

Communications affichées

Les Coordinateurs du prix des trois meilleurs posters scientifiques

Arsalane Lamia

Zahlane Kawter

LISTE DES POSTERS

N°	Titre poster
P1	Profil épidémiologique des méningites chez l'enfant au Maroc, 2013-2017. M. Merabet
P2	Méningites purulentes du nourrisson. Expérience d'un service de maladies infectieuses. FZ..Zmit
P3	Cellulites orbitaires de l'enfant : Expérience du service de pédiatrie de l'hôpital militaire Mohamed V de Rabat. L. Tami
P4	Cellulite néonatale. F. Bennaoui
P5	Une présentation atypique de purpura fulminans méningococcique : à propos d'un cas observé au Niger chez une fillette de 5 ans. S. Aboubacar
P6	Les infections invasives à pneumocoque chez l'enfant. A. Daoudi
P7	Les connaissances des étudiants de 6^{ème} année en médecine sur les éléments de base en vaccinologie. A. Daoudi
P8	Particularités du nouveau visage de la leishmaniose viscérale chez l'enfant en Kabylie. N. Achour
P9	Thrombose veineuse profonde associée à une ostéomyélite aiguë hémotogène chez l'enfant : à propos de deux cas. K. L'Hadj
P10	Rickettsiose néonatale : à propos d'un cas à Rickettsie Felis. N. Achour
P11	Fièvre aiguë inexpiquée de l'enfant au service de Pédiatrie A du CHU Mohammed VI de Marrakech. MA. Aznag

P12	Infections néonatales à Cytomégalovirus: A propos de 3 observations. M. Ettarfaoui
P13	Premier cas de brucellose chez l'enfant à l'hôpital militaire Mohamed V Rabat. O. Qach
P14	Syndrome de Steven Johnson dû au mycoplasme à propos d'un cas. M. Kmari
P15	Abcès sous phrénique secondaire à une dérivation kysto péritonéale : à propos d'une observation. M. ELbejnouni
P16	Abcès rétro-pharyngée à citrobacter braakii : à propos d'un cas. Ch. khairoun
P17	Les teignes du cuir chevelu de l'enfant à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Z. Ait ouzdi
P18	Amoxicilline : garde-t-elle sa place dans le traitement d'infection materno-fœtale? F. Alaoui-Inboui
P19	Déficit immunitaire combiné sévère compliqué d'abcès cérébral à propos d'un cas. S. Fekkar
P20	Endocardite infectieuse chez l'enfant : Expérience d'un service de pédiatrie F. Yakine
P21	Méningites à liquide clair chez l'enfant. Expérience d'un service de maladies infectieuses. S. Hocine
P22	L'atteinte hépatique et rénale au cours de la leishmaniose viscérale. K. Abi El Aala
P23	L'antibiorésistance des souches d'E. Coli uropathogènes en milieu pédiatrique au CHU de Marrakech. H. Zahir
P24	Profil épidémiologiques de l'infection urinaire du nouveau-né. M. Lagrine
P25	Emergence des infections nosocomiales néonatales à Acinetobacter Baumanii. S. Mrhar

P26	Méningite à salmonella chez le nouveau-né compliquant une gastro-entérite aigue : à propos d'un cas. J. EL Malki
P27	Profil de résistance de Escherichia coli isolée chez les enfants hospitalisés au CHU Mohammed VI de Oujda. S. Lamrabat
P28	Evaluation du statut vaccinal et des connaissances sur la vaccination du personnel de santé du CHU Ibn Rochd de Casablanca et de l'Institut Pasteur du Maroc. M. Jaouad
P29	Infections du tractus urinaire à entérobactéries productrices de β-lactamase à spectre élargie (E-BLSE) au niveau du CHU Mohammed VI d'Oujda. J. EL Malki
P30	Les infections associées aux soins chez les nouveaux nés au CHU Mohammed VI d'Oujda. O. Bouayadi
P31	Profil épidémiologique de Klebsiella pneumoniae multirésistante au CHU Mohammed VI d'Oujda. O. Bouayadi
P32	Infections ORL compliquées sur un terrain de déficit immunitaire primitif : à propos de 5 cas. F. Semlali
P33	Acquisition nosocomiale de bactéries multi-résistantes chez des nouveau-nés hospitalisés dans le service de néonatalogie et réanimation néonatale au CHU-Hassan II de Fès, Maroc. B. Arhoune
P34	Méningite à streptococcus pneumoniae serotype 7A chez un nourrisson de 10 mois : à propos d'un cas. K. Ouazzani Touhami
P35	Essai clinique de génotype MTBDR plus « Hain test » chez des enfants suspects de TBMR. G. Momen
P36	Epidémiologie de la Giardiase au CHU Mohamed VI de Marrakech : Expérience du service de parasitologie de l'hôpital militaire Avicenne sur 7ans. I. Mouayche
P37	La péricardite chez l'enfant. K. Errehymy

P38	Pneumopathie varicelleuse : complication grave de la varicelle, a propos d'une nouvelle observation. M. Elbejnouni
P39	Acinetobacter boumannii : étude de la sensibilité des souches isolées dans les services de réanimation de l'hôpital Ibn Tofail Marrakech. S. Aourarh
P40	BCGites chez les patients atteints d'un déficit immunitaire combiné sévère. I. Benhsaien
P41	Granulomatose septique chronique révélée par des abcès profonds hépatiques et spléniques. A propos d'un cas. A. Friouichen
P42	La bronchiolite grave du nourrisson : Expérience du service de pédiatrie CHU Mohammed VI Oujda. K. Zerouati
P43	Suppurations intracrâniennes chez l'enfant. S. Alaoui
P44	L'intérêt des marqueurs biologiques de l'infection aux urgences, et en réanimation à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. J. Belkhair
P45	La performance de GèneXpert dans le diagnostic de la tuberculose extra-pulmonaire chez les enfants. A. Aainouss
P46	Evaluation d'une nouvelle variante de la PCR dans le diagnostic des méningites a Neisseria meningitidis chez l'enfant à Casablanca K. Ait mouss.
P47	Les infections urinaires néonatales au CHU IBN Rochd, Casablanca. K. Ouazzani Touhami
P48	VIH chez l'enfant : expérience du centre référent pédiatrique au CHU Hassan II de Fès. K. Hnach
P49	La listériose néonatale : un diagnostic rare mais à évoquer. S. A Diaw
P50	Méningite à salmonelle : à propos d'un cas. I. Amassas
P51	Les facteurs liés aux infections nosocomiales à la réanimation néonatale. R. EL Qadiry

P52	Les pneumonies aiguës communautaires de l'enfant : à propos de 635 cas. A. Fouad
P53	Le vaccin coquelucheux: connaissances des futurs médecins? A. Fouad
P54	Impact du vaccin pneumococcique conjugué sur le portage rhinopharyngé du Streptococcus pneumoniae chez les nourrissons fébriles aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech. I. Dilagui
P55	Profil de résistance aux antibiotiques des infections nosocomiales à l'HMA de Marrakech. H. Mouhib
P56	Les méningites bactériennes de l'enfant au CHU de Marrakech entre 2015 et 2017. M. Rachidi
P57	Dilatation des bronches secondaire à l'infection par le VIH chez l'enfant : à propos de 3 cas. S. Tshimanga
P58	Profil épidémiologique de la tuberculose chez l'enfant au CHU Ibn Rochd de Casablanca. A. Koddouss
P59	Etat des lieux des méningites bactériennes communautaires de l'enfant au CHU Ibn Rochd-Casablanca entre 2015 et 2018. M. Jaouad
P60	Forme sévère de leishmaniose viscérale : à propos de deux cas. I. Khattou
P61	Profil actuel des bactéries multi résistantes à l'hôpital Ibn Tofail, CHU Med VI de Marrakech. S. Khayati
P62	Profil épidémiologique des entérobactéries multirésistantes des infections urinaires au service de pédiatrie infectieuse, CHU IBN Rochd Casablanca. G. El Harouchi
P63	Prévalence des IgG et IgA anti-Bordetella pertussis chez la femme enceinte à Casablanca. I. Sirajeddine
P64	Profil de résistance aux antibiotiques d'Acinetobacter baumannii au service de néonatalogie au CHU ibn Rochd Casablanca. H. El Bayed Sakalli

P65	Bronchiolite du nourrisson : Profil épidémiologique, clinique, Paraclinique, thérapeutique et évolutif au CHU Mohammed VI d'Oujda. F. Benmiloud
P66	La méningo-encéphalite tuberculeuse : profils épidémiologique, clinique, paraclinique et évolutif. M. Zouine
P67	Analyse des connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de la santé sur les vaccins et la vaccination à l'hôpital d'enfant du CHU Mohammed VI de Oujda A. Hassaine
P68	Les manifestations infectieuses de la granulomatose septique chronique. R. Ouali Alami
P69	Monoarthrite du genou à Neisseria méningitidis : à propos d'un cas. J. Chiguer
P70	Anasarque fœto-placentaire : Penser au Parvovirus B19. C. Rherib
P71	Prévalence du portage nasal du staphylocoque résistant à la méticilline à la consultation pédiatrique au CHU Mohammed VI du Marrakech. S. Ed-Dyb
P72	Résistance aux antibiotiques des souches d'Acinetobacter baumannii isolées à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. H. Zahir
P73	Infection à CMV dans les déficits immunitaires primitifs. S. Faiq
P74	Atteintes interstitielles et infection VIH chez l'enfant : Expérience du Service des Maladies Infectieuses de l'Hôpital d'Enfants Abderrahim Harouchi de Casablanca. L. Sabbar
P75	Infections pharyngées à Streptococcus bêta-hémolytique dans la région de Fès. S. Himri
P76	Infection urinaire révélée par un ictère chez le nouveau-né. S. El moussaoui
P77	L'infection à Staphylocoque aureus chez l'enfant au CHU Med VI de Marrakech et évolution de la résistance à la méticilline. R. Amaddah

P78	Détection Moléculaire des Virus de la Grippe chez les Nourrissons et les enfants à Casablanca durant les saisons 2016/17 et 2017/18. L. Anga
P79	Tuberculose cutanée disséminée chez une patiente immunocompétente. FZ. Rochdi
P80	Emergence de Serratia Marcescens résistante à l'imipenème dans un service de réanimation néonatale Marocain. FE. Sami
P81	Evaluation des connaissances des parents sur les bronchiolites aiguës. M. Ait Mouloud
P82	L'infection à Escherichia coli chez l'enfant et évolution de la résistance aux antibiotiques entre 2010 et 2017 au CHU Mohamed VI de Marrakech. R. Bahri
P83	L'infection urinaire sur uropathie malformative : Profil épidémiologique et bactériologique. M. Azizi
P84	Évaluation de l'automédication par les antibiotiques chez les enfants de la région de l'orientale du Maroc (étude transversale). H. Zahiri
P85	Entérobacter Hormaechei : Nouveau germe d'infection dans une unité de réanimation néonatale. F.Z. Dyabi
P86	Pyélonéphrite aiguë multi-résistante : Expérience du service de pédiatrie 2, hôpital d'enfants de Rabat. W. Dahbi Skali
P87	Profil épidémiologique et prise en charge de l'infection par le VIH chez l'enfant au CHU Mohammed VI. S. Tshimanga
P88	Une ostéite multifocale révélant une leucémie aiguë chez un enfant de sept ans. H. Zahiri
P89	Profil bactériologique des infections à Klebsiella pneumoniae en milieu pédiatrique au CHU de Marrakech. S. Boumraya
P90	Les salmonelloses en pédiatrie entre 2016 et 2017: Epidémiologie, sérotypage et résistance aux antibiotiques. FZ. Moussair

P91	Connaissances du personnel vaccinant en matière des fausses contre-indications vaccinales. S. Benameur
P92	Blastocystis hominis: Etude rétrospective de 11 ans. Y. Ahroui
P93	Profil actuel de résistance du Staphylococcus aureus isolé chez les patients hospitalisés au CHU Mohammed VI d'Oujda. S. Lamrabet
P94	Profil épidémiologique des infections nosocomiales néonatales à l'unité de néonatalogie et réanimation néonatale au CHU d'Oujda. S. Benameur
P95	Herpès néonatal À propos d'un cas clinique. O. Qach
P96	Toxoplasmose congénitale révélée par une convulsion. G. Ismaili
P97	La myosite aigue bénigne virale S.M'harzi
P98	Pneumopathie excavée secondaire à klebsiella Pneumoniae : à propos d'un cas. M. ELbejnouni
P99	Hépatite fulminante à cytomégalovirus : à propos d'un cas. L. Tami
P100	La fièvre isolée chez le nourrisson. Y. Sbia

P1- Profil Epidémiologique des Méningites chez l'enfant au Maroc, 2013-2017

M. Merabet*¹, H. Ezzine*², Z. Dahbi³, M. Lakranbi³, M. Youbi⁴, A. Maaroufi⁵

1 Point Focal du Programme National de Lutte contre les Méningites

2 Chef du Service des Maladies Epidémiques, Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies-Ministère de la Santé-Rabat

3 Cadres au Service des Maladies Epidémiques, Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies-Ministère de la Santé-Rabat

4 Chef de la Division des Maladies Transmissibles, Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies-Ministère de la Santé-Rabat

5 Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies-Ministère de la Santé-Rabat

**Ces deux auteurs ont contribué à part égale à la réalisation de ce travail*

Les Méningites constituent une urgence médicale et de santé publique à cause de la létalité élevée des formes bactériennes et du grand risque épidémique des méningites méningococciques. Au Maroc, elles constituent un des principaux problèmes de santé publique dus aux maladies transmissibles.

L'Objectif de l'étude est de décrire le profil épidémiologique des méningites infectieuses aiguës chez les enfants marocains entre 2013 et 2017.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive d'une série de cas probables ou confirmés de méningites infectieuses chez les enfants de 0 à 14 ans et détectés par le système de surveillance de la maladie entre 2013 et 2017.

Entre 2013 et 2017, le nombre total des cas de méningites toutes formes confondues chez l'enfant était de 4248 avec une incidence de 8,8/100000 enfants. Elle a enregistré une tendance globale statistiquement significative vers la baisse ($R= 0,90$, $p\text{-value}= 0,036$). L'incidence des méningites méningococciques était de 5,8/100000 enfants, dont la plus grande valeur a été enregistrée à la région Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (12,4/100000 enfants). Le taux de confirmation globale était de 9,5%. *Neisseria Meningitidis* était l'agent pathogène dominant (66,4%) et le sérotype B était le plus fréquent (74,6%). L'âge médian était de 48 mois et sex-ratio M/F était de 1,7. Parmi les enfants malades 38,1% avaient consommé un antibiotique avant la ponction lombaire et 5,8% étaient vaccinés contre le méningocoque. Le taux de létalité durant la période d'étude était de 12%, il était plus élevé dans les cas de méningites à *Haemophilus influenzae* (21,4%) et à *Streptocoque Pneumoniae* (16,9%), et dans les formes avec purpura (27,1%). Selon les tranches d'âge le taux de létalité était plus élevé chez les enfants de moins d'un an (17,8%).

La méningite aiguë est un réel problème de santé publique au Maroc notamment chez l'enfant. Des mesures d'intervention ayant comme objectif de réduire la morbidité et la mortalité de cette affection, doivent être mises en place, notamment le renforcement de la prise en charge pré-hospitalière des cas avec purpura, l'amélioration de la qualité de prise en charge hospitalière, l'amélioration du taux de confirmation afin d'appuyer la politique vaccinale.

P2- Méningites purulentes du nourrisson : Expérience d'un service de maladies infectieuses.

FZ. Zmit¹, D. Chellali

Service A EHS EL Kettar, Alger Algérie

Introduction-Objectifs : Les méningites purulentes du nourrisson constituent une urgence diagnostique et thérapeutique. Elles demeurent une préoccupation en pathologie infectieuse, posant un problème de santé publique en terme de morbidité et de mortalité. La vaccination est

une arme efficace contre ces pathologies. L'étude décrit les caractéristiques générales de ces méningites.

Matériels /méthodes : Etude rétrospective sur 04 ans (01/01/13 - 31/12/16) durant laquelle 54 cas de méningites purulentes ont été colligées. Recrutement : Nourrissons des 02 sexes âgés de 01 à 24 mois. Ces derniers ont fait l'objet d'une exploration para-clinique : Ponction lombaire, Hémoculture, EEG, Scanner cérébral à la demande

Résultats : Les méningites sont régulièrement observées avec une recrudescence automnale. Leur fréquence est maximale pendant la première année de vie. Sur le plan biologique, l'aspect purulent du liquide céphalo-rachidien se voit dans la majorité des cas, une cytologie essentiellement faite de polynucléaires altérés et une albumine supérieure à 01g/l. La confirmation de nos méningites est de l'ordre de 40,7% à partir de la culture du LCR. L'évolution a été favorable dans la majorité des cas.

Conclusion : Depuis l'introduction de la vaccination anti-Hib nous assistons à une transition bactériologique des méningites purulentes du nourrisson. Le pneumocoque a pris une place considérable dans l'épidémiologie des méningites purulentes, ce qui a amené à l'introduction de la vaccination anti pneumococcique et la réflexion sur des approches thérapeutiques consensuelles.

P3- Cellulites orbitaires de l'enfant : Expérience du service de pédiatrie de l'hôpital militaire Mohamed V de Rabat.

L. Tami, A. Radi, M. Kmari, A. Ourrai, A. Hassani, R. Abilkassem, O. Agadr
Service de pédiatrie, Hôpital Militaire Mohamed V. Rabat

Introduction : Les cellulites orbitaires de l'enfant sont rares mais potentiellement grave. Le but de ce travail est d'analyser le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des cellulites orbitaires de l'enfant.

Matériel et méthode : C'est une étude rétrospective s'étalant sur 2 ans, entre Janvier 2016 et Décembre 2017, portant sur 16 cas hospitalisés au service de pédiatrie de l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat. Dans 62% des cas, il s'agissait d'une cellulite pré-septale et dans 38% d'une cellulite rétro-septale. L'âge variait de 6 mois à 13 ans avec une moyenne de 6 ans et une prédominance féminine (56%). La porte d'entrée la plus retrouvée était sinusienne (32%). La fièvre était présente chez 6 patients (38%). L'œdème palpébral était unilatéral chez tous nos patients. Une exophtalmie était notée chez 4 malades, un chémosis chez 3, et un ptosis chez 4 malades. Les examens bactériologiques ont permis l'isolement d'un germe dans 3 cas. La TDM orbitaire réalisée chez tous nos malades, a montré une cellulite pré-septale dans 10 cas, une cellulite orbitaire dans un seul cas et un abcès sous périoste dans 5 cas. Le traitement était médical à base de Ceftriaxone, Métronidazole+/- aminoside, ou d'Amoxicilline protégée avec une durée totale d'antibiothérapie variant entre 16 jours et 2 mois ; une corticothérapie était prescrite chez 3 patients et un traitement chirurgical chez deux malades. L'évolution était favorable chez tous nos malades.

Conclusion : Les cellulites orbitaires de l'enfant sont des infections graves, diagnostiquées et traitées précocement, évoluent en général sans séquelles.

P4- Cellulite néonatale.

F. Bennaoui^{1,2}, R. El Qadiry^{1,2}, N. El Idrissi Slitine^{1,2}, N. soraa³, Fmr.maoulainine^{1,2}

1- Service de Réanimation Néonatale, Pôle mère-enfant, CHU Mohamed VI, Marrakech

2- Équipe de Recherche: L'enfance, la Santé et le Développement, Université Cadi Ayyad, FMPM.

3- Service de microbiologie CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction: La cellulite est une inflammation du tissu cellulaire sous cutané qui intéresse le derme et qui peut s'étendre vers la surface ou vers la profondeur. Les cellulites du nouveau-né sont rares et souvent atypiques. C'est une urgence diagnostic et thérapeutique dont l'évolution est rapidement létale.

Objectif: Mettre le point sur cette pathologie, grave et méconnue à travers trois observations illustrant ses aspects diagnostics colligées au service de réanimation néonatale, CHU Mohammed VI de Marrakech.

