouveau-né B.B de sexe féminin, issu d'une mère myasthénique sous prostigmine. Le n-né hypotrope, admis dans un tableau de détresse respiratoire sévère avec abolition des réflexes archaïques. Les trois n-nés ont reçu la Prostigmine dès leurs naissances par voie intraveineuse.

Discussion : La myasthénie néonatale se révèle dans les premières heures de vie, parfois après un intervalle libre de quelques jours. Environ 12% des n-nés de mère myasthénique développent une myasthénie transitoire. Le test à la Prostigmine, apporte une preuve diagnostic rapide s'il permet une régression passagère des symptômes. L'évolution naturelle se fait vers la régression des signes dans un délai allant de 15 jours à cinq semaines.

Conclusion : La myasthénie néonatale transitoire est une pathologie rare. La prise en charge nécessite une confirmation du diagnostic.

P34 : DIP et Le Syndrome de Cornelia de Langee , a propos d'un cas representative.

Dr Azzouz SM, Dr Razak R, Dr Aoui A, Pr Bessahraoui M, Ehs canastel, Oran , Algerie

Le syndrome de Cornelia de Langee (CdLS) est un syndrome génétique avec des anomalies multisystémiques.

Les infections sont une cause importante de morbidité et de mortalité. Ce qui contribue à la gravité de ce syndrome.

Les DIP dans ce contexte ne sont pas une association rare. Nous rapportons le cas représentatif d'un syndrome de Cornelia de Langee age de 8 ans avec un déficit immunitaire humoral dont le traitement par les immunoglobulines a contribué à la diminution significative des infections, notamment sévères et à l'amélioration de la qualité de vie.

Ce cas conforte que l'indication de l'évaluation immunitaire de dépistage pour tous les patients avec un syndrome de Cornelia de Langee ayant des antécédents d'infections récurrentes doit être envisagée, y compris les niveaux d'Ig totaux (IgG, IgM, IgA), les titres d'anticorps contre les antigènes vaccinaux (tétanos, diphtérie , pneumocoque), et une formule sanguine complète (valeur absolue de neutrophiles et de lymphocytes selon l'âge).

P35 :DIP et maladies du foie , a propos d'un cas representatif de syndrome d'Hyper IGM **Dr Azzouz SM, Dr Razak R, Dr Aoui A, Pr Bessahraoui M, Ehs canastel, Oran , Algerie**

Les maladies du foie associées aux DIP sont mal connues. Le but du travail était de définir les caractéristiques cliniques, histologiques et immunologiques des maladies hépatiques dans le cas d'un syndrome d'hyper IGM comme exemple représentatif.

Nous rapportons un cas représentatif de cette association qui n'est pas rare, d'un patient âgé de 13 ans qui présente un syndrome d'hyper IGM (HIGM). Il a développé un syndrome HTP avec une fonction hépatique normale.

L'analyse histologique de la biopsie hépatique montrait une hyperplasie nodulaire régénérative (HNR). L'HNR se définit par des nodules de régénération disséminés, dilatation des sinusoides hépatiques et absence de fibrose. Elle est parfois asymptomatique, mais peut s'exprimer par une HTP, une cholestase anictérique, l'insuffisance hépatocellulaire est rare. L'imagerie est peu spécifique. L'association fréquente aux infiltrats lymphocytaires T intrasinusoidaux, aux lésions portales d'endothélites, aux maladies auto-immunes et aux anomalies lymphocytaires T périphériques suggèrent un mécanisme auto-immun.

Le traitement est symptomatique et la greffe est limitée. Ce cas conforte l'indication d'un bilan hépatique et histologique au cours des déficits immunitaires primitifs (DIP) et notamment syndrome

d'hyper

IGM).

Mais aussi impose que devant toute hyperplasie nodulaire régénérative (HNR), un bilan immunologique est indiqué.

P36 : Trichobézoard révélé par une Pancréatite AIGUE((à propos d'un cas))

Naima Abderrahmane, lamia Debous, Smail Acimi

Service de chirurgie viscérale, Hôpital pour enfants canastel, Oran, Algérie.

Trichobézoard gastrique est une affection rare désignant la présence inhabituelle de cheveux, sous forme de masse solide, au niveau de l'estomac, qui survient habituellement chez des adolescents présentant des troubles psychiques.

Le trichobézoard peut rester asymptomatique pendant longtemps, où se manifester par des troubles digestifs divers, cependant une complication peut être le mode de révélation de cette pathologie. (Notre cas présenté)

Le diagnostic repose sur la FOGD, le scanner recherche d'autre localisation.

Le traitement est chirurgical : consiste à l'extraction du trichobézoard

Par ailleurs, une prise en charge psychiatrique, à base de thérapie comportementale, d'éducation parentale et de traitement médical, doit souvent être instaurée.

● **Méthode :**

On rapporte une observation d'un trichobézoard gastrique chez une fillette de 12 ans révélée par une pancréatite aigue, due à une obstruction de l'ampoule de Vater par un prolongement du trichobézoard (syndrome de Rapunzel).