Observations:

Cas1: Nouveau-né du sexe féminin âgé de 17 jours, ancien prématuré de 32 semaines d'aménorrhée, issu d'un mariage apparenté premier degré, admis pour sepsis et refus de tété évoluant depuis 5 jours. L'examen clinique avait objectivé un nouveau-né hypotone, hypotherme à 34,2 °C avec un sclérome des extrémités et à l'examen cutané un placard érythémateux et œdémateux de l'hémiface gauche avec nécrose de la narine homolatérale. À la numération formule sanguine les leucocytes étaient à 12 630/mL et les plaquettes à 22 000 g/dl vérifiées sur frottis. Le nouveau-né était mis sous triple antibiothérapie à base de céphalosporine de troisième génération (C3G), gentamicine et la vancomycine avec bonne évolution.

Cas2: Nouveau-né de sexe masculin âgé de 20 jours, ayant comme antécédent la notion de circoncision dix jours avant son hospitalisation, admis pour un sepsis avec fièvre chiffrée à 40°C; évoluant depuis un jour. L'examen clinique avait objectivé un placard inflammatoire dur, chaude et très douloureux à la palpation débutant au niveau scrotale et s'étendant à la région sus-pubienne et aux racines des deux membres inférieurs. Le bilan infectieux avait objectivé une hyperleucocytose à 28 500/mL à prédominance polynucléaire neutrophile à 15 530/mL, la CRP à 204 mg/l. l'hémoculture, le liquide céphalorachidien et l'ECBU étaient stériles. L'évolution était favorable sous triple antibiothérapie (amoxicilline, C3G et aminoside).

Cas3: Nouveau-né de sexe féminin âgé de 25 jours, sans antécédents pathologiques particuliers, hospitalisé pour cellulite de l'hémiface droite s'étendant à la région périorbitaire et cervicale évoluant depuis deux jours dans un contexte de fièvre non chiffrée. Le bilan infectieux était fortement positif avec une CRP à 290 mg/l et une hyperleucocytose à prédominance neutrophile à 12 281/mL. L'hémoculture revenait stérile. L'évolution était favorable sous triple antibiothérapie avec régression du placard inflammatoire.

Conclusion: La cellulite est rare chez le nouveau-né mais doit être reconnue précocement car elle peut être compliquée d'un sepsis. La recherche d'autres localisations, en particulier méningées, est indispensable.

P5- Une présentation atypique de purpura fulminans méningococcique : à propos d'un cas observé au Niger chez une fillette de 5 ans.

S. Aboubacar¹, S. Alido^{2,3}, K. Moumouni^{1,3}, M. Abdou Djafar¹, G. Moumouni², Toudou Daouda Moussa⁴, Aboubacar Ahidan Rabiou²

¹Service de Pédiatrie A, Hôpital National de Niamey, Niger

²Service de Pédiatrie, Hôpital National Lamordé de Niamey, Niger

³Département de médecine et spécialités médicales, Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni de Niamey. BP : 10146 Niamey, Niger

⁴Service de neurologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction : Les infections invasives à méningocoques (IIM) représentent un problème de santé publique majeur en Afrique et en particulier au Niger, où des épidémies récurrentes surviennent pendant la saison sèche. Le purpura fulminans représente la forme la plus grave des infections invasives à méningocoques.

Observation : Les auteurs rapportent une présentation atypique de purpura fulminans méningococcique chez une fillette de 5ans, sans antécédent particulier, au calendrier vaccinal non à jour, qui était admise aux urgences pédiatriques de l'hôpital national de Niamey pour fièvre et éruption purpurique généralisée. Les constantes étaient normales à l'admission. Il n'y avait ni syndrome méningé ni signes de sepsis. Néanmoins une ponction lombaire a été faite, le liquide céphalo-rachidien (LCR) était d'aspect clair et normotendu, avec un examen direct et une biochimie sensiblement normaux. Le bilan sanguin réalisé en urgence (NFS, CRP, urée, créatinine, ionogramme sanguin) ne révélait aucune anomalie particulière. Malgré l'absence des signes cliniques de gravité et la normalité des examens paracliniques, une antibiothérapie à base de ceftriaxone à raison de 100mg/kg après une corticothérapie préalable (dexaméthasone 0,15mg/kg) ont été instaurés. L'évolution fut marquée 4 heures de temps après le début de l'antibiothérapie par une aggravation de l'état clinique avec la survenue soudaine des crises convulsives tonico-cloniques généralisées associées à un état de choc et une extension des lésions purpuriques ayant conduit au décès de l'enfant. La culture du LCR, dont les résultats étaient parvenus 48 heures après le décès, avait isolé le méningocoque.

Conclusion : Le purpura fulminans représente la forme la plus grave des IIM, avec un taux de mortalité qui reste très élevé chez l'enfant. En cas de suspicion de purpura méningococcique, l'instauration de l'antibiothérapie probabiliste ne doit souffrir d'aucun retard. La prévention de ces infections passe aujourd'hui par la vaccination.

P6- Les infections invasives à pneumocoque chez l'enfant.

A. Daoudi¹, N. Rada¹, G. Draiss¹, N. Soraa², M. Bouskraoui¹

¹Service de pédiatrie A, CHU Mohammed VI, Marrakech

²Service de microbiologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Le pneumocoque est considéré le premier agent bactérien responsable d'infections invasives chez l'enfant avec une lourde morbi-mortalité. L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des infections invasives au pneumocoque chez l'enfant. Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant du Janvier 2010 au Décembre 2017 incluant les enfants hospitalisés à l'hôpital mère enfant du CHU Mohammed VI, Marrakech pour une infection invasive au pneumocoque confirmée par l'isolement de ce germe au niveau de prélèvements biologiques. L'étude a inclus 95 patients. L'âge des malades variait de 1 jour à 15 ans avec une

moyenne d'âge de 51,54 mois. Le sex ratio G/F était de 1,56. Les méningites représentait 45,30% des cas, les bactériémies 41% des malades, les pneumonies 7,4 % des cas, les pleurésies à 4,2 % et l'ascite dans 2,1% des cas. Les facteurs de risque d'acquisition de résistance du pneumocoque retrouvés étaient : une fratrie supérieure à 2 dans 14,7% des cas, l'hospitalisation les 3 mois précédents l'infection dans 3,1%, prise de Bétalactamines durant les 30 jours précédents l'infection dans 2,1% des cas et la prise d'antibiothérapie dans les 30 jours précédant l'infection dans 2,1% des cas. Le Pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline a été isolé dans 8 cas : 3 LCR, 3 hémocultures et 2 prélèvements respiratoires. Concernant les antibiotiques utilisés en première intention : la ceftriaxone était la plus utilisée dans 42,1% des cas puis la Vancomycine dans 17,9% des cas, et l'Amoxicilline acide Clavulanique dans 10,5% des cas. L'évolution était fatale dans 14,7% des cas dont 25% des cas avaient un terrain sous jacent. La survenue de complications était notée dans 9,5% des cas. Notre étude a bien démontrée l'importance implication du pneumocoque dans la morbi-mortalité infantile liée aux infections bactériennes. La faible proportion du pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline doit faire inciter à limiter l'usage d'antibiotiques à large spectre en première intention. La mortalité élevée chez les enfants avec un terrain fragile doit renforcer la vaccination antipneumococcique chez cette catégorie de patient.

P7- Les connaissances des étudiants de 6^{ème} en médecine sur les éléments de base en vaccinologie.

A. Daoudi, L. Bourkhissi, N. Rada, G. Draiss, M. Bouskraoui
Service de pédiatrie A, CHU Mohammed VI, Marrakech

La vaccination constitue actuellement une science à part entière et son rôle n'est plus remis en question. Tout médecin qu'il soit généraliste ou spécialiste devrait avoir un minimum de bagage scientifique concernant la vaccination. L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances de base sur la vaccinologie chez les futurs médecins de la faculté de médecine de Marrakech. Nous avons réalisé une enquête par questionnaire auto-administré. Elle a concerné les étudiants de 6^{ème} année de la faculté de médecine de Marrakech, recrutés à l'hôpital mère et enfant, CHU Mohammed VI sur une période s'étalant du mois Juin au mois d'Octobre 2017. Nous avons recrutés 125 étudiants. Concernant les réponses des étudiants : pour 98% des cas, la vaccination permet une prévention primaire, 88% des étudiants ont répondu que la vaccination permet une protection individuelle et collective, 35,2% des étudiants ne connaissaient pas le type des infections concernées par la vaccination, 39% des étudiants n'ont pas pu connaître les 4 voies classiques d'administration des vaccins, selon 40% des étudiants, les vaccins doivent être congelé lors de la conservation, 24% des étudiants ont considéré le VIH une contre indication pour tous les vaccins et 6% la grossesse comme contre indication à tous les vaccins. Concernant la formation en vaccination, 60% des étudiants déclaraient non satisfaits et 88% des étudiants étaient pour une formation complémentaire dans le cadre de diplôme interuniversitaire en vaccinologie disponible à la faculté de médecine de Marrakech. D'après cette enquête, une grande proportion des étudiants de 6^{ème} année en médecine avait des connaissances faibles concernant des notions basiques et simples de la vaccination, ce qui doit inciter à renforcer l'enseignement de base en vaccinologie par des formations notamment des séminaires et des séances de simulation pour rattraper d'éventuelles lacunes en cette matière. En conclusion, la promotion de la médecine préventive est capitale pour tout médecin, et cela n'est possible que par la formation de base et continue.

P8- Particularités du nouveau visage de la leishmaniose viscérale (LV) chez l'enfant en Kabylie.

N. Achour^{1*}, R. Bouhamed^{1***}, N. Ouares^{1**}, N. Seklaoui², Z. Harrat³, ME. Khiari⁴

1 Pr Chef de service Infectiologue EHSEI kettar Alger*

*1** Pr Infectiologue Université Blida*

*1*** Infectiologue spécialiste CHU Nedir Tizi-Ouzou*

2 Parasitologue chef de service CHU Nedir TO

3 Parasitologue Directeur Institut Pasteur d'Alger

4 Pr Pédiatrie CH Beni messous Alger

Problème de santé publique, prépondérant chez le jeune enfant avec émergence d'atypie de cas chez les moins de 3 mois, une avancée de l'âge de survenue observée chez les plus de 6 ans, fréquence d'observation sur des terrains fragilisés avec rechute. **Objectif** : analyse du nouveau visage de la LV infantile en Kabylie. **Résultats** : 76 cas de LV colligés entre 2006 -2010 en Kabylie région la plus pourvoyeuse en cas de LV en Algérie. 81.6% ont moins de 5 ans dont 8% ont moins de 3 mois. Avec un sex-ratio de 1.05 et une moyenne d'âge de 1,91+/-3,21 ans. On note une avancée de l'âge de survenue 18.4% chez les plus de 6 ans avec prédominance de l'atteinte féminine 71%. On note un antécédent de LV chez une fille de 10 ans S Beta thalassémique, de LV familiale dans 3 cas et de LC chez une fille de 11 ans greffé rénale. La survenue sur des terrains particuliers comme un lupus, une leucémie myéloïde chronique, S beta Thal, une greffe rénale et une trisomie 21 ont été notés. Un retard à la prise en charge de 9,2 semaines au moins (médiane de 7S) est objectivé et lié à la difficulté du diagnostic du fait de la présence fréquente d'un facteur fragilisant (terrain), d'une clinique souvent incomplète ou d'un tableau trompeur (absence de la triade, splénomégalie et ou de la fièvre) ; d'autre part aux divers facteurs socioculturels, économiques et géographiques, amenant le malade à consulter à un stade tardif de la maladie. Des atteintes viscérales (hépatique, pulmonaire et rénale), un syndrome d'activation macrophagique n=7, des sepsis nosocomiaux n=2 ont été colligés. La PCR a été d'un apport considérable quand l'examen direct et la culture ont fait défaut. La durée moyenne d'hospitalisation était en moyenne de 46,76 jours. Le Glucantime a vu son utilisation baissée par rapport aux années précédente avec recours à l'amphotéricine B et l'ambisone* de première intention dans certaines situations. Les courbes de Meyers ont permis d'en apprécier l'utilisation avec obtention de l'apyrexie rapidement, moins d'effets secondaires et de rechutes. L'évolution était marquée par une splénectomie, des rechutes n=3 et 7 décès. **Conclusion** Ces dernières années on assiste à l'extension en nappe avec coexistence des formes viscérales et cutanées dans des zones indemnes avec nouveau profil de la LV avec des cas chez les adultes et la fréquence d'observation sur des terrains d'immunodépresseions.

P9- Thrombose veineuse profonde associée à une ostéomyélite aiguë hématogène chez l'enfant : à propos de deux cas.

K. L'HADJ¹, N. Achour¹, N. Ouaras¹, Bouchaib², L. Aliane², K. Chekaoui², M. Afiri²

1 Service Maladies Infectieuses Unite.Enfant.

2 Service maladies infectieuses CHUTO

Les thrombophlébites sont rares et inhabituelles chez l'enfant, elles demeurent cent fois plus rares par rapport à l'adulte. L'origine infectieuse vient en troisième position après les néoplasies et les cardiopathies. Elles se voient de plus en plus au cours des infections osteoarticulaires.

Objectif : rapporter deux cas de thrombophlébite associée à une ostéomyélite du tibia chez deux

enfants hospitalisés pour bactériémie à staphylococcus aureus.

Observation : nous rapportant le cas de deux enfants de sexe masculin, âgés de 11 et 12 ans, sans aucun antécédents pathologiques particuliers, victimes d'un traumatisme fermé dans la suite d'une chute. Hospitalisés dans un tableau grave de bactériémie à staphylococcus aureus meticilline sensible avec localisation pulmonaire dyspnéisante et ostéomyélite du tibia. Un doppler veineux des membres inférieurs était fait devant l'importance des signes inflammatoires notamment de l'œdème et leurs extensions malgré le traitement antibiotique, objectivant une thrombose veineuse profonde.

Discussion : Autrefois considérées comme exceptionnelles chez l'enfant, les thrombophlébites se voit de plus en plus au cours des infections ostéo-articulaires de l'enfant. La revue de la théorie rapporte une fréquence de 5-10% des enfants hospitalisés pour ostéomyélite hémotogène. Elles s'observent surtout des les formes graves à début bruyant et avec des signes inflammatoires marqués. Le SAMR est le plus fréquemment responsable contrairement à nos deux malades. La chirurgie, pour drainage d'abcès, est souvent nécessaire.

Conclusion : il est important de garder à l'esprit la possibilité d'une complication thrombophlébitique devant une ostéomyélite de l'enfant afin de la diagnostiquer précocement et d'éviter la survenue d'une embolie pulmonaire.

P10- Rickettsiose néonatale : à propos d'un cas à Rickettsie Felis

N. Achour¹, I. Bitam²

1 Infectiologue EHS El Aadi Flici

2 MCA entomologie INSV Alger

Maladie infectieuse réémergente, rare chez l'enfant et exceptionnelle chez le nouveau né (peu de cas rapporté par la littérature). Nous rapportons un cas de rickettsiose à Rickettsie félic. Chez un nouveau-né de sexe masculin de 11 jours de vie .3^{ème} d'une fratrie de 2 enfants (filles), de parents consanguin 2^{ème} degré ,né au domicile des grands parents .Père journalier dans une coopérative agricole habitant une vieille maison sans commodité aux abords d'une forêt avec notion de plusieurs chiens élevés selon un mode semi errant et la présence d'une chatte dans la maison. **Cas :** Admis au mois de janvier, pour fièvre éruptive apparu depuis deux jours avec état d'agitation. Massinissa père 3,150kg, taille 49cm, périmètre crânien 35cm fébrile à 39°, tachycardie à 120battement/mn et fréquence respiratoire à 30 cycles/mn, absence de cicatrice de BCG, avec des pleures incessants. L'examen retrouve une éruption cutanée muqueuse intense au niveau du tronc, membres et visage avec présence d'une adénopathie latéro cervicale droite. L'interrogatoire de la mère rapporte qu'elle aurait présentée durant la dernière quinzaine de la grossesse une éruption prurigineuse pour laquelle elle n'a pas consultée et qui serait rentré dans l'ordre quelque jour avant l'accouchement. Devant l'apparition des convulsions ,les analyses bactériennes et virales sont négatives, excepté les recherches d'anticorps anti-Rickettsia en immunofluorescence indirecte (IFI), qui montrent une nette séroconversion Le diagnostic de RICKETTSIOSE A RICKETTSIA FELIS est retenu (iconographie riche). L'évolution à 6 mois, le développement est normal, mais avec persistance de quelques convulsions fébriles nécessitant un traitement anti comitial en continu. **Conclusion :** ce cas notifié est peu rapporté a cet âge, en cette période et peut il générer des séquelles neurologiques .

P11- Fièvres aiguës inexpliquées de l'enfant au service de Pédiatrie A du CHU Mohammed VI de Marrakech.

MA. Aznag, G.Draiss, N.arada, M.Bouskraoui

L'absence de renseignements concernant les causes des fièvres aiguës inexpliquées (FAI) et leur prise en charge dans notre pays, nous a amenés à réaliser ce travail. Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du premier janvier 2012 au 31 décembre 2013 au service de pédiatrie A de l'hôpital Mère-Enfant du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) Mohammed VI de Marrakech sur 100 cas sélectionnés de façon aléatoire. Les FAI touchaient plus les Enfants de sexe féminin à raison de 64% de l'échantillon et la tranche d'âge de 3 à 36 mois à raison de 70%. Elles touchaient la moyenne d'âge de 10 mois. Les infections urinaires (pyélonéphrite aigue) ont représenté la cause la plus fréquente des FAI (soit 49% des enfants hospitalisés). Parmi les autres étiologies : les viroses 10%, bactériémie occulte 3%, otite moyenne aigue 3%, pneumonie 2%, gastro-entérite bactérienne 1%, méningite bactérienne 1%, et dans 31% des cas la FAI étaient d'origine inconnue. L'étude du bilan inflammatoire a montré que sa positivité était statistiquement liée à la survenue d'une infection bactérienne sévère (IBS) ($p < 0,001$). Les infections bactériennes sévères (IBS) ont été diagnostiquées chez 56% des patients hospitalisés. Elles touchaient plus le sexe féminin à raison de 62,5%. Les IBS retrouvées étaient des infections urinaires (87,5%), des bactériémies occultes (5,35%), des pneumonies (3,57%), une méningite bactérienne (1,78%) et une gastro-entérite (1,78%). L'Escherichia-Coli était responsable de 48,97% des infections urinaires. Le Staphylocoque Aureus était responsable de 100% des bactériémies occultes. Le paracétamol était l'antipyrétique le plus utilisé à la dose de 15mg/kg/6h. La céftriaxone était l'antibiotique le plus prescrit à la dose de 50mg/kg/j.

P12- Infections néonatales à Cytomégalovirus: A propos de 3 observations.

M. Ettarfaoui, M. Kmari, R. Abilkassem, A. Agader

Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohamed V, Rabat

Introduction : L'infection à cytomégalovirus CMV est la plus fréquente des infections congénitales. Elle est la première cause de retard mental et de déficit auditif non héréditaire et pose un problème majeur de santé publique. Seulement 10 % des enfants infectés sont symptomatiques à la naissance. Nous rapportons 3 observations de nouveaux nés infectés par le cytomégalovirus de présentations cliniques différentes.

Observation n°1 : Nouveau né admis pour une hépato splénomégalie avec dénutrition et signes d'insuffisance hépatocellulaire associés à un retard staturo-pondéral. Le bilan a objectivé : une anémie + thrombopénie + cholestase + cytolysé hépatique + hypo albuminémie et un taux de prothrombine bas. L'échographie a objectivé une hépato splénomégalie énorme avec des calcifications surrénales gauches confirmées par la TDM. La sérologie CMV est revenue positive confirmée par la PCR-CMV. Le nourrisson est décédé dans un tableau de défaillance hépatique majeure.

Observation n°2 : Nouveau né présente un tableau associant purpura pétéchial, hépato-splénomégalie et ictère. Le bilan a objectivé une thrombopénie + cholestase + cytolysé hépatique. La sérologie CMV IgM négatives et IgG positives. L'étude du LCR a objectivé une hyperprotéinorachie. La TDM cérébrale a mis en évidence des calcifications péri-ventriculaires, une dilatation quadri-ventriculaire avec hémorragie intra-ventriculaire, et une atrophie corticale sous-tentorielle. Le fond d'œil a montré une atrophie chorio-rétinienne, sans chorioretinite. Un traitement par ganciclovir a

été débuté avec bonne évolution clinique. Les Potentiels évoqués auditifs étaient altérés à gauche et conservés à droite.

Observation n °3 : Nouveau né admis pour détresse respiratoire + hypotonie + refus de tétés. L'examen clinique trouve un nouveau né hypotonique hypotrophe pale avec des ecchymoses palpébrales et un pli de déshydratation associées à une détresse respiratoire coté à 2/10 et une leucocorie bilatérale sans hépato ni splénomégalie . Le bilan avait objectivé une anémie, une CRP positive. La sérologie CMV est revenue positive ainsi que la PCR CMV. La TDM cérébrale a montré un aspect de schizencéphalie frontale droite à pourtours large avec des calcifications péri-ventriculaires. Le nourrisson a été mis sous avec une évolution clinique favorable.

Conclusion : De nombreux auteurs ont montré que le traitement antiviral par ganciclovir améliore le pronostic neurologique de ces enfants, mais les indications du traitement, sa durée et sa voie d'administration ne sont pas consensuels.

P13- Premier cas de brucellose chez l'enfant à l'hôpital militaire Mohamed V Rabat.

O. Qach, R. Abilkassem, M. Kmari, A. Agadr

Service de Pédiatrie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

Introduction : La brucellose est une anthroponose à des coccobacilles du genre *Brucella* répandue dans le monde, elle entraîne des symptômes aspécifiques, Le diagnostic se fait par l'isolement des brucelles par culture et la sérologie. Le traitement doit être adapté à l'âge.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une fille de 6 ans , admise au service de pédiatrie à l'hôpital militaire de Rabat pour une fièvre prolongée , son histoire avait débuté un mois après le retour d'un séjours en compagnie avec notion de consommation du lait non pasteurisé , par l'installation d'une fièvre ondulante oscillant entre 37° et 39 ° avec un pic le soir associé à des douleurs abdominales, des sueurs nocturnes et un amaigrissement non chiffré . Le bilan biologique a objectivé un syndrome inflammatoire, L'hémoculture est revenue en faveur d'une coccobacille à gram négative et le diagnostic de brucellose à été confirmé par la sérologie de Wright et le rose bengale. L'enfant à été mis sous association Rifampicine et Triméthoprime Sulfaméthoxazole avec une évolution favorable clinique et biologique.

Conclusion : devant une fièvre prolongée avec une histoire de voyage en zone d'endémie une brucellose doit être évoquée.

P14- Syndrome de Steven Johnson dû au mycoplasme : à propos d'un cas.

M. Kmari, R. Abilkassem, A. Hassani, A. Agadr

Service de Pédiatrie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

Introduction : Le syndrome de Steven Johnson est une nécrolyse épidermique le plus souvent d'origine médicamenteuse. Cependant l'infection à mycoplasme peut être responsable de ce syndrome avec des lésions cutanées atypiques. Le but de ce travail est d'évoquer une infection à mycoplasme devant un érythème polymorphe et des lésions muqueuses.

Observation : C'est un garçon de 8 ans, sans antécédents de prises médicamenteuses, qui présente depuis 5 jours avant son admission des lésions buccales et labiales érythémateuses, érosives et

hémorragiques recouvertes de croûtes d'allure herpétiforme s'étendant progressivement avec difficulté d'alimentation évoluant dans un contexte de fièvre. Par ailleurs l'enfant présente une éruption érythémateuse en cocarde au niveau du visage et du tronc et une conjonctivite bilatérale. Le bilan biologique a montré: Un syndrome inflammatoire CRP à 56. La sérologie herpes (HSV1) réalisée revenue négative, et sérologie mycoplasme revenue positive (IgG et IgM). Devant ces données, le diagnostic du syndrome de Steven Johnson dû au mycoplasme est retenu et le traitement antibiotique est démarré par l'azithromycine. L'évolution est favorable avec disparition des lésions au bout de 10 jours.

Conclusion : Le mycoplasme pneumonie est une cause commune du syndrome de Steven Johnson, elle doit être évoquée devant toute infection sévère des muqueuses chez l'enfant avec des lésions cutanées typiques du syndrome de Steven Johnson.

P15- Abscess sous phrénique secondaire à une dérivation kysto-péritonéale : à propos d'une observation.

M. ELbejnoui, M. Kmari, A. Radi, M. Sellouti, B. Hasbaoui, A. Ourrai, A. Hassani, R. Abilkassem, A. Agadr
Service de Pédiatrie, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : Les kystes arachnoïdiens (KA), représentent la malformation cérébrale la plus fréquente chez l'enfant et sont le plus souvent de découverte fortuite. La dérivation kysto-péritonéale se pose devant un KA compressif et l'apparition de signes d'HTIC. Parmi les complications digestives, on note les pseudo-kystes péritonéaux, perforation d'organe et abcès sous phrénique ce qui est le cas de notre malade.

Observation : enfant de 3 ans et 3 mois. Dériver à l'âge de 1 ans et 3 mois pour kyste arachnoïdien compressif pariéto-temporal gauche, révisé à l'âge de 3ans suite à une section de la valve de dérivation post traumatique. Ayant présenté 15 jours après un syndrome infectieux chez qui l'examen clinique a trouvé un enfant fébrile à 39°C, une sensibilité au niveau de l'hypochondre droit et un syndrome d'épanchement liquidien pulmonaire basal droit. La CRP était à 300 mg/l avec hyperleucocytose à PNN. La radiographie pulmonaire a objectivé un foyer basal droit avec effacement de la coupole diaphragmatique et du cul de sac. L'échographie abdominale a montré une collection inter hépato diaphragmatique droite mesurant 30x55 mm entoure le drain de dérivation. Complété par un scanner abdominal qui a objectivé un abcès sous phrénique droit. Le patient a été mis antibiothérapie à large spectre avec ablation du drain dont la culture est en cours. L'évolution était marquée par l'amélioration clinique et biologique.

Discussion : Le kystes arachnoïdien est une malformation fréquente, définie par une collection de liquide céphalo-rachidien développée au sein de l'arachnoïde. La dérivation kysto péritonéal est indiqué si KA compressif. Les complications sont diverses infectieuses, mécaniques, hémorragiques, génitales et digestives pouvant engager le pronostic vital. L'abcès sous phrénique est une complication grave et peu fréquente impose une prise en charge medico chirurgicale urgente.

Conclusion : Vue la fréquence et la gravité de l'abcès sous phrénique secondaire à la dérivation kysto péritonéale, nous avons jugé nécessaire d'illustrer à travers cette observation et la revue de littérature, les aspects cliniques et paracliniques de cette complication ainsi que la prise en charge thérapeutique.

P16- Abscesses rétro-pharyngées à *Citrobacter braakii* : à propos d'un cas.

C. Khairoun, N. El hafidi, C. Mahraoui
Hôpital d'enfant de Rabat, service de pédiatrie I

Introduction : les bactéries du genre *Citrobacter* font partie de la famille des entérobactéries qui comprennent 13 espèces. il a été rarement rapporté dans les infections humaines à cause de difficulté d'identification du germe par les tests biochimiques commerciaux actuellement disponible.

Cas clinique : il s'agit d'un nourrisson de sexe féminin, âgé de 07 mois, qui a présenté 07 jours avant son admission une fièvre chiffrée à 40°C mis sous paracétamol mais sans amélioration, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une tuméfaction cervicale sans signes inflammatoires locaux, une adénopathie cervicale, haleine fétide et troubles de déglutition (dysphagie aux solides puis aux liquides). l'enfant a été mis sous corticothérapie orale et antibiothérapie probabiliste. 5 jours plus tard, l'enfant s'est présenté dans un tableau de dyspnée laryngée faisant suspecter un corps étranger justifiant la réalisation d'une endoscopie en urgence ayant découvert une masse pharyngée postérieure de consistance dure accouchée sur la glotte, la bronchoscopie n'a pas objectivé de corps étranger. un drainage chirurgical a été réalisé en urgence et l'examen cytobactériologique a isolé un *Citrobacter Braaki* par le système automatisé phoenix. La prise en charge initiale a consisté en une antibiothérapie probabiliste pendant 48h ajustée après la récupération de l'antibiogramme par la ceftazidime 50mg/kg/12h pendant 6 semaines avec une bonne évolution clinique et scannographique. le bilan immunologique de notre patiente n'a pas révélé de déficit immunitaire sous jacent.

Discussion : l'infection à *Citrobacter braaki* a été rarement rapportée dans la littérature. dans l'étude de cohorte rétrospective de somonis et al sur 11,5 ans, ils ont rapporté que les infections à *Citrobacter braakii* sont survenues chez seulement 3 de 78 patients (70 adulte). alors que dans l'étude lai et al, le *C. braakii* a été identifié comme agent pathogène seulement chez 4 (1,3%) des 306 patients(2). ce germe touche surtout les sujets immunodéprimés. notre patiente n'avait pas de terrain d'immunodépression sous jacent.

Conclusion: l'incrimination de *Citrobacter braaki* dans ce type d'abscesses n'a jamais été rapportée à notre connaissance, car le nombre de cas infectés et signalés par ce germe est minime. L'identification précise de *C. braakii* est toujours difficile par des tests biochimiques commerciaux actuellement disponibles. cependant, avec l'utilisation croissante des tests génétiques, le nombre de cas infectés signalés devra augmenter.

P17- Les teignes du cuir chevelu de l'enfant à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

Z. Ait ouzdi¹, Y. Ahroui¹, K. Ait zirri¹, S. Aouragh¹, I. Mouayiche¹, N. Akhdari², O. Hoccar², E. EL mezouari¹, S. Amal², R. Moutaj¹

1Service de parasitologie et mycologie de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

2Service de dermatologie, CHU Mohamed VI de Marrakech.

Introduction : Les teignes du cuir chevelu (TCC) constituent un motif de consultation fréquent en pratique médicale, surtout des enfants à bas niveau d'hygiène. L'objectif de notre travail est d'étudier l'épidémiologie des TCC diagnostiquées à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur 123 prélèvements mycologiques du cuir chevelu réalisés au laboratoire de parasitologie-mycologie de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. L'étude s'est intéressée aux enfants durant une période de 3 ans (2015-

2017). Pour chaque prélèvement de cheveux ont été réalisé de façon systématique un examen direct à la potasse à 30 % et une culture sur milieu Sabouraud + cycloheximide. L'identification des dermatophytes isolés a reposé sur des critères macroscopiques et microscopiques des colonies.

Résultats : Parmi nos patients, nous avons colligé 61 cas de teignes (50%). Le sex-ratio M/F était de 3,35 et l'âge moyen de 5,9 ans. La tranche d'âge la plus touchée étant les enfants âgés entre 5 et 9 ans (60% des cas). L'aspect clinique le plus fréquent était la teigne tondante (88,5%). L'examen direct avait montré un parasitisme pileux endothrix trichophytique dans 52,5 % des cas et ectothrix microsporique dans 47,5% des cas. La culture a permis d'isoler les espèces de dermatophytes suivants : *Microsporum canis* (47,5%), *Trichophyton violaceum* (37,7%), *Trichophyton verrucosum* (6,5 %), *Trichophyton mentagrophytes* (4,9%), et *Trichophyton tonsurans* (3,22%).

Discussion et conclusion : Dans notre étude, les teignes tondantes demeurent la forme clinique prédominante. *Microsporum canis* et *Trichophyton violaceum* sont les principaux dermatophytes isolés. Les dermatophytes zoophiles deviennent de plus en plus fréquents; en effet, le chat, principal réservoir de *Microsporum canis* cohabite de plus en plus avec les familles marocaines

P18- Amoxicilline :Garde t-il sa place dans le traitement d'infection materno-foetale?

F. Alaoui-Inboui, M. Chemsî, M. Lehlîmi, A. Habzi, S. Benomar

Service pédiatrie 4 (P4)-Hôpital d'enfants Abderrahim harouchi ; CHU Ibn Rochd. Casablanca

Introduction: L'infection materno-foetale reste une pathologie et fréquente dans les services de néonatalogie. Au Maroc ,l'infection materno-foetale représente la troisième cause de mortalité. Notre travail se propose de déterminer l'efficacité de l'amoxicilline comme étant une antibiothérapie de première intention dans le traitement de l'infection materno-foetale en fonction des germes identifiés dans notre contexte .

Patients et méthodes : C'est une étude prospective allant du 1erJanvier2017 au 31 Décembre 2017 au Service de néonatalogie de l'Hôpital d'enfant Abderrahim Harouchi à Casablanca. Pour valider notre protocole on a opté pour l'amoxicilline comme un antibiotique de 1ere intention. Pour ceci, il est inclus tout nouveau-né de moins de 72 heures symptomatique avec ou sans critère anamnestique et tout nouveau-né asymptomatique, le nouveau né de mère qui n'était pas traitée par l'amoxicilline en per partum et tout nouveau né de plus de 35 SA.

Résultats : 156 nouveau-nés ont répondu aux critères d'inclusion et 14 cas (9%) avaient une infection materno-foetale certaine.84,6% des nouveau-nés étaient à terme(au delà de 37 semaines d'aménorrhée) et 15,4% était en pré-terme (35-37 semaines d'aménorrhée),le sexe ratio est de 1,6. 146 nouveau-nés (94%) avaient été consultés avant J2 de vie. Les troubles neurologiques et les troubles respiratoires étaient les manifestations cliniques les plus fréquentes (53%). Le profil bactériologique était dominée par le Streptocoque B qui a été retrouvé chez 12cas soit 7% des cas suivi d'*Escherichia coli* chez 2 cas. Tous les nouveau-nés ont été mis sous bi-antibiothérapie à base d'amoxicilline et aminoside avec une évolution favorable chez 114 cas soit 73% or 13 cas ont mal répondu à l'amoxicilline ce qui a nécessité de changer par C3G; Il y avait un seul décès dont le germe isolé était *E.coli* résistant à l'amoxicilline.

Conclusion : Notre étude illustre le profil bactériologique des infections materno-foetales dominé dans notre contexte par le streptocoque B ainsi que le rôle d'amoxicilline comme antibiothérapie de première intention adopté par notre service, mais ce protocole nécessite une validation nationale selon un consensus clinique et biologique afin de valider la place de l'amoxicilline dans le traitement.

P19- Déficit immunitaire combiné sévère compliqué d'abcès cérébral : à propos d'un cas.

S.Fekkar, I. Benhssaien, F.Ailal, A.A. Bousfiha, J. Najib
Unité d'Immunologie Clinique, pédiatrie 1. Hôpital A. Harouchi CHU Ibn Rochd.

Le déficit immunitaire combiné sévère (SCID) est un déficit immunitaire primitif très grave souvent mortel. Son Pronostic est fatal avant l'âge de deux ans, en absence d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques. Nous rapportons un cas de SCID compliqué d'abcès cérébral colligé au service de pédiatrie 1.

Observation : Nourrisson de 17 mois ayant comme antécédents une Consanguinité parentale de 1^{er} degré, une sœur décédée à l'âge de 1mois ½ dans un tableau de détresse respiratoire fébrile avec notion de diarrhées et érythème du siège et une sœur décédée à l'âge de 2 mois 11 jours dans un contexte d'infection respiratoire, avec notion d'éruption généralisée. Vu les antécédents : toute vaccination était interdite et un bilan immunitaire était réalisé à l'âge de 23 jours. Le diagnostic de SCID T-B-NK+ était posé. La prise en charge a consisté à une perfusion d'Ig/15jours associé à une prophylaxie à base de TSU. La Greffe de moelle osseuse n'a pas pu être réalisée par absence de donneur potentiel. Evolution fut marquée par un retard du développement psychomoteur, plusieurs hospitalisations pour des infections à répétition. Développement d'une réaction de greffon contre l'hôte. Hospitalisation à l'âge de 13 mois en ophtalmologie pour abcès de la cornée épithélio-stromale. Une TDM cérébrale réalisée devant troubles de conscience : Abcès pariétal gauche responsable d'engagement sous falcorien. Le nourrisson a bénéficié d'un drainage chirurgical et une Antibiothérapie: Triaxon, Métronidazol, Ciprofloxacine. Evolution fut marquée par le Décès.

Conclusion : la Prise en charge thérapeutique doit être urgente et repose sur la greffe de la moelle osseuse qui s'impose en urgence. En attente de la greffe: l'isolement, la prophylaxie à base de TSU et substitution par des immunoglobulines polyvalentes reste le traitement de choix.

P20- Endocardite infectieuse chez l'enfant : expérience d'un service de pédiatrie.

F. Yakine, F. Faiq, S. Salimi, B. Slaoui
Service de pédiatrie 2 Hôpital d'Enfants Abderrahim Harouchi CHU Ibn Rochd Casablanca.

Introduction : L'endocardite infectieuse (EI) est une complication infectieuse grave dans l'évolution des pathologies cardiaques de l'enfant. Elle reste un problème d'actualité, dont la fréquence ne semble pas décroître.

Objectif : Analyser le profil épidémiologique, diagnostic et thérapeutique de l'EI.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective des cas d'endocardite infectieuse hospitalisés sur une période de 3 ans (du Janvier 2015 au Décembre 2017) au service de pédiatrie II de l'Hôpital d'Enfants Abderrahim Harouchi, Casablanca.

Résultats : Il s'agit de 23 patients, âgés de 11 mois à 14 ans. Le sex-ratio est de 1,4. Une cardiopathie congénitale était retrouvée chez 75 % des cas, le coeur était sain dans 6,2 % des cas. La porte d'entrée était méconnue dans 35% des cas, dentaire dans 21% des cas et post opératoire dans 28% des cas. La fièvre et la découverte du souffle cardiaque sont les signes les plus communs chez nos malades. Un syndrome inflammatoire biologique a été observé chez tous les patients. L'échocardiographie a montré une végétation chez 81% des cas. Les hémocultures étaient positives dans 71% des cas et le staphylocoque aureus était le germe le plus fréquent (62%), avec 2 cas de candidas Tropicalis. Selon les

critères de DUKE modifiés, 17 cas étaient certains, et 6 cas étaient probables. La durée moyenne de l'antibiothérapie parentérale était de 21 jours. Les complications les plus fréquentes sont les embolies septiques (21%) et les troubles hémodynamiques (18%). La mortalité était de 14% des cas.

Conclusion : Dans notre contexte l'endocardite infectieuse reste associée à une forte mortalité. La prévention passe par une surveillance rigoureuse des malades suivis pour cardiopathie et surtout les malades opérés.

P21- Meningites a liquide clair chez l'enfant experience d'un service de maladies infectieuses.

Hocine S.

E.H.S Maladies infectieuses (El-Hadi flici-Alger) Algérie

Introduction : Les méningites a liquide clair constituent un motif de consultation fréquent en pathologie infectieuse, certaines sont bénignes et souvent d'étiologie virale, d'autres sont graves engageant le pronostic vital.

Matériel et méthode : Etude rétrospective des méningites à liquide clair vues en consultation d'urgence sur une période de 6 mois (du 1/1/2017 au 30/06/2017), colligeant 463 enfants des deux sexes, âges de 2 mois à 15 ans ayant bénéficié d'une exploration para clinique (PL, NFS).

Résultat : Les méningites à liquide clair sont régulièrement observées avec une recrudescence printanière (57% des cas). Leur fréquence est maximale entre 6 et 12 ans (38% des cas) avec prédominance masculine (sexe ratio 2.57).

Cliniquement les signes d'appel sont dominés par un syndrome infectieux retrouvé dans 57,4% des cas, un syndrome méningé fonctionnel dans 80% des cas, un syndrome méningé physique dans 24% des cas, des signes encéphalique dans 1.5% des cas et une parotidite dans 23% des cas.

Sur le plan biologique l'aspect clair de LCR se voit dans la majorité des cas (79.62%) avec une albuminorachie entre 0.5 et 1 gr dans 60% des cas et une cytologie inférieure à 500 éléments dans 70% des cas et l'hypoglycorachie dans 2.4% de cas. Sur le plan NFS hyperleucocytose a été retrouvé dans 0.18% des cas

Conclusion : La MLC est fréquente dans notre pays le plus souvent bénigne. L'étude du LCR reste la clé du diagnostic et par conséquent la thérapeutique, l'impact socioéconomique des méningites a liquide clair est important vu sa fréquence et que l'hospitalisation est de règle. L'étiologie virale prend une place considérable. Il serait souhaitable d'apprécier l'impact de l'introduction de la vaccination ROR dans la prise en charge des méningites à liquide clair par étude de cohortes.