Examen clinique retrouve une sensibilité abdominale avec perception d'une masse épigastrique mobile.

Le bilan clinique et radiologique revient en faveur d'une pancréatite aigue compliquant un Trichobézoard

● **Résultat :**

Patient a bénéficié d'une prise en charge médicale vis-à-vis sa pancréatite aigue avec un traitement chirurgical après l'amélioration de son état, qui consiste à l'extraction du trichobézoard gastrique à travers une gastrotomie.

Les suites postopératoires favorables, la patiente a bénéficié d'un entretien psychologique.

● **Conclusion :**

Le Trichobézoard reste une curiosité pathologique, du fait de sa nature et de sa rareté

Le traitement chirurgical simple, Les formes compliquées, compliquent le traitement.

P37 : IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À LA MORBI-MORTALITÉ DES NOUVEAU NÉS PRÉMATURÉS A L'EHS NOUAR FADELA

Bouabida D. ; Ghamnia N ; Brixi B. ; Makhloufi N. ; Saadallah F. ; Djeghali F. ; Ait Mouloud S. ; Abbes B. ; Dahmani A.

Service de néonatalogie et soins intensifs « II b », Ehs Nouar Fadela, Oran

Faculté de médecine d'Oran – Université Oran I

Introduction : La prématurité est l'une des principales causes directes de mortalité néonatale.

L'objectif : de notre travail était d'identifier les facteurs de risque associés à la mort des prématurés.

Méthode. Il s'agissait d'une étude descriptive qui s'est déroulée sur 18 mois. Tous les prématurés âgés de 0 à 28 jours ont été inclus. **Résultats.** Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 12 633 accouchements dont 780 nouveau-nés prématurés représentant 6,17% des naissances avec un taux de mortalité de 15%. L'état clinique à l'admission était marqué par une détresse respiratoire dans la majorité des cas suivie d'une hypothermie et d'une pâleur.

Les états pathologiques les plus fréquemment associés à la prématurité étaient les troubles

métaboliques, les infections néonatales, les troubles hématologiques, entérocolite ulcero - nécrosante, la détresse respiratoire.

Les facteurs de risque associés à la mortalité étaient le poids de naissance inférieur à 1500 grammes ($p = 0,000$), et l'infection materno-fœtale ($p = 0,000$). **Conclusion.** Les facteurs de risque de mortalité identifiés étaient déjà pris en compte dans l'élaboration des programmes de soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Une évaluation de la mise en œuvre de la réanimation néonatale est nécessaire et la promotion de l'allaitement maternel

Mots clés : Prématurité, Mortalité, Facteurs de risque

P38 :LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, BIOLOGIQUES, ET EVOLUTIFS DE L'ICTERE NEONATAL SUR TERRAIN IFM ABO AU NIVEAU DE SERVICE DE NEONATOLOGIE DU EHS NOUAR FADEL D'ORAN.

BouabidaD. ;Ghamnia N ;Brixi B.; Makhloufi N. ;Saadallah F.;Djeghali F. ;Ait Mouloud S. ;Abbes B.;Dahmani A.

*Service de néonatalogie et soins intensifs « II b »,EhsNouarFadela ,Oran
Faculté de médecine d'Oran –Université Oran I*

INTRODUCTION :L'ictère néonatal dans le système ABO est une pathologie fréquente causée par le dépôt de pigment de bilirubine dans la peau, il est le plus souvent bénigne mais possédant un caractère évolutif. Le traitement principal est la photothérapie, elle a permis de limiter considérablement le recours à l'exsanguino-transfusion et de raréfier les cas d'ictère nucléaire (complication la plus grave). **L'objectif** de notre étude pro-retrospectif descriptif est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques, et évolutifs chez les nouveau-nés ictériques sur période de 12 mois , **Résultats** la fréquence de l'ictère néonatal est de 2% avec une prévalence annuelle de 18.22%. Une prédominance masculine était remarquée avec un sexe ratio de 1,3 L'ictère était tardif dans 82% et des cas précoces dans 16%. Le test d'hémolyse était positif pour la totalité des nouveau-nés, .Une prédominance de groupe A Rhesus positive issue d'une mère groupe O a été enregistrée avec 59%. Une prépondérance bilirubine indirecte a été notée dans notre analyse. La photothérapie constituant l'essentiel de la prise en charge thérapeutique. L'exsanguino-transfusion n'était pas pratiquée par contre la transfusion a été réalisée pour 4 cas. L'évolution a été marquée par un décès par ictère nucléaire. **Mots -cles:**L'ictère néonatal - bilirubine exsanguino-transfusion- Teste hémolyse -La photothérapie

P39 : Hypercalcémie menaçante révélatrice d'une leucémie aiguë lymphoblastique de l'enfant D.Benkerroum, B. Sebaa, K. Melis Service de Pédiatrie HMRUO