P22- L'atteinte hépatique et rénale au cours de la leishmaniose viscérale.

K. Abi El Aala, I. Khattou, O. Louachama, A. Bourrahouat, I. Ait Sab, M. Sbihi

Service de pédiatrie B, CHU Mohamed VI, Marrakech

Objectif: Mettre le point sur la prévalence, l'aspect clinique, biologique, et évolutif des cas de leishmaniose viscérale avec une atteinte hépatique ou rénale au CHU Med VI.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective étalée sur 7 ans (janvier 2011 au décembre 2017) et portant sur 85 cas de leishmaniose viscérale.

Résultats: L'âge moyen de nos malades était de 3 ans [extrêmes 5 mois- 12 ans]. Nos patients se

répartissent en 46 garçons et 39 filles. L'atteinte hépatique a été constatée chez 38 patients (44.7%) dont : hépatomégalie chez 38 cas (100%) ; une cytolysé hépatique chez 27 cas (71%) dont 11 avaient une cytolysé sévère ; 7 patients avaient un TP < 50% et 6 patients avaient un TP entre 50 et 70%. L'atteinte rénale a été constatée chez 2 patients (2.35%), un syndrome néphrotique a été constaté chez les deux patients, une insuffisance rénale chez un des deux patients. L'évolution été favorable chez 82 patients dont deux ont fait une récurrence traité avec bonne évolution, 3 décès ont été constatés dont deux cas d'insuffisance hépatocellulaire avec un TP < 50% et une cytolysé sévère (5.26 % des atteintes hépatiques) et un cas d'insuffisance rénale avec syndrome néphrotique (50% des cas d'atteinte rénale)

Conclusion: l'atteinte hépatique est fréquemment observée au cours de la leishmaniose viscérale, dans quelque cas elle peut être sévère avec insuffisance hépatocellulaire, et une cytolysé majeure. L'atteinte rénale est généralement discrète au cours de la LV, elle peut se manifester par un syndrome néphrotique et/ou une IRA.

P23- L'antibiorésistance des souches d'E. Coli uropathogènes en milieu pédiatrique au CHU de Marrakech.

H. Zahir¹, G. Draiss^{2,4}, N. Rada^{2,4}, A. Abourrahouat^{3,4}, I. Ait sab^{3,4}, M. Sbihi^{3,4}, M. Bouskraoui^{2,4}, N. Soraa^{1,4}

1 Laboratoire de Bactériologie-Virologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohamed VI

2 Service de Pédiatrie A, Hôpital Mère-Enfant, CHU Mohamed VI

3 Service de Pédiatrie B, Hôpital Mère-Enfant, CHU Mohamed VI

4 Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad.

Introduction : L'infection urinaire (IU) de l'enfant est une pathologie fréquente et potentiellement grave, qui nécessite une prise en charge rapide et efficace. Les données bactériologiques et épidémiologiques jouent un rôle déterminant dans la prise en charge du patient.

Objectifs : Suivre le niveau de résistance aux antibiotiques des souches d'Escherichia coli (E. coli) uropathogènes isolées en milieu pédiatrique.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, sur une durée de 5 ans (de Janvier 2013 à Décembre 2017) incluant l'ensemble des souches d'E. coli isolées à partir des prélèvements urinaires des enfants hospitalisés dans les différents services du pôle pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech.

Résultat : Sur 4769 échantillons traités, 424 souches d'E. coli ont été isolées. Une infection urinaire a été retenue dans 23% des cas. La moyenne d'âge était de 45 mois, le sexe ratio était de 1,04 garçon/fille. E. coli a dominé le profil épidémiologique (39%) suivi de Klebsiella pneumoniae (21%). E. coli était résistante à l'amoxicilline (AMX) dans 80% des cas, à l'association amoxicilline acide clavulanique (AMC) dans 59% des cas, aux céphalosporines de troisième génération (C3G) dans 33%, aux fluoroquinolones dans 15% et au cotrimoxazole dans 55% des cas. La prévalence de la résistance des souches d'E. coli a connu une évolution croissante entre 2013 et 2017, vis-à-vis des fluoroquinolones (13% versus 18%) et vis-à-vis des aminosides (15% versus 26% pour la gentamicine et 1,6% versus 5% pour l'amikacine). Cependant la résistance à l'AMX, à l'AMC et aux C3G a connu une diminution significative (91% versus 65% pour l'AMX, 75% versus 42% pour l'AMC et 45% versus 29% pour les C3G). Les souches de sensibilité diminuée aux carbapénèmes ont représenté 1,6% des cas.

Conclusion : L'usage des antibiotiques doit être rationalisé et guidé par les données de l'antibiogramme en tant que possible et le contexte clinique afin de limiter l'émergence de souches

résistantes compliquant encore plus la prise en charge de cette pathologie. La surveillance continue et systématique de la résistance des souches aux antibiotiques est indispensable.

P24- Profil épidémiologiques de l'infection urinaire du nouveau-né.

M. Lagrine ^{1,2}, F. Bennaoui^{1,2}, N. El Idrissi Slitine^{1,2}, F.m.r Maoulainine^{1,2}

1 Service de réanimation néonatale CHU Mohammed VI Marrakech Maroc

2 Equipe de recherche la santé, l'enfance et le développement, faculté de Médecine Université Cadi Ayyad Marrakech

Introduction : L'infection urinaire est un motif fréquent d'hospitalisation dans la période néonatale. Son diagnostic repose sur la clinique et l'examen cytbactériologique des urines.

L'objectif de notre étude est d'estimer l'ampleur de l'infection urinaire parmi les pathologies infectieuses néonatales.

Patients et méthodes : Ce travail concerne une étude rétrospective portant sur 91 nouveau-nés, atteints d'infections urinaires, colligés au service de réanimation néonatale Mohammed VI, Marrakech.

Résultats : L'âge moyen de nos nouveau-nés à l'admission était de 10.8 jours. Dans 20 cas, il existait des signes d'infections urinaires maternels. Le principal motif d'hospitalisation était l'ictère dans 72.53 % des cas. La symptomatologie était dominée par la fièvre dans 16.48 % des cas, suivi de refus de téter dans 5.5 % des cas. L'Escherichia Coli était le germe prédominant dans 61.5 % des cas. Une antibiothérapie probabiliste à base de Ceftriaxone 3^{ème} Génération et aminoside a été instaurée dans tous les cas, après elle était adaptée aux données de l'antibiogramme. L'échographie avait révélée des malformations chez 21 cas.

Conclusion : L'infection urinaire néonatale reste une pathologie fréquente. Sa gravité potentielle mettant en jeu le pronostic fonctionnel rénal et la fréquence des malformations des voies urinaires, impose un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

P25- Emergence des infections nosocomiales néonatales à Acinetobacter Baumannii.

S. Mrhar^{1,2}, F. Bennaoui^{1,2}, N. El Idrissi Slitine^{1,2}, N. Sora³, F.M.R. Maoulainine^{1,2}

1-Service de réanimation néonatale CHU Mohammed VI Marrakech Maroc

2-Equipe de recherche la santé, l'enfance et le développement faculté de Médecine Université Cadi Ayyad Marrakech

3-Service de microbiologie CHU Mohammed VI Marrakech Maroc

Introduction : L'Acinetobacter baumannii est un coccobacille à Gram négatif, qui peut être responsable d'infections nosocomiales sévères, en particulier dans la réanimation néonatale.

L'objectif de notre étude était de caractériser et de déterminer le profil clinique et évolutif des infections à Acinetobacter baumannii dans une unité de réanimation néonatale.

Matériels et méthodes : Nous rapportons tous les cas d'infection nosocomiale à Acinetobacter Baumannii, colligés entre Janvier 2016 et Décembre 2017, au service de réanimation néonatale, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI ; MARRAKECH.

Résultats : Il s'agissait de 7 cas dont 4 garçons et 3 filles, l'âge d'admission variait de 2 à 16 jours. Le motif d'admission était la détresse respiratoire néonatale dans 5 cas et les convulsions avec fièvre dans 2 cas. Le délai moyen de diagnostic d'une infection à acinetobacter baumannii était de 7,33 jours. 2 cas avaient une méningite compliquée de ventriculite ; Les souches isolées étaient multi

résistantes et sensible uniquement à la colistine et l'amikacine. Tous les cas étaient traités par ces 2 antibiotiques. La mortalité était de 57.14%.

Conclusion : Le changement épidémiologique locale avec l'émergence des germes multirésistants risquent d'impasse thérapeutique et imposent la vigilance de l'usage des antibiotiques probabilistes.

P26- Méningite à salmonella chez le nouveau-né compliquant une gastro-entérite aigue : à propos d'un cas.

EL Malki J, Bouayadi O, El mrabet S, Sebbar H, El Kouch K, Maleb A
Laboratoire de microbiologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Oujda
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda

Introduction : Les méningites néonatales à Salmonella sont rares. Elles constituent un problème médical préoccupant dans les pays en voie de développement, à cause de leur mortalité élevée et des séquelles lourdes qu'elles entraînent .Nous rapportons un cas de méningite à Salmonella compliquant une gastro-entérite aigue.

Observation : Un nouveau-né de 20 jours a été adressé au CHU Mohammed VI d'Oujda pour prise en charge de convulsions sur sepsis suite à une gastro-entérite aigue non documenté. L'examen clinique a objectivé un état altéré avec une déshydratation sévère et un syndrome neurologique fait d'un état de mal convulsif réfractaire au Gardéнал .Une TDM demandé a objectivé des foyers d'encéphalite occipitale bilatérale.

Une ponction lombaire (PL) a été réalisé. Elle a ramené un LCR trouble dont l'examen cytologique retrouvait 2394 leucocytes/mm³ à prédominance polynucléaires neutrophiles (75%). L'examen direct a montré un bacille à Gram négatif. La culture après 24h mettait en évidence des colonies bombées et luisantes orientant vers une entérobactérie. L'examen microscopique des colonies après coloration de Gram a montré des bacilles à Gram négatif. L'identification biochimique par BD Phoenix 100 a révélé une salmonella spp. L'antibiogramme a montré qu'il s'agissait d'une souche de phénotype sauvage .

L'évolution de la méningite était favorable sous traitement à base de ciprofloxacine + imipenème avec des PL de contrôle à J21 et J31 négatives.

Discussion :Les salmonelles représentent entre 1 et 10 % des bactéries responsables de méningites, le plus souvent chez les nouveau-nés et nourrissons de moins de 6 mois. Cette forte vulnérabilité est due à plusieurs facteurs liés à l'âge notamment la grande perméabilité des barrières gastro-intestinale et neuroméningée ainsi que l'immaturité des mécanismes de défense immunitaire. La contamination est souvent intrafamiliale. Habituellement, la méningite à salmonella survient dans un contexte de fièvre typhoïde avec diarrhée chez l'enfant, ou de portage de Salmonella par la mère, rendant ainsi compte du mode de contamination qui se fait par contact direct entre l'enfant et sa mère. Dans notre observation, l'absence de coproculture chez les parents pose le problème de l'origine de la contamination du nouveau-né.

P27- Profil de résistance de Escherichia coli isolée chez les enfants hospitalisés au CHU Mohammed VI de Oujda.

S. Lamrabat^{1,2}, S. Rifai^{1,2}, O. Bouayadi^{1,2}, J. El Malki^{1,2}, A. Aarab^{1,2}, M. Bensalah^{1,2}, A. Hami³, A. Maleb^{1,2}

1 : Service de Microbiologie, CHU Mohammed VI D'Oujda

2 : Faculte de Medecine et de Pharmacie, Universite Mohamed Premier-Oujda

3 : Service Laboratoire, CHP Jerrada

Introduction: Le but de notre travail était de déterminer l'état actuel de résistance aux antibiotiques de Escherichia coli isolée chez les enfants hospitalisés au CHU Mohammed VI d'Oujda.

Matériel et méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période de 19 mois, allant de juin 2016 à janvier 2018, incluant toutes les demandes d'examen cytotactériologique reçues au laboratoire de Microbiologie, CHU Mohammed VI d'Oujda. L'étude cytotactériologique a été menée conformément aux recommandations du REMIC. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été effectuée selon les recommandations de l'EUCAST 2017.

Résultats: Au cours de la période d'étude, nous avons colligé 17638 demandes. Le nombre de souches isolées de E. coli était: 805 dont 191 (23.7%) émanait d'enfants hospitalisés. 90% des souches ont été isolées des urines, alors que le reste a été isolé d'hémocultures, de pus profonds, de LCR, de pus superficiel et de liquide pleural. La répartition des phénotypes de résistance de E coli était : 33% étaient des souches sauvages, 31% étaient pénicillinase de bas niveau, 19% étaient des pénicillinases résistantes aux inhibiteurs de bêtalactamases, et 17% (n=24) des souches étaient productrices de bêtalactamase à spectre élargi (BLSE). 58% des E coli BLSE étaient résistantes aux aminosides, 54% aux fluoroquinolones et 50% au triméthoprime-sulfaméthoxazole. Aucune résistance à l'imipénème n'a été enregistrée pour les souches d'E. coli isolées, soit une sensibilité à l'imipénème de 100%.

Conclusion: La répartition des souches isolées dans les échantillons biologiques concorde avec son pouvoir pathogène. En effet, E coli est l'un des principaux agents pathogènes impliqués dans les infections urinaires. L'âge élevé des enfants, la porte d'entrée urinaire, et l'antécédent de prématurité sont identifiés comme facteurs de risque de développer une infection à E coli BLSE. Le taux de BLSE dans notre étude est largement supérieur à celui trouvé dans des études internationales. Ceci devrait inciter au respect des règles d'hygiène qui s'imposent. Ainsi que l'élaboration régulière des statistiques de sensibilité aux antibiotiques des souches E coli pour permettre une meilleure adaptation de l'antibiothérapie probabiliste aux données épidémiologiques locales.

P28- Evaluation du statut vaccinal et des connaissances sur la vaccination du personnel de santé du CHU Ibn Rochd de Casablanca et de l'Institut Pasteur du Maroc.

M. Jaouad^{1*}, N. Gaougaou¹, B. Benali², Z. Serhier³, M. Bennani Othmani³, A. El Kholti², N. El Mdaghri⁴, H. Fellah¹

Introduction : La vaccination du personnel de santé est l'un des outils essentiel de prévention des maladies infectieuses à prévention vaccinale en milieu de soins, elle ne permet pas seulement une protection individuelle mais aussi collective (patients, société), afin de limiter la transmission des agents infectieux. L'objectif de ce travail est d'évaluer le statut vaccinal et les connaissances sur la vaccination du personnel de santé du CHU Ibn Rochd de Casablanca et de l'IPM (Institut Pasteur du Maroc).

Matériel et Méthode : Du mois de Novembre 2014 au mois d'Avril 2015, 460 personnes appartenant au personnel de Santé du CHU Ibn Rochd et de l'IPM ont participé à une enquête en remplissant d'une manière volontaire et anonyme un questionnaire comprenant une vingtaine de questions, dont 3 ont été analysées pour réaliser ce travail, il s'agit : 1) Du Statut vaccinal : Diphtérie, Tétanos, Tuberculose, VHB, Grippe, Coqueluche, Rougeole, Varicelle, et la Rubéole? 2) Des Connaissances sur les pathologies à prévention vaccinale par le personnel de santé? 3) Des Vaccins recommandés par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour le personnel de santé?

Résultats : Sur 460 questionnaires analysés, les couvertures vaccinales chez le personnel de santé sont insuffisantes ne dépassant pas les 50% sauf pour la tuberculose (57%). Le taux des pathologies à prévention vaccinale considérées par le personnel de santé comme grave dépasse pour la majorité les 50%. 63,3% du personnel ne reconnaît pas les vaccins recommandés par l'OMS pour le personnel de santé.

Discussion et conclusion : Face au risque accru de transmission d'agents infectieux en milieu de soins et malgré la gratuité de certains vaccins comme (anti-grippe et anti-VHB) dans le cadre de campagnes de vaccination au CHU Ibn Rochd-Casablanca et l'IPM, nos résultats indiquent que la couverture vaccinale du personnel de santé est faible. Ce résultat est retrouvé dans de nombreuses études menées à travers le monde. Le pourcentage de gravité dépassant les 50% pour la majorité des maladies à prévention vaccinale montre que le personnel de santé serait conscient que ces pathologies constituent vraiment un danger pour lui surtout l'Hépatite virale B et la Tuberculose. Le taux élevé (63,3%) du personnel de santé qui ne connaît pas les vaccins recommandés par l'OMS montre clairement qu'il y'a un manque d'information et de formation du personnel concerné, ce qui explique en partie les taux faibles de la couverture vaccinale trouvés. Ces résultats nous incitent à développer des programmes bien ciblés et spécifiques basés sur des campagnes de promotion vaccinale, destinées à sensibiliser le personnel de santé sur l'importance de la vaccination pour lui ainsi pour son entourage.

Mots clés : Statut vaccinal, Vaccins, Connaissances, Vaccination, Personnel de santé

P29- Infections du tractus urinaire à entérobactéries productrices de β -lactamase à spectre élargie (E-BLSE) au niveau du CHU Mohammed VI d'Oujda.

EL Malki J, Bouayadi O , El mrabet S, Rifaii S, Sebbar H, El Kouch K, Maleb A
Laboratoire de microbiologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Oujda
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda

Introduction : Les infections du tractus urinaire constituent, en milieu hospitalier, le premier réservoir de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. L'objectif de ce travail était de déterminer l'épidémiologie et le profil de résistance des entérobactéries productrices de β -lactamase à spectre élargie (E-BLSE).

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les E-BLSE isolés à partir des urines des patients hospitalisés et examinées au laboratoire de microbiologie du CHU Mohammed VI, durant une période de 2 ans s'étendant du 01 janvier 2016 au 31 décembre 2017. L'ECBU a été réalisé selon les instructions du REMIC 2015 et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques conformément aux recommandations de l'EUCAST .

Résultats : Parmi 14776 prélèvements reçus , nous avons isolés 574 germes incriminés dans les infections du tractus urinaire dont 7,5% étaient des E-BLSE (n=43). Escherichia coli été le germe

prédominant (51%) à coté de Klebsiellapneumoniae (28%) ,Enterobactercloacae (18%) et Proteus vulgaris (3%) . La plus grande prévalence des E-BLSE a été enregistrée dans les services de Réanimation(16%) ,d'Urologie (16%)et de néphrologie (14%).La moyenne d'âge était de 59 ans avec une prédominance masculine (sexe-ratio H/F=1,4).

La Co-résistance des E-BLSE aux autres classes d'antibiotiques à intéresser le Sulfaméthoxazole–Triméthopime dans 67 % des cas(n=29) ,les Fluoroquinolones dans 63 % des cas (n=27), la Gentamycine dans 60 % des cas (n=26) , la Fosfomycine (n=8) et la nitrofurantoine (n=6)dans 19% et 14% des cas respectivement .

Discussion : L'utilisation récente d'antibiotiques , la durée d'hospitalisation , le port d'une sonde urinaire à demeure, sont des facteurs de risques bien établies d'acquisition de BLSE qui pourraient expliquer la fréquence élevée d'IU à Bactéries Multi-Résistante dans notre série .La lutte contre l'émergence de ces infections impose l'installation d'une bonne stratégie thérapeutique basé sur la limitation de l'utilisation abusive d'antibiotiques ainsi que le renforcement des mesures d'hygiène pour faire face à la diffusion de ces BMR .

P30- Les infections associées aux soins chez les nouveaux nés au CHU Mohammed VI-Oujda.

O. Bouayadi^{1,3}, S. Rifai^{1,3}, M.irzi^{2,3}, S. Lamrabet^{1,3}, J. El Malki^{1,3}, A. Hami⁴, A. Maleb^{1,3}

1 Service de Microbiologie, Chu Mohammed Vi D'oujda

2 Service de Reanimation, Chu Mohammed Vi D'oujda

3 Faculte de Medecine et De Pharmacie Oujda, Universite Mohammed Premier

4 Service de Laboratoire, Centre Hospitalier Provincial, Jerrada

Introduction: Les infections associées aux soins (IAS) constituent un problème majeur de santé publique. Elles sont particulièrement fréquentes en milieu de réanimation en raison de la diminution des défenses du patient et de la multiplication des procédures invasives. L'objectif de ce travail était de déterminer les facteurs de risque et le profil bactériologique des IAS chez les nouveaux nés au CHU Mohammed VI d'Oujda.

Matériels et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de néonatalogie du CHU Mohammed VI d'Oujda, s'étalant sur une période de 1 an (allant du Mai 2016 à Mai 2017). L'identification des germes à été réalisée sur l'automate BD Phoenix 100. La sensibilité aux antibiotiques a été menée conformément aux recommandations de l'EUCAST.

Résultats: Durant la période d'étude 218 nouveaux nés ont été hospitalisés.15% répondaient aux critères cliniques et microbiologiques de définition d'IAS (n=27). L'âge moyen des nouveaux nés inclus était de 6 jours, avec un sexe ratio de 1,7 H/F. Le délai moyen d'apparition de l'infection était de 8,7 jours. Les bactériémies (30%), les pyélonéphrites (29%) et les méningites (26%) constituaient les IAS les plus fréquentes.

Les germes les plus isolés étaient les bacilles à Gram négatif (90,4%), en particulier les entérobactéries. Sur un ensemble de 30 germes isolés, Klebsiella pneumoniae représente 66,6% (n=20) des isolats, elles étaient tous de phénotype BLSE. Les cocci à gram positif, étaient isolés dans 9,6% des cas.

Conclusion: Les IAS néonatales constituent un sérieux problème de santé. Elles sont dominées par les bactériémies à bacilles gram négatif multirésistants. La lutte contre ces infections, la réduction de la morbi-mortalité hospitalière néonatales et la réduction des dépenses hospitalières passe par une stratégie de prévention incluant: l'organisation et l'homogénéisation des procédures de soins, la lutte contre la prématurité, l'application des règles d'hygiène élémentaire avec l'observance du lavage des mains et en fin l'adoption des règles strictes sur les accès au service.

P31- Profil épidémiologique de Klebsiella pneumoniae multirésistante au CHU Mohammed VI-Oujda.

O. Bouayadi^{1,2}, J. El Malki^{1,2}, S. Lamrabat^{1,2}, S. Rifai^{1,2}, A. Lyagoubi^{1,2}, A. Aarab^{1,2}, M. Bensalah^{1,2}, A. Hami³, A. Maleb^{1,2}

1 Service de Microbiologie, CHU Mohammed VI D'oujda

2 Faculte de Medecine et De Pharmacie Oujda, Universite Mohammed Premier

3 Service de Laboratoire, Centre Hospitalier Provincial, Jerrada

Introduction : Au cours des dix dernières années, la résistance bactérienne aux antibiotiques, particulièrement par production de β -lactamases à spectre élargi (BLSE), est devenue un problème majeur de santé publique. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des souches multirésistantes de Klebsiella pneumoniae au CHU Mohammed VI d'Oujda.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective menée au laboratoire de microbiologie du Centre hospitalier universitaire Mohammed VI - Oujda, intéressant les prélèvements étudiés sur une période de 20 mois allant de juin 2016 à Janvier 2018 et dans lesquels Klebsiella pneumoniae a été isolée. L'identification a été réalisé à l'aide de BD Phoenix 100, l'antibiogramme a été réalisé et interprété selon les recommandations de l'EUCAST.

Résultats : Parmi les 280 souches de K. pneumoniae étudiées, 106 (37,85%) étaient productrices de BLSE et 6 (2,14%) étaient productrices de carbapénèmases. Ces souches étaient surtout isolées chez les patients hospitalisés dans les services de néonatalogie (39,3%), de réanimation (15,2%), de Médecine internes (9%) et de service des urgences (8%). Les isolats provenaient principalement des hémocultures (42,8 %), des prélèvements d'urines (33%), du pus (11,6%) et du LCR (10,7%).

La majorité des souches de K. pneumoniae BMR avait en outre une résistance à l'association sulfaméthoxazole/triméthoprim (92%), à la Gentamicine (83%), aux fluoroquinolones (59%) et à l'Amikacine (20,5%).

Conclusion : Les épidémies hospitalières à Klebsiella pneumoniae productrice de BLSE deviennent de plus en plus fréquentes et menaçantes. Leur profil de résistance impose l'utilisation des Carbapénèmes et par conséquent l'émergence des souches productrices de carbapénèmases (KPC). De ce fait, il s'avère nécessaire de coupler les mesures d'hygiène à une surveillance régulière de l'épidémiologie et de l'état des résistances de K. pneumoniae au niveau local, et en fin de rationaliser la prescription des antibiotiques.

P32- Infections ORL compliquées sur un terrain de déficit immunitaire primitif : à propos de 5 cas.

F. Semlali, F. Ailal, I. Benhsaein, A. Bousfiha, J. Najib

Service De Pédiatrie 1, Hôpital d'enfants AbderrahimHarouchi, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction : Les infections ORL sont d'autant plus fréquentes que sévères sur un terrain de déficit immunitaire primitif et peuvent en être le mode de révélation.

Objectif du travail : Etudier l'aspect clinique, biologique et évolutif des Infections ORL sévères chez les patients suivis pour déficits immunitaires primitifs.

Patients et méthodes : Etude rétrospective sur 1 an incluant les cas d'Infections ORL compliquées sur DIP hospitalisés à l'unité d'immunologie clinique pédiatrique de Casablanca.

Résultats : 5 cas d'infections ORL compliquées ont été recensés sur une période de 1an. Les cas recensés sont répartis comme tel : 1 cas ayant un déficit immunitaire combiné (DIC), 1 cas ayant un

défaut d'expression d'HLA classe II, 1 cas ayant un ALPS syndrome, 1 cas ayant un syndrome d'hyper IGE et 1 cas ayant une neutropénie cyclique. L'âge moyen était de 6 ans. Une consanguinité était retrouvée dans 2 cas. Un décès dans la fraterie était noté dans 2 cas. Les complications ORL observées étaient représentées par une sténose du conduit auditif externe dans 2 cas, une Otomastoidites dans 2 cas et une nécrose du conduit auditif externe dans 1 cas. Le traitement était adapté selon les résultats de l'antibiogramme des écouvillonnages réalisés. L'évolution était fatale dans 1 cas.

Conclusion : Face au caractère récidivant ou sévère d'une infection ORL, le diagnostic de Déficit Immunitaire Primitif se doit d'être évoqué. La prise en charge ORL d'un déficit immunitaire primitif exige une démarche méthodique faisant prévaloir les données cliniques, radiologiques et microbiologiques. Face à des lésions destructrices à la TDM, la décision d'acte chirurgical doit soigneusement être pesée.

P33- Acquisition nosocomiale de bactéries multi-résistantes chez des nouveau-nés hospitalisés dans le service de néonatalogie et réanimation néonatale au CHU-Hassan II de Fès, Maroc.

B. Arhoune^{1,2}, B. Oumokhtar¹, F. Hmami^{3,1}, M. Timinouni^{4,1}, F. Chami², S. Elfakir¹, A. Bouharrou^{3,1}

1 Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

2 Faculté des Sciences Dhar El Mahraz Fès

3 Service de Néonatalogie et Réanimation Néonatale, CHU Hassan II, Fès, Maroc

4 Département de recherche, institut Pasteur Maroc, Casablanca, Maroc.

Objectif : Evaluation du taux d'acquisition nosocomiale de Bacilles Gram - chez des nouveau-nés au cours de leur hospitalisation, dans un service de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Matériel et méthodes : c'est une étude prospective menée dans le service de néonatalogie et de réanimation néonatale (CHU Hassan II de Fès), de février 2013 à juillet 2015. Tous les nouveau-nés hospitalisés ont fait l'objet d'un écouvillonnage rectal à l'admission et à la sortie du service. Les analyses microbiologiques et moléculaires ont été réalisées pour tous les prélèvements collectés selon les recommandations internationales.

Résultats : 455 nouveau-nés ont été dépistés, dont 301 ont été inclus dans l'étude d'acquisition. Nous avons identifié 524 Entérobactéries dont 276 isolats de *K. pneumoniae* et 207 *E. coli*, ainsi que 93 isolats *Acinetobacter baumannii*. À l'admission, 102 nouveau-nés ont été trouvés colonisés par une Entérobactérie BLSE (EBLSE) : 22% ; 15 avaient une Entérobactérie carbapénèmase (ECP) : 4,6% ; et 30 patients ont été colonisés par un *A. baumannii* multi-résistant (AMR) : 9,9%. À la sortie, 170 nouveau-nés ont acquis une EBLSE durant l'hospitalisation (56%) ; 19 ont acquis une ECP (6,3%) et 37 ont été colonisés par un AMR (12,2%). L'étude de résistance des isolats EBLSE, ECP a montré des taux de résistance élevés aux aminoglycosides (95%), aux fluoroquinolones (65%) et au cotrimoxazole (61%), ainsi que la majorité des isolats d'AMR ont été résistants à la céftazidime (92%). Le gène blaCTXM-15 était le plus fréquemment détecté (61%) chez les EBLSE. Tous les isolats ECP exprimaient le gène bla_{oxa}-48 exclusivement. Alors que, tous les isolats d'*A. Baumannii* carbapénèmases abritaient les gènes bla_{OXA}-51 et bla_{OXA}-23. À l'admission, plusieurs facteurs de risque étaient significativement associés à la colonisation par les BMR (p < 0,001) : l'âge, la prématurité et la provenance. Durant l'hospitalisation, l'antibiothérapie était le seul facteur de risque chez les patients porteurs d'EBLSE, ainsi que la détresse respiratoire était également le facteur de risque unique trouvé chez les porteurs d'AMR (OR, 2.270; 95% IC, 1.055 à 4.881; P = 0.03)

Conclusion : Le taux élevé de BMR trouvé est un bon indicateur de la transmission croisée. Une stratégie active de contrôle de la dissémination des BMR devrait être appliquée.

P34- Méningite à streptococcus pneumoniae serotype 7A chez un nourisson de 10 mois : à propos d'un cas.

K. Ouazzani Touhami^{1,2}, H. El Bayed Sakkali^{1,2}, F. Maaloum², I. Diawara³, M. Ouazzani Touhami⁴, M. Bezzari⁵, K. Zerouali^{1,2}, H. Belabbes^{1,2}

1 Laboratoire de Bactériologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca

2 Laboratoire de Bactériologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, Université Hassan II.

3 Faculté des sciences techniques, Université Mohamed VI des sciences de la santé, Casablanca

4 Pédiatre, secteur libéral, Clinique Californie, Casablanca

5 Médecin biologiste, Laboratoire Casalab, Casablanca

Cause majeure de morbidité et mortalité dans le monde, les méningites à pneumocoque (PNO) représentent un fléau mondial. Malgré le recours au vaccin anti-PNO conjugué, efficace dès les premiers mois de vie et essentiel dans la lutte contre les maladies pneumococciques, l'émergence de nouveaux sérotypes non vaccinaux entraînent toujours des méningites chez l'enfant et engendrent de lourdes séquelles en particulier chez les nourrissons.

A travers ce travail, nous rapportons le cas d'une méningite chez un nourrisson de 10 mois ayant reçu deux doses du vaccin anti-PNO à 13 valences (PCV13) à 2 mois et demi et 5 mois de vie. Ce nourrisson a été hospitalisé pour fièvre, cris incessants et vomissements. La ponction lombaire apporte un liquide céphalo-rachidien (LCR) trouble. L'examen cytobactériologique du LCR retrouve 282 éléments/mm³ dont 95% de neutrophiles. L'examen direct met en évidence de nombreux cocci à Gram positif en diplocoques capsulés et la culture isole un pneumocoque. La chimie du LCR retrouve une hypoglycorrachie sévère et une hyperprotéinorrhachie importante. La recherche d'antigènes solubles revient positive à *S.pneumoniae*. Devant ce cas de méningite à PNO chez un nourrisson déjà vacciné, la souche isolée est analysée. Le sérotypage réalisé par PCR en temps final de la souche a montré qu'il s'agit d'un sérotype 7A et la réalisation d'un E-test à la pénicilline G a révélé une souche sensible avec une CMI très basse. L'évolution est bonne à J4 sous antibiotiques : l'examen direct et la culture du LCR reviendront négatifs. Au cours de cette hospitalisation, cette évolution va être cependant émaillée de complications : gastro-entérite à Rotavirus, syndrome d'hyperthermie majeure avec état de mal convulsif et des septicémies à *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* et *Pseudomonas aeruginosa* multirésistants, sécréteurs de BLSE. L'évolution a été favorable sous plusieurs antibiotiques.

La particularité de cette observation réside dans une méningite à PNO sérotype 7A, non contenu dans le PCV 13, chez un nourrisson déjà vacciné. Les auteurs insistent sur la nécessité et l'importance d'un observatoire PNO et d'une large étude épidémiologique afin de déterminer les sérotypes de PNO en circulation au Maroc depuis l'introduction du PCV 10 et PCV 13.

P35- Essai clinique de génotype MTBDR plus « Hain test » chez des enfants suspects de TBMR.

G. Momen^{1,2}, A. Aainouss², A. Lamaammal², F. Chtioui², M. Elmessoudi², My. Driss Elmessaoudi², M. Blaghen¹, M. Khyati²

1 Laboratoire de Microbiologie Pharmacologie, Biotechnologie et Environnement, Faculté des Sciences, Casablanca

2 Laboratoire de mycobactérie et tuberculose, Institut Pasteur du Maroc, Casablanca

Introduction : La tuberculose multi résistance chez l'enfant est une forme grave de la tuberculose, présentant un problème majeur de santé publique surtout dans les pays en voie de développement. Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de 2 ans allant du 1er janvier 2016

jusqu'au 31 décembre 2017, incluant les enfants suspects de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire chez 75 enfants dont l'âge entre 2 ans et 15 ans. Lieu de recrutement et d'étude : service de mycobactéries et tuberculose, à l'Institut Pasteur Casablanca.

Matériel et méthodes : La tuberculose de l'enfant est souvent la conséquence de celle d'un adulte de son entourage proche. Dans ce travail, nous nous sommes intéressées à l'identification des souches multi résistantes de *Mycobacterium tuberculosis*. À cette fin, nous avons utilisé une technique rapide de biologie moléculaire « Hain test ». Ce test correspond à une amplification de fractions de gènes codant pour la cible des antituberculeux, et l'hybridation avec des sondes correspondant aux gènes sauvages ou aux gènes mutés présents sur la bandelette.

Résultats : 75 échantillons biologiques présentent un frottis positif pour l'examen microscopique ont été reçus au laboratoire de Mycobactéries pour diagnostic et l'identification du complexe *M. tuberculosis* des résistances à la rifampicine et / ou l'isoniazide. L'identification de la résistance à la rifampicine est réalisée à travers la détection des principales mutations au niveau du gène *rpoB*. L'identification de résistances de haut niveau à l'isoniazide est réalisée à travers l'analyse du gène *katG* et l'identification de résistances de bas niveau à l'isoniazide est réalisée à travers l'analyse du gène *inhA*. Les résultats sont montrés : 27 cas sont sensibles à la rifampicine et l'isoniazide soit 36%, 17 cas résistants à la rifampicine soit 22,66%, 4 cas résistants à l'isoniazide soit 5,33% et 22 cas résistants pour les deux antibiotiques soit 29,33%.

Conclusion : Cette étude a montré la fréquence de la tuberculose dans notre région, on serait donc tenté de renforcer les mesures de dépistage auprès des enfants au contact des cas contagieux adulte.

Mots clés : Hain test - tuberculose - multirésistante - contagé tuberculeux – enfant

P36- Epidémiologie de la Giardiose au CHU Mohamed VI de Marrakech: Expérience du service de parasitologie de l'hôpital militaire Avicenne sur 7 ans.

Mouayche I, Aourarh S, Ait ziri K, Ait ouzdi Z, Ahroui Y, El Mezouari E.M*, Moutaj R*
Service de parasitologie mycologie, hôpital militaire Avicenne Marrakech, Maroc

Introduction : La giardiose est une parasitose à dissémination fécale due à un flagellé *Giardia intestinalis*, parasite du tube digestif de l'homme et certains animaux. La giardiose est une parasitose fréquente chez l'enfant, souvent méconnue ou négligée et occupe une place particulière tant par sa fréquence que par son caractère pathogène. En effet, lorsqu'elle évolue sur un mode chronique, la giardiose est souvent responsable d'un syndrome de malabsorption qui peut s'avérer sévère, particulièrement chez l'enfant, avec cassure de la courbe du poids.

Résultats et discussion : Dans le but de déterminer le profil épidémiologique de la giardiose chez la population de Marrakech, une étude rétrospective a été menée sur une période de 7 ans allant du janvier 2011 à décembre 2017 au service de parasitologie à l'hôpital militaire Avicenne, et à l'hôpital Ibn Tofail du CHU Med VI de Marrakech. 10615 examens parasitologiques des selles (EPS) ont été pratiqués chez 6784 patients dont 2651 examens ont été positifs soit un indice parasitaire simple de 25%. Notre étude avait inclu aussi 669 EPS effectués chez des enfants dont 157 ont été positifs soit un indice parasitaire de 23,4%. Chaque patient a bénéficié d'au moins un EPS en incluant un examen direct associé à une concentration. Parmi les parasites rencontrés, *Giardia intestinalis* représente 3,8% des parasites isolés avec une prévalence de 0,95% chez la population de l'étude. Ce flagellé a été observé chez 23,4% des enfants infestés. Deux enfants sur 3 atteints de la giardiose sont âgés

entre 11 et 15 ans, ceci pourrait avoir des conséquences fâcheuses sur leur croissance. Nos résultats et ceux de la littérature montrent que la Giardiose demeure une parasitose plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Conclusion : La giardiose reste une parasitose fréquente dans notre pays. Elle mérite d'être mieux connue, d'autant plus qu'elle peut induire des manifestations graves. Une politique de prophylaxie générale et individuelle et une amélioration du niveau social dans notre pays, conduiront certainement à une diminution considérable de la prévalence de cette parasitose.

P37- La péricardite chez l'enfant.

K. Errehymy

Service de Pédiatrie à l'hôpital d'enfant Abderahim Elharouchi Casablanca.

Introduction : La péricardite est une inflammation des deux feuillets du péricarde associée ou non à la présence d'un épanchement liquidien. Le processus inflammatoire peut être aigu, subaigu, ou chronique et a une variété d'étiologies. Le tableau clinique des péricardites dépend de l'abondance de l'épanchement et surtout de son étiologie. Elle pose trois types de problèmes : un problème diagnostique, étiologique, et évolutif.

Objectif du travail : Décrire les particularités cliniques et para cliniques ainsi que la stratégie de prise en charge diagnostique et thérapeutique des enfants porteurs de la péricardite aiguë.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective portant sur 23 cas de péricardites aiguës colligés au service de Pédiatrie à l'hôpital d'enfant Abderahim Elharouchi Casablanca.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 9,5 ans (1,5-13). La fièvre a été notée chez 17 enfants, soit (74%), la douleur thoracique chez 15 malades, soit (65%) et la dyspnée chez 12 enfants ,soit (52%). L'échocardiographie a confirmé le diagnostic dans tous les cas, et a permis de quantifier l'épanchement qui était : minime dans 17 cas (74%), modéré dans 3 cas (13%) et abondant dans 3 cas (13%). L'étiologie la plus fréquente était bactérienne dans 14 cas (75%), suivie de la tuberculose dans 13% des cas, les autres étiologies ne représentent que 12%. Le drainage péricardique a été réalisé chez les 3 patients présentant un épanchement abondant. Le traitement médical est instauré en fonction de l'étiologie. L'évolution a été favorable dans 19 cas, soit (83%), 3 enfants soit (13%) ont présenté une péricardite chronique constrictive et un décès chez un enfant suivi pour LAL T.

Conclusion : Dans la majorité des cas on ne retrouve pas de cause à une péricardite. Le diagnostic est alors difficile. Les péricardites peuvent être récidivantes, et dans certains cas peuvent se compliquer d'une tamponnade ou une constriction péricardique. La précocité du diagnostic et la rapidité de la prise en charge sont les seuls garants d'une bonne évolution sans séquelles, permettant d'éviter toutes complications majeures.

P38- Pneumopathie varicelleuse : complication grave de la varicelle, à propos d'une nouvelle observation.