L'hypercalcémie maligne est une urgence métabolique, son association avec les tumeurs solides est fréquente alors qu'elle est rarement décrite dans les hémopathies malignes en dehors du myélome multiple et des leucémies/lymphomes T. Nous rapportons le cas d'une fillette âgée de 7 ans qui présente une leucémie aiguë lymphoblastique (LLA2) révélée par une hypercalcémie maligne et des douleurs osseuses diffuses. Le bilan biologique a retrouvé une anémie normochrome normocytaire régénérative, une hypercalcémie (150mg/l), le scanner thoracoabdomino-pelvien a objectivé des lésions lytiques diffuses intéressant la totalité du squelette axial et appendiculaire, discrète splénomégalie homogène. Le myélogramme a confirmé le diagnostic de LAL2. la patiente a bénéficié d'un traitement urgent de l'hypercalcémie (hyperhydratation, lasilix et biphosphanate et elle a été orientée au service d'oncologie. A travers cette observation nous voulons attirer l'attention sur la possibilité de ce tableau atypique au cours des leucémies aiguës et ses difficultés diagnostiques et thérapeutiques. **Mots-clés :** Hypercalcémie, leucémie, urgence, traitement, cas clinique

P40 :Étude Épidémiologique et clinique des malformations congénitales au niveau du service de pédiatrie de l'hôpital militaire d'Oran K.Melis,M.Gharnouti, B. Bouhadjar, D.Benkerroum,R .Sahbatou Service de Pédiatrie HMRUO

Introduction : Les malformations congénitales restent une préoccupation par leur fréquence et leur pronostic. Elles représentent environ 02 à 04 % des naissances vivante et 20 à 25 % de mortalité dans les pays développés. En Algérie, on n'a pas de fréquence nationale précise pour les malformations congénitales.

Objectif : L'objectif de cette étude était de mener une analyse descriptive des anomalies malformatives congénitales dépistées et suivies au niveau de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran.

Méthodes : Nous avons procédé à recueillir toutes les informations concernant les anomalies malformatives congénitales diagnostiquées au niveau de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran durant la période allant de Janvier 2013 à Octobre 2020. 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 Epi Info version 7.2.6.

Résultats : Nous avons identifié 343 enfants atteints de malformations congénitales dont 272 nouveaux nés sur un total de 16.580 Naissances vivantes ; prévalence néonatale de 1,64 %. Les anomalies cardiaques étaient les malformations le plus fréquemment retrouvées (49,6 %) suivie du système nerveux central (32,1 %), système urinaire (12,2 %), système ostéo articulaire et muscles (12,2 %), l'appareil digestif (8,1 %), de l'oeil, de l'oreille, de la face et du cou (2,9 %), l'appareil respiratoire (1,7 %) et les organes génitaux (0,6 %). Un syndrome polymalformatif a été retrouvé dans 14,9 % des cas.

Conclusion : Notre travail représente une base de données sur le profil épidémiologique des malformations congénitales dans une population limitée et peut être le point de départ de plusieurs études multicentriques pour déterminer la prévalence des malformations congénitales à un niveau national. Mots clés : Malformation congénitale ; Prévalence.

P41 : Spondylodiscite tuberculeuse -à propos de deux observations K. Melis, A. Belfedal, M. Gharnouti, B. Bouhadjar, D.Benkeroum Service de pédiatrie HMRUO

Introduction : La localisation vertébrale de la tuberculose réalise classiquement une spondylodiscite appelée Mal de Pott, Le plus souvent de siège dorsolombaire. Le diagnostic lésionnel et la prise en charge ont été améliorés avec la contribution de la neuro-imagerie.

Objectif : L'objectif de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, pathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection

Patients et méthodes : A l'occasion de deux observations. La première est celle d'une fille de 14 ans qui présentait depuis un an une asthénie avec des douleurs lombaire. L'examen clinique était normal. L'échographie abdominale à retrouver une collection de contenu épais occupant le flanc gauche. La TDM abdominale et du rachis a révélé un aspect de spondylodiscite avec collections abcédées para vertébrales. L'étude anatomopathologique de la cytoponction confirmait la nature tuberculeuse de la lésion. L'enfant bénéficiait d'un traitement anti bacillaire avec immobilisation et l'évolution était favorable. La seconde observation porte sur un nourrisson de 01 an qui présentait depuis trois mois une gibbosité. L'IRM montrait une spondylodiscite D5-D6 avec importante collection abcédée péri vertébrale étendue largement en endo canalaire. L'étude anatomopathologique confirmait l'origine d'une atteinte tuberculeuse. La prise en charge consistait à une immobilisation et un traitement anti bacillaire.

Conclusion : La tuberculose vertébrale est une affection d'évolution chronique insidieuse de diagnostic tardif Les signes d'imprégnation tuberculeuse presque toujours présents associés à des rachialgies traînantes devraient permettre de poser le diagnostic plus précocement. La neuro-imagerie réalisée en fenêtre osseuse montre la lyse osseuse et elle a l'avantage de rechercher un abcès ou une masse épidurale et de guider une ponction ou une biopsie osseuse, elle permet également de mettre en évidence une spondylite. Mots clés : Mal de Pott, Spondylodiscite, Tuberculose, Para vertébrale, Cytoponction, IRM, TDM