M. Elbejnoui, A. Ourrai, A. Radi, B. Hasbaoui, M. Selouti, M. Kmari, A. Hassani, R. Abilkassem, A. Agadr
Service de Pédiatrie, Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : La pneumopathie varicelleuse est une complication rare et grave des infections à virus varicelle-zona, elle est responsable de 10 % de mortalité et souvent observée en cas

d'immunodépression constitutionnelle ou acquise.

Observation : Nous rapportons le cas d'un enfant de 7 ans, sans antécédent pathologique particulier, qui présente depuis une semaine, une éruption cutanée prurigineuse, s'étendant sur le corps évoluant dans un contexte fébrile. Trois jours après, le patient a présenté une toux productive compliquée de dyspnée motivant son hospitalisation. L'examen a trouvé un patient polypnéique, fébrile à 39°C ; tachycarde avec des râles crépitants diffus au niveau des deux champs pulmonaires. La radiographie thoracique a montré des infiltrats micro et macro nodulaires bilatéraux. Le bilan biologique a trouvé une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire, la sérologie HIV type 1,2 est négative. Devant ce tableau le diagnostic de varicelle compliquée de pneumopathie est retenu et le patient est mis sous Aciclovir et soins cutanés. Ce traitement est poursuivi pendant 10 jours. L'évolution clinique et radiologique était favorable.

Discussion : La pneumonie varicelleuse survient en général, 1 à 6 jours après l'apparition des signes cutanés. L'atteinte pulmonaire peut être également découverte de manière systématique sur une radiographie thoracique. Les formes sévères sont souvent associées à une immunodépression avec une morbidité et une mortalité importante. Le traitement se base sur les antiviraux tel que l'aciclovir à la dose de 10 mg/kg/j toutes les 8 heures pendant une durée moyenne de 10 à 16 jours.

Conclusion : La pneumonie varicelleuse est une complication assez fréquente et redoutable au cours de l'infection par le virus de la varicelle, elle peut être rapidement fatale lorsqu'elle survient sur un terrain immunodéprimé. Le traitement antiviral par aciclovir donne d'excellents résultats.

P39- Acinetobacter baumannii : étude de la sensibilité des souches isolées dans les services de réanimation de l'hôpital Ibn tofail Marrakech.

S.aourarh, S. khayati, L. Ait Said ,, K. Zahlane.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie ,Hôpital Ibn Tofail CHU MOHAMED VI, Marrakech.

Introduction : Acinetobacter baumannii , pathogène opportuniste, émerge ces dernières décennies comme agent d'infections nosocomiales potentiellement résistante à de nombreuses familles d'antibiotiques du fait de l'association de plusieurs mécanismes de résistance.

L'objectif de ce travail est de déterminer à travers une étude rétrospective le profil épidémiologique, et la résistance aux antibiotiques des souches d'A.baumannii isolées

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 2 ans du 1 janvier 2016 au 1 janvier 2018. Ont été inclus dans l'étude tous les prélèvements provenant des patients hospitalisés aux services de réanimations de l'hôpital Ibn Tofail .L'identification bactérienne a été faite par galerie biochimique « Api » et la sensibilité aux antibiotiques a été testée par antibiogramme sur milieu gélosé selon les recommandations de l'EUCAST 2016.

Résultat : Durant la période d'étude, 253 prélèvements ont été réalisés, 89 souches bactériennes ont été isolées dont 40% représentaient par l'Acinetobacter baumannii, Les principaux sites infectieux étaient les pneumopathies 50% ,les bactériémies 35% et les infections urinaires 10% , Les résistances à ticarcilline, pipéracilline, ticarcilline-acide clavulanique, pipéracilline-tazobactam, céfépime, ceftazidime et imipénème sont respectivement de 60, 65, 40, 58, 60, 64 et 51 %. Les résistances à amikacine, gentamicine et sulfaméthoxazole-triméthoprime sont respectivement de, 45, 40 et 22 %. La résistance à la ciprofloxacine est de 58 %. 2 souches sont résistantes à l'ensemble des antibiotiques testés à l'exception de la colistine.

Conclusion : L'infection à A.baumannii est synonyme de mauvaise qualité des soins. Le contrôle de

sa diffusion et son éradication doivent être une priorité absolue au niveau de notre établissement.

P40- BCGites chez les patients atteints d'un déficit immunitaire combiné sévère.

I. Benhsaien^{1,2}, F. Ailal¹, J. Najib¹, A. Badou², A.A. Bousfiha¹

1 Unité d'immunologie clinique, services des maladies infectieuses pédiatriques. Hôpital Harouchi ; CHU Ibn Rochd. Casablanca

2 Laboratoire de Génétique et Pathologies Moléculaires, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca.

Les BCGites, survenant après vaccination par le Bacille de Calmette-Guérin (BCG), sont des complications fréquemment rencontrées chez les patients atteints de déficit immunitaire combiné sévère (SCID). Celles-ci sont souvent étendues (régionales ou disséminées) et particulièrement sévères. Nous voulons à travers ce travail définir les facteurs de risque – essentiellement le phénotype du SCID et étudier les caractéristiques, l'évolution et les traitements des BCGites chez les patients atteints de DICS. Notre étude, prospective et monocentrique porte sur tous les patients atteints de SCID pris en charge entre le 1er janvier 2016 et le 28 Février 2018 à l'unité d'immunologie clinique, service des maladies infectieuses pédiatrique à hôpital d'Enfants à Casablanca. Parmi les 30 patients inclus, 28 ont été vaccinés par le BCG et 10 ont développé une BCGite (3 régionale, 7 disséminée). Nous n'avons pas trouvé de relation entre le phénotype et la survenue de la BCGite. Par ailleurs, l'évolution était marquée par le décès des 9 malades avant l'allogreffe de la moelle osseuse et un seul dans les suites immédiats de l'allogreffe de moelle osseuse.

P41- Granulomatose septique chronique révélé par des abcès profonds hépatiques et spléniques : A propos d'un cas.

A. Friouichen, N. Benajiba

Service de pédiatrie, CHU Mohammed VI d'Oujda

Nourrisson âgé de 12 mois, fille unique de parents consanguins, sans antécédents familiaux particuliers, hospitalisé pour une fièvre prolongée remontant à un mois ; traité pour pyélonéphrite sur un ECBU positif mais sans amélioration clinique. À l'examen clinique on trouve un nourrisson fébrile à 39,5°C ; des conjonctives décolorés avec une hépatomégalie. Le bilan biologique avait révélé une hyperleucocytose à 21610 éléments/mm³ avec des PNN à 11300 éléments/mm³, et des lymphocytes à 8540 éléments/mm³ ; une hémoglobine à 7,6 hypochrome microcytaire, une protéine C-réactive (CRP) à 173 mg/L, une procalcitonine (PCT) à 1,8ng/ml, l'échographie abdominale avait objectivée de multiples collections hépatiques et spléniques. +Le traitement avait consisté en une antibiothérapie probabiliste associant ceftriaxone et gentamicine. Devant la persistance de la fièvre, l'antibiothérapie avait été remplacée par l'association ciprofloxacine +flagyl+ voriconazole ; et maintenue pendant quatre semaines. Les échographies abdominales de contrôles objectivent une disparition progressive des collections en premier spléniques et puis hépatiques ; sans la nécessité d'un drainage. La patiente est programmée pour l'analyse par cytométrie de flux du changement de fluorescence de la dihydrorhodamine (DHR). Des abcès profonds sont possibles chez le patients atteints de GSC ; et il est nécessaire de poser le plus tôt possible le diagnostic de GSC ; pour maintenir un traitement anti-infectieux prophylactique à vie.

P42- La bronchiolite grave du nourrisson : Expérience du service de pédiatrie CHU Mohammed VI Oujda.

K.zerouati, F.aidi, A.babakhoya, M.rkain, N.benajiba
Service de pédiatrie Hôpital mère enfant CHU MOHAMMED VI OUJDA

Introduction: La bronchiolite aiguë est une infection virale respiratoire épidémique saisonnière du nourrisson, le plus souvent due au virus respiratoire syncytial (VRS), et qui peut dans quelques rares cas, mettre en jeu le pronostic vital. Elle représente un réel enjeu de santé publique. Nous rapportons les résultats d'une étude réalisée au sein du service de pédiatrie CHU MOHAMMED VI OUJDA à propos de 7 malades ayant présentés des formes sévères de bronchiolite aiguë.

Résultats : Notre population se répartissait en 4 filles et 3 garçons. L'âge moyen était de 2,42 mois. 85,7% des nourrissons étaient nées à terme et 1 seul nourrisson était né à 35SA. Leur poids médian était 3280 g. Il s'agissait du premier épisode de bronchiolite chez tous les nourrissons. Un terrain d'atopie familial était retrouvé chez 28,5% des cas, avec notion de contagion virale chez 42,8%. Aucun des patients n'était connu vomisseur chronique. La toux et la gêne respiratoire étaient les principaux motifs de consultation, dont la symptomatologie évoluait en moyenne de 4,71 jours. L'examen clinique trouvait une fièvre chez 57,14% des cas, une tachycardie chez 85,7%, une polypnée et des signes de luttés chez tous les malades. Les symptômes ayant conduit à la nécessité d'un transfert en réanimation étaient une détresse respiratoire avec aggravation des signes de lutte marqués dans 85,7 % des cas, des apnées inaugurales et cyanose dans 16,6%. La durée médiane de séjour était de 3,66 jours. La radiographie thoracique objectivait une atélectasie bilatérale dans 42,8% des cas, un foyer de surinfection dans 28,57% des cas, alors qu'elle était normale dans 28,57% des cas. L'intubation a été réalisée dans 28,57% des cas. Une antibiothérapie avait été débutée avant transfert en réanimation dans 42,8 % des cas. La kinésithérapie a été réalisée chez tous nos malades. L'évolution était favorable dans 85,7% des cas. 1 nourrisson décédé suite à une infection bactérienne sévère.

Conclusion : La bronchiolite aiguë du nourrisson représente une forme très fréquente et potentiellement grave des infections virales respiratoires du nourrisson. Elle peut être responsable de détresse respiratoire sévère nécessitant alors une hospitalisation en unité de surveillance continue ou de réanimation pédiatrique.

P43- Suppurations intracrâniennes chez l'enfant.

S. Alaoui, A.fouad, N. Rada, G. Draïss, M. Bouskraoui
Service de pédiatrie A – CHU Mohammed VI, Marrakech

Introduction : Les suppurations intracrâniennes sont des collections purulentes d'origine infectieuse réunissant les abcès et les empyèmes, ce qui constituent une entité pathologique rare mais grave chez l'enfant.

Objectif : Le but de notre travail est de rapporter l'expérience du service de pédiatrie de CHU Marrakech en matière d'abcès et d'empyèmes cérébraux, tout en analysant le profil épidémiologique, les aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques de ces suppurations intracrâniennes.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective est effectuée dans le service de pédiatrie du CHU de Marrakech sur une période de 5 ans (décembre 2013 à décembre 2017). Cette étude a porté sur 9 observations cliniques.

Résultats : Les empyèmes représentaient 56 %, contre 22 % des abcès et les deux lésions étaient associées dans un seul cas. L'âge moyen des patients était de 5 ans avec des extrêmes de 2 mois et

14 ans. La principale porte d'entrée était une infection neuroméningée par un pourcentage de 67% contre un seul cas de pansinusite et un autre cas associé à une cardiopathie cyanogène.

Les signes d'appel les plus couramment rencontrés étaient la fièvre (88 %) suivie de syndrome d'hypertension intracrânienne (67 %), puis le syndrome méningé (44,44%) les crises convulsives et le déficit moteur venait en 4^{ème} position (23 %). La tomodensitométrie cérébrale a été le moyen diagnostique dans tous les cas. La démarche thérapeutique a consisté au traitement médicochirurgical dans 67% des cas, la triantibiothérapie associant céphalosporine de 3^{ème} génération, une aminoside et le métronidazole est souvent administrée en premier suivie après par l'acte chirurgical basé sur la ponction évacuatrice. L'évolution a été favorable chez 77% des patients, alors que 2 cas ont gardé des séquelles à type de déficit moteur (1 cas), de strabisme convergent (1 cas).

Conclusion : L'avènement de la tomodensitométrie permettant un diagnostic précoce et une prise en charge urgente a contribué nettement à l'amélioration du pronostic de ces collections suppurées intracrâniennes. Mais un traitement correct des méningites, des infections ORL, reste la stratégie prophylactique la plus importante pour cette entité pathologique.

P44- L'intérêt des marqueurs biologiques de l'infection aux urgences, et en réanimation à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

Belkhair Jihane, Abdeharman Boukhira, Saliha Chellak.

Service de Laboratoire de Biochimie, HMA Marrakech

Introduction : L'infection est une cause de mortalité et de morbidité fréquente dans les services des urgences et en réanimation. Le diagnostic précoce et le traitement adapté sont un vrai challenge en pratique clinique. La négativité des prélèvements bactériologiques n'exclue pas la présence d'une infection. Ainsi des marqueurs biochimiques sont nécessaires pour affirmer l'origine infectieuse d'une réponse inflammatoire systémique.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, datant du 1^{er} janvier au 28 Février ; qui a porté sur 338 patients présents ou suspects d'une infection. La population était répartie en 3 groupes 'G' (G1 : patients ayant un sepsis - G2 : patients ayant une infection bactérienne - G3 : absence d'une infection bactérienne documenté). Les paramètres biologiques mesurés étaient la CRP par la méthode de l'immunoturbidimétrie et la Procalcitonine(PCT) par méthode sandwich sur l'autoanalyseur Cobas 6000. Avec des valeurs pour la PCT : < 0,5 (sepsis improbable-infection bactérienne locale possible) - 0,5 à 2,0 ng/ml (infection bactérienne possible) - 2,0 à 10,0 ng/ml (infection bactérienne systémique possible) - >10,0 ng/ml (sepsis bactérien sévère ou choc septique) ; et pour la CRP >5 mg/l (infection ou inflammation).

Résultats : L'âge moyen des patients était de $65 \pm 6,34$ ans, avec un sex-ratio à 1,4. Le taux médian de la PCT de la procalcitonine était à $20,4 \pm 1,06$ (G1), à 5 ± 65 chez (G2), à $0,46 \pm 0,02$ chez (G3). Le taux médian de la CRP chez le groupe 1 était à $67 \pm 1,8$ (G1) ; à $58 \pm 2,4$ (G2) ; et $44 \pm 0,9$ (G3).

Discussion : Nos résultats montrent une valeur diagnostique de sepsis et de l'infection par la PCT plus ce que la CRP. Le taux de la CRP n'apparaît pas trop différent en fonction de la gravité. Nos résultats confirment les données de la littérature.

Conclusion : Sur la base des données actuelles la PCT apparaît actuellement être parmi les meilleurs marqueurs biologiques disponibles de l'infection bactérienne.

P45- La performance de GèneXpert dans le diagnostic de la tuberculose extra-pulmonaire chez les enfants.

A. Aainouss^{1,2}, G. Momen², A. Lamaammal², F. Chtioui², M. Elmessoudi², J. Mouslim¹, My. Driss El Messaoudi²

1 Laboratoire d'écologie et d'environnement, Faculté des Sciences Ben M'sik, Casablanca

2 Laboratoire de mycobactérie et tuberculose, Institut Pasteur du Maroc - Casablanca

Introduction : Au Maroc, La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique. Le ministre de la santé estime le nombre de cas de maladie à 31.542 cas, correspondant à une incidence de 91 cas pour 100.000 habitants. En plus des poumons, n'importe quel organe peut être atteint de la tuberculose, suite à une dissémination sanguine ou lymphatique de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), c'est la forme extra-pulmonaire (TEP). Le caractère paucibacillaire de la tuberculose extra-pulmonaire rend son diagnostic par les techniques conventionnelles difficile. Cependant, des techniques moléculaires sont adoptées pour leur rapidité ; le test Xpert MTB/RIF permet l'identification de MTB et la résistance à la Rifampicine en 2 heures.

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance de la technique moléculaire Xpert MTB/RIF dans le diagnostic de la TEP chez l'enfant.

Méthode : Entre 2016 et 2017, 82 échantillons cliniques extra-pulmonaires ont été recueillis au laboratoire de Mycobactérie et Tuberculose, à l'institut Pasteur de Maroc. Les échantillons extrapulmonaires inclus dans cette étude ont été si nécessaires décontaminés selon la méthode de Lowenstein pour les biopsies et la méthode de Petroff pour le liquide pleural. Le diagnostic a été réalisé sur tous les échantillons par la culture sur le milieu solide Lowenstein Jensen (LJ) et par la technique moléculaire du GèneXpert. Les calculs statistiques ont été calculés avec le logiciel de calcul Microsoft Excel 2016.

Résultat : Un patient est retenu tuberculeux chaque fois qu'une culture et/ou un Xpert était positif sur une biopsie ganglionnaire et sur la plèvre et/ou liquide pleural. Sur les 58 patients diagnostiqués, 23 se sont révélés positifs dont 11 enfants (45,83%) présentaient une pleurésie et 12 enfants (35,29%) présentaient une tuberculose ganglionnaire. La sensibilité de Xpert était de 52,17% (IC 95%).

Conclusion : Avec une sensibilité de 52,1%, cette étude a montré que le test moléculaire Xpert présente des limites dans le diagnostic de la tuberculose extra-pulmonaire chez l'enfant. Au vu de ces résultats, on ne peut pas utiliser le Xpert comme seul moyen de diagnostic de la TEP malgré sa rapidité.

Mots clés : Tuberculose extra-pulmonaire ; *Mycobacterium tuberculosis* ; culture ; GèneXpert, enfant

P46- Evaluation d'une nouvelle variante de la PCR dans le diagnostic des meningites a neisseria meningitidis chez l'enfant à casablanca.

K. Ait mouss^{1,2,3}, K. Zerouali^{2,3}, H. Belabbes^{2,3}, N. Elmdaghri^{1,2,3}, A. Razki¹

1 Laboratoire des méningocoques, Institut Pasteur du Maroc, Casablanca

2 Laboratoire de microbiologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

3 Faculté de médecine et de pharmacie, Casablanca

Introduction : La méningococcie est une infection grave et souvent mortelle. Au Maroc des éclosions de cas sont signalées chaque année, ce qui fait de cette maladie un problème de santé publique. Au niveau de l'Institut Pasteur du Maroc nous avons évalué l'utilisation de la PCR en temps final à la base de nouvelles amorces spécifiques de *Neisseria meningitidis* (Nm), en comparaison avec la PCR triplex classique.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'apport de la PCR basée sur 5 gènes dans le diagnostic spécifique de N.m dans le liquide cébrospinal (LCS).

Matériel et Méthodes : Pendant l'année 2017, 40 LCS récoltés chez des enfants suspectés de méningite, ont été analysés par PCR temps final triplex composée de 3 d'amorces ciblant 3 gènes : CrgA, LytA et bexA respectivement présents chez N.meningitidis, S.pneumoniae et H.influenzae pour chercher l'agent étiologique de la méningite dans le LCS. Nous avons évalué la nouvelle variante de la PCR multiplex en utilisant différentes amorces spécifiques : CtrA, SodC, 1732, β gt et crgA pour la détection de la méningite à méningocoques. Ceci permet d'augmenter la possibilité d'éliminer les faux négatifs.

Résultats : Sur les 40 LCS analysés par PCR Triplex, nous avons détecté 8 cas positifs pour N.meningitidis (20%) et 5 cas de Streptococcus pneumoniae (12,50%). En éliminant les 5 échantillons positifs en S.pneumoniae, l'analyse par PCR multiplex des 35 LCS restants a montré que 15 /35 LCS (43%) comportaient 1 à 5 des gènes recherchés : 1 LCS porte 5 gènes, 2 LCS ont 2 gènes, 4 LCS possèdent 3 gènes, 3 LCS ont 4 gènes et 5 LCS portent 1 seul gène.

A la lumière de ces résultats, nous avons pu améliorer le rendement de la PCR conventionnelle à la recherche du méningocoque chez les enfants suspects de méningite, le taux de positivité est passé de 8/35 à 15/35.

Conclusion : La méningite à méningocoque constitue un sérieux problème de santé publique. Ces résultats préliminaires permettent de démontrer l'intérêt du diagnostic par les nouvelles amorces pour l'identification et la confirmation précoce du diagnostic de la méningite à méningocoques.

Mots clés : N.meningitidis, méningite de l'enfant, PCR triplex, PCR multiplex

P47- Les infections urinaires néonatales au CHU Ibn Rochd – Casablanca.

K. Ouazzani Touhami^{1,2}, S. Arji^{1,2}, F. Maaloum², K. Zerouali^{1,2}, H. Belabbes^{1,2}

1 Laboratoire de Bactériologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca

2 Laboratoire de Bactériologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, Université Hassan II.

Introduction : L'infection urinaire est une affection fréquente en milieu pédiatrique et notamment en période néonatale. L'objectif de ce travail est de déterminer l'écologie bactérienne responsable d'infections urinaires chez les nouveau-nés sur une période de 2 ans au CHU Ibn Rochd (CHUIR) et de décrire le profil de résistance des germes aux antibiotiques.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, entre janvier 2016 et décembre 2017, basée sur l'exploitation de la base des données informatisée du laboratoire de microbiologie, virologie et hygiène hospitalière du CHUIR de Casablanca. L'isolement et l'identification ont été réalisés selon les techniques standards de bactériologie, l'antibiogramme et la recherche des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) ont été réalisés selon les recommandations du CA-SFM – EUCAST.

Résultats : Sur la période d'étude, 560 prélèvements ont été reçus au laboratoire, 127 (22.7%) étaient positifs (> seuil) et 138 (24.6%) étaient considérés comme contaminés (polymicrobiens). Les entérobactéries prédominaient avec à leur tête Escherichia coli avec 24.4% suivi de Klebsiella pneumoniae 22.0% puis Enterobacter cloacae 13.4%.

Le taux de résistance à l'Ampicilline était de 85.1%, à l'Amoxicilline/Acide Clavulanique de 50%, à la Ceftriaxone de 55.3% et au Cotrimoxazole de 43.5%. La recherche de BLSE était positive dans 41% des cas et le taux d'Entérobactéries productrices de Carbapénémase était d'environ 3.5%.

Conclusion : Ces résultats montrent un taux élevé de contamination liée au mode de prélèvements sur sacs collecteurs chez les nouveau-nés, d'autres techniques de prélèvements urinaires ont été proposées par plusieurs auteurs pour éviter cette contamination et améliorer la qualité du

rendement de l'ECBU chez les nouveau-nés. Le taux de résistance élevé des isolats est inquiétant et montre le caractère nosocomial de ces infections, une surveillance rigoureuse et continue des BMR est impérative et une antibiothérapie probabiliste adaptée au service permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge de ces infections urinaires.

P48- VIH chez l'enfant : expérience du centre référent pédiatrique au CHU Hassan II de Fès.

K. Hnach, F. Hmami, S. Chaouki, S. Abourazzak, M. Idrissi, F Z. Souilmi, S. Benmilloud, S. Atmani, M. Hida.

Le SIDA de l'enfant est une des principales causes de mortalité et de morbidité chez les enfants surtout en Afrique sub-saharienne. Selon les dernières estimations de l'étude Spectrum 2014, le nombre de patients vivants avec le VIH au Maroc est estimé à 29000 dont 30% des femmes et entre 500 et 1000 enfants de moins de 15 ans. Le programme national de lutte contre le VIH au Maroc a permis d'améliorer la prise en charge globale des patients vivants avec le VIH par la création de plusieurs centres référents. Notre étude est une étude rétrospective portant sur 17 enfants diagnostiqués ou référés pour suivi de l'infection VIH au CHU Hassan II de Fès sur une période de 6 ans allant de 2012 à 2017. Dans notre série 53% étaient des nourrissons de moins de 18 mois au moment du diagnostic et 47 % de plus de 18 mois avec une moyenne d'âge de 2 ans, 50% étaient des fils uniques, la contamination était à 100% materno infantile avec un mode d'accouchement par voie basse chez tous nos patients, 2 avaient reçu la prophylaxie lors de l'accouchement. Chez 6 enfants, le dépistage du VIH était systématique après le diagnostic de l'infection rétrovirale chez la maman, le reste des enfants étaient symptomatiques avec des modes de révélations différents dominés par l'infection respiratoire à répétition, 1 cas de parotidite chronique, 1 cas d'adénopathies généralisées. Les infections opportunistes retrouvées chez nos malades: 3 cas de tuberculose, 1 cas d'infection à toxoplasme et 1 cas d'infection à CMV. Le diagnostic positif était fait par la PCR pour les enfants de moins de 18 mois. Pour les enfants âgés de plus de 18 mois, le diagnostic était posé par la sérologie (ELISA + Western blot). Les antirétroviraux de première ligne étaient toujours prescrits selon des recommandations nationales avec bonne évolution clinique et biologique (PCR et taux de CD4) pour 15 enfants, 2 nourrissons sont décédés avant l'administration de traitement. Le retard diagnostique des cas pédiatriques de l'infection à VIH dans notre contexte reste de principal problème entravant la prise en charge optimale. Des efforts sont encore à déployer dans le cadre du plan stratégique national de prévention de la transmission mère enfant.

P49- La listériose néonatale : un diagnostic rare mais à évoquer.

S.A Diaw, W. Kojmane, F. Hmami, S. Atmani

Service de néonatalogie et réanimation Département mère et enfant CHU-Hassan II-Fès.

La listériose est une infection due à *Listeria monocytogenes* (Lm), bactérie ubiquitaire de l'environnement qui a la particularité de se multiplier à des températures basses, telles que celle du réfrigérateur. L'inhalation ou la déglutition de liquide amniotique ou de sécrétions vaginales peuvent être à l'origine de l'infection in utero ou périnatale, se manifestant au cours des premiers jours de vie par une détresse respiratoire, un choc septique avec une évolution foudroyante.

Nous rapportons deux observations au service de réanimation néonatale au CHU Hassan II de Fès.

Observation 1 : Nouveau-né de sexe masculin admis à H3 de vie pour une détresse respiratoire modérée immédiate. Le bébé est né d'une grossesse non suivie menée à 36SA et d'un accouchement par voie basse. La mère était apyrétique, la poche des eaux était rompue au moment de l'accouchement. Le liquide amniotique était teinté. L'Apgar à la naissance était de 8/10. L'examen clinique trouve un bébé rose avec un score de silverman à 3/10, polypneique à 60c/mn, saturation à 96% sous 2l d'O₂, le bébé était stable sur le plan hémodynamique et neurologique. Au bilan biologique : on note une leucopénie avec une lymphopénie. Une CRP positive à 255mg/l, l'hémoculture est revenue positive à *Listeria monocytogène*. La ponction lombaire était négative. La radiographie de thorax a objectivé un syndrome interstitiel diffus en bilatéral. Le patient a été mis Amoxicilline pendant 10 jours et Gentamycine pendant 3 jours avec bonne amélioration clinico-biologique.

Observation 2 : Nouveau-né de sexe masculin admis à H6 de vie pour une détresse respiratoire modérée immédiate. Le bébé est né d'une grossesse mal suivie menée à terme et d'un accouchement par voie basse. La mère était apyrétique, la poche des eaux était rompue environ 10 heures avant l'accouchement. Le liquide amniotique était teinté. L'Apgar à la naissance était de 6/10 à une minute puis 9/10. L'examen clinique trouve un bébé rose avec un score de Silverman à 2/10, polypneique à 78c/mn, saturation à 98% sous 2l d'O₂, le bébé était stable sur le plan hémodynamique et neurologique. Au bilan biologique : on note une CRP positive à 200mg/l, l'hémoculture positive à *Listeria monocytogène*. La ponction lombaire était négative. La Radiographie thoracique était normale. Le patient a été mis sous Amoxicilline pendant 10 jours et Gentamycine pendant 3 jours avec bonne amélioration clinico-biologique.

Conclusion: L'infection peut être acquise in utero ou lors de l'accouchement, les manifestations cliniques peuvent apparaître dans les heures ou les jours suivant la naissance pouvant se manifester sous la forme d'un sepsis avec insuffisance circulatoire et/ou insuffisance respiratoire.

P50- Méningite à salmonelle : à propos d'un cas.

I. Amassas ,N. Elhafidi ,F. Benbrahim ,A. Assermouh, S. Benchekroun, C. Mahraoui
Service de pneumologie et d'infectiologie 'hôpital d'enfant Rabat

Introduction : Les infections à Salmonelles constituent un problème de santé publique, généralement, les agents bactériens 'salmonella' sont responsable des infections digestives, la localisation méningée reste très rare, mais connue depuis longtemps. Cette localisation est associée à un taux de mortalité élevé de plus de 50 %, des rechutes et des abcès du cerveau ne sont pas rares qui surviennent généralement dans un délai de 8 à 30 jours. Nous rapportant un cas de méningite à salmonelle qui a été pris en charge au sein de service de pneumologie et d'infectiologie à l'hôpital d'enfant à Rabat.

Observation : Il s'agit d'un nourrisson de 03 mois, sans antécédents pathologiques notables à part la notion d'une méningite virale traitée il y'a 20 jours, admis dans notre service pour prise en charge d'un syndrome méningé fébrile apparu la veille de son admission, l'examen clinique a objectivé un nourrisson fébrile, hypotonique avec une fontanelle antérieure bombante. Un bilan biologique a été réalisé, notamment une ponction lombaire qui est revenue en faveur d'une méningite bactérienne avec à l'examen direct présence de BGN et la culture a identifié une salmonelle et le malade a été mis initialement sous ceftraixone à dose méningée. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre et aggravation du tableau clinique avec apparition des états de mal convulsifs géré par des anticonvulsivants et on a ajouté la ciprofloxacine à raison de 20mg/kg/j pendant 06 semaines avec une très bonne évolution.

Discussion : Les salmonelles représentent entre 1 et 10 % des bactéries responsables de méningites, il s'agit le plus souvent de nouveau-nés et de nourrissons de moins de 6 mois. Les signes cliniques et les résultats biologiques sont semblables à ceux des autres méningites bactériennes. Le choix du traitement antibiotique est le principal élément qui conditionne le pronostic des méningites à salmonelles. L'arrivée des fluoroquinolones et en particulier de la ciprofloxacine, a transformé le pronostic des méningites à salmonelles. Elles ont d'abord été utilisées avec succès en seconde intention dans le traitement des abcès cérébraux et des rechutes, avant d'être indiquées en première intention

Conclusion : La méningite à salmonelle est une pathologie peu fréquente mais grave, une prise en charge précoce avec une antibiothérapie adéquate et à longue durée a permis d'améliorer son pronostic.

P51- Les facteurs liés aux infections nosocomiales à la réanimation néonatale.

R. El Qadiry^{1,2}, F. Bennaoui^{1,2}, N. El Idrissi Slitine^{1,2}, N. Soraa³, F.m.r Maoulainine^{1,2}

1 Service de réanimation néonatale, CHU Mohammed VI, Marrakech Maroc

2 Equipe de recherche la santé l'enfance et le développement faculté de Médecine Université Cadi Ayyad Marrakech

3 Service de microbiologie CHU Mohammed VI Marrakech

Les infections nosocomiales représentent un véritable problème de santé publique, avec une morbidité importante, une surmortalité non négligeable et un coût considérable. **Le but du travail :** Décrire les facteurs influençant les infections nosocomiales chez les nouveau-nés au niveau de service réanimation néonatale hôpital Mohamed VI, Marrakech. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective ; portant sur les dossiers des nouveau-nés hospitalisés plus de 48h au service de réanimation néonatale, entre Juin 2015 et Décembre 2016. Nous avons colligés 160 cas portant une infection nosocomiale. Les nouveau-nés infectés du sexe masculin représentaient 54%. L'âge moyen d'hospitalisation était 5 jours. Le poids variait entre 1000g et 4800g. Les pathologies d'admission étaient multiples et très variables, dominées par l'hypotrophie dans 68 cas. Les prématurés représentaient 43,74%. Une assistance respiratoire était chez 130 cas. Seulement 10% des cas avaient une sonde urinaire, 95 nouveau-nés étaient alimentés par le lait artificiel et 140 avaient un cathéter vasculaire périphérique et seulement 20 qui avaient un cathéter vasculaire central. Les germes responsables étaient dominés par : *Klebsiella pneumoniae* dans 43,6 %, le *Staphylocoque à coagulase négative* dans 25,2 %. L'évolution était favorable dans 70 cas. Les progrès sans la lutte contre les infections nosocomiales dépendent des mesures d'hygiène et d'asepsie ; ainsi que l'amélioration des facteurs préventifs et les modalités des soins.

P52- Les pneumonies aiguës communautaires de l'enfant : à propos de 635 cas.

A. Fouad, A. Daoudi, G. Draiss, N. Rada, M. Bouskraoui

Service de Pédiatrie A, Hôpital mère enfant, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction : Les pneumonies aiguës communautaires représentent la première cause de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, en particulier dans les pays en développement.

Plusieurs facteurs influencent sur l'augmentation de l'incidence et la gravité de la pneumonie. Les signes cliniques sont variées et non spécifiques et Le pneumocoque est l'agent le plus fréquemment responsable.

Objectif : Définir le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des pneumonies aiguës communautaires dans notre service.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective descriptive portant sur 635 dossiers des patients hospitalisés pour pneumonie, dans le service de pédiatrie A au CHU Mohammed VI de Marrakech entre 2009 et 2017.

Résultats : 36,2% des patients avaient entre 6 mois et 2 ans, avec une prédominance masculine 62,4%. Chez 592 patients dont le profil vaccinal était connu, 58,3% étaient vaccinés contre le pneumocoque et l'hémophilus. Les signes cliniques retrouvés étaient la fièvre chez 95,3% des patients, la toux dans 73,2% des cas et la gêne respiratoire dans 64,4% des malades. Le bilan infectieux a montré une hyperleucocytose supérieure à 10 000/mm³ dans 77% et une CRP supérieure à 20 mg/l dans 87% des cas. Le germe a été identifié chez 23 cas par hémoculture et le germe était un pneumocoque dans 8 cas. Un foyer apical et basal droit a été retrouvé respectivement chez 38% et 30% des malades. La majorité des patients ont été traités par une antibiothérapie empirique à base d'amoxicilline 34,5%. L'évolution a été d'emblée favorable chez 584 patients 92%. L'apyrexie au 3^{ème} jour a été notée chez 82,6% des patients. L'aggravation clinique nécessitant le transfert à la réanimation a concerné 14 patients soit 2,2%, la pleurésie a été notée chez 25 malades soit 4%, avec 1,9% de décès soit 12 patients.

Conclusion : Les résultats de notre étude ont confirmé que, malgré l'introduction du vaccin anti pneumocoque dans le programme national d'immunisation, l'incidence de la pneumonie reste élevée, mais on note une diminution remarquable de nombres de pneumonies compliquées après l'introduction du vaccin. Une mise en place d'étude de portage est nécessaire pour évaluer l'impact de la vaccination surtout devant la réémergence de nouveaux sérotypes.

P53- Le vaccin coquelucheux: connaissances des futurs médecins?

A. Fouad, S. El Moussaoui, N. Rada, G. Draïss, M. Bouskraoui
Service de Pédiatrie A, Hôpital mère enfant, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction : La coqueluche est une infection respiratoire d'évolution longue et d'une contagiosité importante dont l'agent pathogène essentiel est le Bordetella pertussis. La généralisation de la vaccination a permis une remarquable régression de la mortalité et de la morbidité coquelucheuse chez l'enfant de part le monde, mettant ainsi en évidence l'efficacité du vaccin coquelucheux.

Objectif : Évaluer les connaissances des étudiants de 6^{ème} année de médecine sur le vaccin coquelucheux du programme national d'immunisation (PNI).

Méthodes : Une enquête par questionnaire a concerné les étudiants de 6^{ème} année de la faculté de médecine de Marrakech, recrutés à l'hôpital mère et enfant, CHU Mohamed VI.

Résultat : Au total, 90 étudiants ont répondu au questionnaire. 60% des étudiants connaissent le calendrier de primo-vaccination. Presque la moitié (45,5%) savent que le vaccin coquelucheux du PNI est inclus dans le pentavalent. Le site d'injection était méconnu par 40%. La majorité (80%) connaissent la voie d'administration de primo-vaccination. Le quart des étudiants interrogés (25%) ignorent l'existence d'un rappel du vaccin coquelucheux dans le PNI. Un nombre considérable des étudiants (65,5%) connaissent la voie d'administration du rappel alors qu'uniquement 30% sachent exactement son site d'injection.

Conclusion : La coqueluche représente un risque potentiel pour les enfants non ou incomplètement

vaccinés. Après plusieurs années et malgré la disponibilité du vaccin sur le territoire, des efforts doivent être faits pour la formation et la formation continue des futurs médecins sur la vaccination contre la coqueluche.

P54-Impact du vaccin pneumococcique conjugué sur le portage rhinopharyngé du *Streptococcus pneumoniae* chez les nourrissons fébriles aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech (Maroc).

Dilagui I^{1,2}, Moussair FZ^{1,2}, Loqman S^{1,2}, Diawara I^{3,4}, Zerouali K^{3,5}, Belabbass H^{3,5}, Zouhair S^{6,2}, Bourrouss M^{7,2}, Bouskraoui M^{8,2}, Sora N^{1,2}

1 Laboratoire de Microbiologie-Virologie, CHU Mohammed VI, Av Ibn Sina Amerchich, BP 2360, Marrakech, Maroc.

2 Faculté de Médecine et de Pharmacie – Université Cadi Ayyad- Sidi Abbad, B.P. 7010, Marrakech, Maroc.

3 Laboratoire de Microbiologie-Virologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II Casablanca, BP 5696, Casablanca, Maroc.

4 Faculté des Sciences de la Santé et Techniques, Université Mohammed VI des Sciences de la Santé (UM6SS), Casablanca, Maroc.

5 Laboratoire de Microbiologie-Virologie, CHU Ibn Rochd, 1, Rue des Hôpitaux, Casablanca, Maroc.

6 Laboratoire de Microbiologie-Virologie, Hôpital Militaire Avicenne, Avenue Al Mouqauama, 40000, Marrakech, Maroc.

7 Service des Urgences Pédiatriques, CHU Mohammed VI, Av Ibn Sina Amerchich, BP 2360, Marrakech, Maroc

8 Service de Pédiatrie A, CHU Mohammed VI, Av Ibn Sina Amerchich, BP 2360, Maroc.

Le vaccin pneumococcique conjugué dix valent (PCV10) a été introduit dans le plan national d'immunisation marocain depuis 2012, selon le schéma 2+1. L'objectif de cette étude était d'assurer un suivi épidémiologique des souches de portage de pneumocoque chez une population de nourrissons fébriles au Maroc après la généralisation de la vaccination anti pneumococcique, étudier les facteurs de risques liés au portage de *S. pneumoniae*, relater la répartition des sérotypes circulants et évaluer l'impact du vaccin sur le portage du pneumocoque.

Cette étude prospective a été menée sur une durée de 5 mois du février à juin 2017 au niveau du service des urgences pédiatriques de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU Mohammed VI de Marrakech. Un prélèvement rhinopharyngé a été recueilli chez 183 nourrissons fébriles pris en charge aux urgences pédiatriques durant cette période. Une fiche d'exploitation a relevé les données démographiques, les facteurs de risque liés au portage, le statut vaccinal, le nombre de doses du vaccin reçu, le sérotype de la souche isolée et son profil de sensibilité aux pénicillines.

La prévalence de portage du pneumocoque était de 68,3%. Parmi les 183 nourrissons prélevés, 111 avaient reçu au moins une dose du vaccin pneumococcique conjugué dix valent (PCV-10). Les nourrissons fébriles qui n'avaient pas encore reçu la troisième dose du vaccin étaient exposés au risque du portage beaucoup plus que ceux qui avaient complété leur schéma vaccinal. Les sérotypes vaccinaux ont représenté 6,6% de l'ensemble des souches sérotypées (19F (2 souches), 1 (2 souches), puis une seule souche pour chacun des sérotypes suivants 14, 23F, 6B et 9V. Le pourcentage des sérotypes non vaccinaux était de 83,6%, avec une prédominance des sérotypes 6A (6,4%), 15A/15F (5,6%), ensuite le 20, 22F/22A, 23B et 11A/11D avec une prévalence de 3,2%. Le pourcentage des souches de pneumocoque de sensibilité diminuée aux pénicillines était de 33,6%, où 82,6% étaient des souches à sérotypes non vaccinaux. L'efficacité du vaccin a été estimée à 88,3% et une grande diversité des sérotypes durant la période post-vaccinale a été constatée par rapport à la période pré-vaccinale.

Un net changement dans la distribution des sérotypes vaccinaux et non vaccinaux a été observé

après l'introduction des vaccins pneumococciques conjugués au Maroc. En effet, la prévalence des sérotypes vaccinaux a diminué significativement alors que les sérotypes non vaccinaux avaient tendance à émerger. Ce constat souligne l'importance du maintien d'une surveillance étroite et prolongée de la distribution des sérotypes pour suivre la dynamique du portage nasopharyngé du pneumocoque.

Mots clés : Streptococcus pneumoniae, Portage rhinopharyngé, Nourrissons fébriles, PCV-10, Sérotypes vaccinaux, Sérotypes non vaccinaux.

P55- Profil de résistance aux antibiotiques des infections nosocomiales à l'HMA de Marrakech.

H. Mouhib, H. Zahir, Y.El Kamouni, L. Arsalane, S. Zouhair

Laboratoire de bactériologie-virologie et de biologie moléculaire. hôpital militaire Avicenne. CHU Mohamed VI. Université cadi Ayyad. faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

Introduction : Les infections nosocomiales constituent un problème majeur de santé publique. Elles sont fréquentes en milieu de réanimation en raison de l'affaiblissement des défenses du patient et des manœuvres invasives. L'objectif de notre étude est de déterminer le profil bactériologique et la résistance aux antibiotiques des germes isolés au cours des infections nosocomiales en réanimation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 4ans (janvier 2014-décembre 2017), menée au laboratoire de Microbiologie-Virologie de l'Hôpital Militaire Avicenne. L'identification présomptive des souches bactériennes a été effectuée par l'étude des caractères morphologiques et culturaux. L'identification biochimique et la sensibilité des souches aux antibiotiques ont été effectuées par l'automate PHOENIX 100 (Becton Dickinson), complétés par la méthode des disques de diffusion en milieu gélosé enrichi selon les recommandations de l'EUCAST.

Résultats : Sur les 856 prélèvements provenant de la réanimation, 342 se sont révélés positifs sur le plan bactériologique. Les prélèvements distaux protégés représentaient 43,5% suivi des ECBU 15,2%. Les BGN étaient les principaux agents incriminés (70% des cas). Acinetobacter baumannii a été retrouvé dans 26,3% des cas, E.coli 13%, klebsiella pneumoniae 11,1%, Staphylococcus aureus 9,3%, Pseudomonas aeruginosa 7,6% et Proteus mirabilis dans 3,2% des cas.

Les souches isolées d'Acinetobacter baumannii étaient résistantes dans 80% des cas à la ceftazidime, dans 95% des cas à l'imipénème, dans 94% des cas à la gentamicine, 26% des cas pour la tobramycine, 84% à l'amikacine, 12% à la tigecycline, 84% au triméthoprim sulfaméthoxazole, 100 % à la ciprofloxacine, 87% au céfépime et dans 1% des cas à la colistine.

Les souches isolées de Staphylococcus aureus étaient Meti-R dans 21,8% des cas. E.coli et klebsiella pneumoniae étaient sécrétrices de BLSE dans 9,8% des cas.

Les souches isolées de Pseudomonas aeruginosa étaient résistantes dans 69% des cas à l'aztréonam, 34% à la ceftriaxone, 42% à la ciprofloxacine contre 34% à la gentamicine et 11% à l'amikacine.

Conclusion : La gravité des infections nosocomiales imposent l'amélioration des moyens d'hygiène pour diminuer l'incidence et l'émergence de germes multi résistants.

P56- Les méningites bactériennes de l'enfant au CHU de Marrakech entre 2015 et 2017.

Rachidi M¹, Moussayer FZ¹, Ed-dyb S¹, Amaddah R¹, Boumraya S¹, Bahri R¹, N. Rada², G. Draiss², M. Bouskraoui², N.Slitine³, Maouainine F³, Soraa N¹

1 Service de microbiologie CHU MED VI Marrakech

2 Service de Pédiatrie A, hôpital mère-enfant CHU Mohamed VI, Marrakech

3 Service de Néonatalogie, CHU MED VI Marrakech

Introduction: L'objectif de ce travail est de décrire le profil bactériologique et d'étudier la sensibilité aux antibiotiques des principales espèces responsables des méningites bactériennes de l'enfant au CHU MohammedVI de Marrakech sur les trois dernières années.

Matériel et méthodes: Etude rétrospective descriptive sur une période de 3 ans (2015-2017), basée sur l'exploitation de la base des données informatisée du service de microbiologie du CHU de Marrakech incluant tous les liquides céphalorachidiens provenant des enfants hospitalisés au pôle Mère Enfant.

Résultats : La prévalence des méningites bactériennes chez l'enfant au cours de la période d'étude était de 4,72%(n=113).L'âge moyen était de 4 ans avec des extrêmes allant de 4 jours à 14 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio:H/F:1,5). Les germes responsables des méningites communautaires étaient dominés par le Streptococcus pneumonie retrouvé dans 45% de l'ensemble des méningites communautaires,suivi par Neisseria meningitidis (35%).L'Haemophilus influenzae b a été isolée chez 3 enfants durant cette période.L'évolution entre 2015 et 2017 a été marquée par une diminution du nombre des méningites à Neisseria meningitidis et à Pneumocoque documentées par la culture.Les souches de Pneumocoque de sensibilité diminuée aux pénicillines ont représentée 18% de l'ensemble des isolats et toutes les souches de Neisseria meningitidis étaient sensibles aux céphalosporines de troisième génération.Le sérotypage des souches de pneumocoque a montré une régression des sérotypes vaccinaux en faveur de souches non vaccinales(15,19 non A non B,10,20).Les germes impliqués dans les méningites nosocomiales ont présenté un taux élevé de résistance aux céphalosporines de troisième génération(52,3%) pouvant compliquer la prise en charge thérapeutique de ces enfants.

Conclusion: Depuis la généralisation du vaccin conte Hib,le pneumocoque et le méningocoque représentent les deux principales espèces responsables des méningites bactériennes communautaires chez l'enfant dans notre contexte avec une régression des méningites dues aux souches vaccinales du Pneumocoque durant cette période.Une surveillance continue s'impose et devrait permettre une meilleure évaluation de la stratégie vaccinale.

P57- Dilatation des bronches secondaire à l'infection par le VIH chez l'enfant : à propos de 3 cas.

S. Tshimanga, A. Lalaoui, N. Rada, G. Draiss, M. Bousraoui

Service de Pédiatrie A, Hôpital mère enfant, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction : La récurrence des infections pulmonaires chez les enfants porteurs du VIH les rend vulnérables aux bronchectasies. Cependant peu de littératures parlent de l'association DDB et infection par le VIH dans cette tranche d'âge. Nous rapportons 3 cas de DDB chez les enfants infectés par le VIH.

Observation 1 : Nourrisson de 20 mois ayant depuis l'âge de 9 mois une toux chronique, les infections respiratoires à répétition et une altération de l'état général. La TDM thoracique a montré les DDB diffuses. Le bilan étiologique a trouvé la séropositivité au VIH, le diagnostic de l'infection par le VIH a été confirmé par la sérologie Western Blot et une numération de la charge virale. Le patient a bien évolué après instauration du traitement ARV et antibiotique.

Observation 2 : Enfant de 9 ans suivi pour infection par le VIH depuis la petite enfance qui s'est présenté pour bronchorrhée avec une notion des infections respiratoires à répétition et une TDM thoracique évoquant une DDB. L'enquête étiologique avait conclu à la non observance du traitement ARV, la rééducation et le réajustement du traitement avait permis de le stabiliser.

Observation 3 : Enfant de 7 ans qui s'est présenté pour hémoptysie avec notion de diarrhée et toux chroniques. L'examen physique a trouvé un hippocratisme digital et des crépitations pulmonaires, la TDM thoracique a montré des DDB diffuses bilatérales et l'enquête étiologique a révélé l'infection par le VIH confirmée par la quantification de la charge virale. Le démarrage du traitement ARV et antibiotique a permis de diminuer considérablement la fréquence des exacerbations.

Conclusion : l'association DDB et infection par le VIH chez l'enfant doit porter une mention spéciale dans l'enquête étiologique d'autant plus que la précocité diagnostique et de la prise en charge permettent d'améliorer la qualité de vie et le pronostic de ce dernier.

P58- Profil épidémiologique de la tuberculose chez l'enfant au CHU Ibn Rochd de Casablanca.

A. Koddouss, F.Maaloum, O. Diraa, K. Zerouali, H. Belabbes
Laboratoire de bactériologie-virologie-hygiène hospitalière - CHU Ibn Rochd, Casablanca.
Laboratoire de microbiologie - Faculté de médecine et de pharmacie, Casablanca

Introduction : L'enfant représente un terrain de prédilection pour la tuberculose, qui est une maladie infectieuse ubiquitaire transmissible essentiellement par voie aérienne, provoquée par *Mycobacterium tuberculosis* (bacille de Koch ou BK). C'est l'une des pathologies infectieuses causant le plus de décès au niveau mondial, au Maroc elle représente encore un problème de santé publique. **Le but de ce travail** est de dégager le profil épidémiologique de la tuberculose chez l'enfant au CHU Ibn Rochd de Casablanca, et l'apport de l'examen direct et la culture dans le diagnostic de la tuberculose.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur un an allant de janvier 2015 à décembre 2015 basée sur une exploitation de la base des données informatisée du laboratoire de microbiologie du CHU Ibn Rochd portant sur la recherche de BK chez les enfants hospitalisés aux services de pédiatrie de l'hôpital d'enfants Abderrahim Harrouchi de Casablanca. Le diagnostic de la tuberculose repose sur la mise en évidence des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) par la technique classique de Ziehl-Neelsen, et la mise en culture sur milieux spécifiques : Lowenstein-Jensen.

Résultats : Au cours de cette période, 693 prélèvements ont été analysés, l'âge des patients est situé entre 0 à 14 ans, et le sexe ratio G/F est : 1,4. Les prélèvements pulmonaires représentent 69% (n=476). La culture avait isolé *Mycobacterium tuberculosis* dans 34 prélèvements chez 19 patients (5%), sur ces 34 prélèvements, 11 (32%) étaient diagnostiqués comme positifs à l'examen direct. Parmi les 19 patients, le diagnostic a été porté au niveau des expectorations chez 11 cas (58%), alors que chez les 8 autres enfants la culture de BK a été positive à partir de différents prélèvements : tubage gastrique : 3 cas, LCR et liquide pleural : 3 cas, pus : 2 cas. La culture de BK était essentiellement positive chez la tranche d'âge de 0-4 ans avec 10 cas soit 53%.

Conclusion : Cette étude a montré la prédominance de la tuberculose pulmonaire chez les enfants hospitalisés aux services pédiatriques du CHU Ibn Rochd. Les techniques traditionnelles de microscopie et de culture restent la base du diagnostic de certitude dans notre CHU, de nouveaux outils comme les techniques moléculaires par PCR et les tests de libération d'interféron gamma (IGRA) : Test QuantiFERON commencent à prendre une place importante.

Mots clés : Tuberculose de l'enfant, pulmonaire, extra pulmonaire, Diagnostic.

P59- Etat des lieux des méningites bactériennes communautaires de l'enfant au CHU Ibn Rochd-Casablanca entre 2015 et 2018.

Jaouad. M^{1,2}, Maaloum. F^{1,2}, Katfy. K^{1,2}, Zerouali. K^{1,2}, Belabbes. H^{1,2}

1 Laboratoire de Bactériologie-Virologie et Hygiène, CHU Ibn Rochd-Casablanca

2 Laboratoire de Microbiologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie-Casablanca

Introduction : La méningite bactérienne constitue un sérieux problème de santé publique au Maroc. C'est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez l'enfant. L'objectif de ce travail est de présenter l'état des lieux des méningites bactériennes communautaires chez l'enfant au CHU Ibn Rochd-Casablanca entre juin 2015 et février 2018.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'exploitation de la base des données informatisée du laboratoire de Microbiologie du CHU Ibn Rochd-Casablanca, réalisée entre juin 2015 et février 2018, concernant les cas de méningites à *N meningitidis*, *S pneumoniae* et *H influenzae* avec isolement ou détection du germe au niveau du LCR et/ou Hémoculture. L'isolement et l'identification bactérienne ont été réalisés selon les techniques standards de bactériologie. La détection moléculaire a été faite par PCR en temps réel : technique Taqman pour la recherche de *N meningitidis* et *S pneumoniae*.

Résultats : Sur toute cette période, 26 cas de méningites bactériennes communautaires ont été identifiés à travers la culture bactériologique, l'apport de la PCR en temps réel a permis le diagnostic de 20 cas supplémentaires. Durant la période allant de juin 2015 à décembre 2016, 34 cas de méningites chez l'enfant ont été répertoriés soit 74% des cas : (19 souches bactériennes isolées en cultures et 15 cas diagnostiqués par PCR). *N meningitidis* était dominant avec 25 cas vs 8 cas de méningites à *S pneumoniae* et un seul cas avec isolement d'*H influenzae* chez un patient immunodéprimé, Au cours de la période allant de janvier 2017 à février 2018, nous avons noté une nette diminution de cas de méningites, 12 cas soit 26%, sans montrer pour autant une grande diminution de cas de méningites à *S pneumoniae*. Seulement 7 souches ont été isolées (3 *N meningitidis* et 4 *S pneumoniae*), et 5 cas révélés par PCR (3 *N meningitidis* et 2 *S pneumoniae*). L'âge moyen des enfants a été de 4,3 ans avec une nette prédominance masculine (H/F=1,8). La répartition des cas en fonction de la saison a montré une légère prédominance pendant la saison hivernale (31%).

Conclusion : La méningite bactérienne communautaire constitue une véritable urgence médicale qui met en jeu le pronostic vital des patients, d'où la nécessité de mettre en place un système de surveillance épidémiologique et de renforcer l'application des recommandations du PNI (Programme National d'Immunisation) afin de réduire la fréquence de cette pathologie chez l'enfant.

Mots clés : Méningite bactérienne communautaire de l'enfant, *N meningitidis*, *S pneumoniae*, surveillance épidémiologique.

P60- Forme sévère de leishmaniose viscérale : à propos de deux cas.

I. Khattou, K. Abi El aala, O. Louachama, A. Bouarahouate, I. Ait Sab, M. Sbihi

Service de pédiatrie B, centre hospitalier Mohamed VI,

Faculté de médecine de Marrakech, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Objectif : Rapporter 2 cas de forme sévère de leishmaniose viscérale.

Sujets/matériels et méthodes: Etude de 2 cas de forme sévère de leishmaniose viscérale au cours des années 2016 et 2017.

Résultats principaux :

Cas 1 : Enfant âgé de 10 ans de Zagora. Admis au service pour une splénomégalie fébrile avec un syndrome hémorragique. L'examen clinique trouve une fièvre à 39°C, une ulcération cutanée de 5cm/4cm au niveau de la jambe gauche, bouffissure de visage, une HPM et une SPM sans ascite ni circulation collatérale, BU : protéinurie à 3 croix. NFS a objectivé une pancytopenie, TP : 66%, Urée à 1.01g/l, créatinine 5.5 mg/L, protidémie à 54g/l, albuminémie à 18.6g/l, protéinurie de 24h à 63.75 mg/kg/24h. Myélogramme est en faveur d'une leishmaniose viscérale. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une détresse respiratoire avec une aggravation de l'insuffisance rénale et de l'insuffisance hépatocellulaire ce qui a indiqué les bolus de méthylprédnisolone et l'arrêt de glucatime. Le patient est décédé aux 15^{ème} jours de son hospitalisation dans un tableau de détresse respiratoire.

Cas 2 : Enfant âgé de 9 ans de Tinghir. Ayant comme antécédent une leishmaniose cutanée. Admis au service pour une splénomégalie fébrile avec une pancytopenie. La leishmaniose viscérale a été confirmée par myélogramme. L'évolution a été compliquée par l'insuffisance hépatocellulaire (TP à 23% non amélioré par l'administration de la vitamine K), ce qui a contre indiqué le glucatime. Vu la non disponibilité de l'Amphotéricine B, le patient a été traité par l'allopurinol + clarithromycine. L'évolution a été défavorable par l'installation d'un syndrome d'activation macrophagique traité par la corticothérapie et l'installation d'hémolyse aigue ayant nécessité des transfusions quotidiennes du sang phénotypé, et l'installation d'un hématome pariétal compressif traité chirurgicalement. Le patient est décédé en post opératoire.

Conclusions : La leishmaniose est encore fréquente dans certaines régions au Maroc. La leishmaniose viscérale, forme la plus grave, est mortelle si elle n'est pas diagnostiquée et traitée, d'où l'intérêt du contrôle des vecteurs et réservoirs, l'utilisation de matériels imprégnés d'insecticides, la détection active et le traitement des cas.

P61- Profil actuel des bactéries multi résistantes à l'hôpital Ibn Tofail, CHU Med VI de Marrakech.

S. Khayati, S. Aourarh, L. Ait Said, K. Zahlane

Hôpital Ibn Tofail, CHU Med VI de Marrakech

Introduction : L'usage massif et inapproprié des antibiotiques est la principale cause d'apparition de nombreuses résistances donnant naissance à des souches multi résistantes surtout en milieu hospitalier et qui nécessitent une prise en charge particulière. Le but de notre étude est de déterminer l'état des lieux des bactéries multi résistante au sein de l'hôpital Ibn Tofail afin d'en souligner la gravité.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude rétrospective sur une durée de un an (du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017). Elle a concerné l'ensemble des bactéries multi résistantes isolées de différents prélèvements bactériologiques, à visée diagnostique chez les patients

hospitalisés, tous services confondus.

Résultats : Au cours de notre étude, nous avons isolé 118 bactéries multirésistantes. Les entérobactéries productrices de BLSE en représentaient 47%, l'*Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème 22%, les entérobactéries résistantes aux carbapénèmes 19%, le *Staphylococcus* résistant à la méticilline 10% et enfin le *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant 2%. La répartition globale des BMR par service a montré leur prédominance dans les services de chirurgies. La co-résistance aux autres antibiotiques était variable en fonction des souches étudiées mais la plupart étaient résistantes aux aminosides et aux fluoroquinolones.

Conclusion : L'épidémiologie variable de cette résistance bactérienne aux antibiotiques impose la mise en place d'une surveillance continue et régulière de l'écologie microbienne des BMR isolées en milieu hospitalier.

P62- Profil épidémiologique des entérobactéries multirésistantes des infections urinaires au service de pédiatrie infectieuse -CHU IBN ROCHD Casablanca.

El Harouchi G, Ennachachibi S, Maaloum F, Zerouali K, Belabbes H

Laboratoire de Microbiologie – CHU Ibn Rochd de Casablanca

Faculté de Médecine et de Pharmacie Casablanca

Introduction: L'infection urinaire (IU) est une pathologie fréquente, aussi bien en communauté qu'en milieu hospitalier. L'émergence des bactéries multi résistantes (BMR) dans les IU représente un problème de santé publique aggravé par l'utilisation intensive d'antibiotiques. L'objectif de ce travail est d'étudier la fréquence d'isolement des Entérobactéries productrices de Bêta-lactamases à spectre élargi -EBLSE- et de Carbapénémases –EPC- responsables d'infections urinaires chez les enfants hospitalisés en pédiatrie infectieuse, ainsi que leur profil de résistance aux antibiotiques.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'exploitation de la base des données informatisée du laboratoire de microbiologie du CHU IBN ROCHD entre Janvier 2017 et Décembre 2017, portant sur l'ensemble des ECBU réalisés au sein du service de pédiatrie infectieuse (doublons exclus), et présentant les critères d'IU avec isolement des EBLSE et EPC. L'interprétation des résultats a été réalisée selon les recommandations de l'EUCAST.

Résultats: Parmi les 786 prélèvements reçus, nous avons noté 504 prélèvements inférieurs au seuil d'IU, soit 64,1%, 129 prélèvements polymicrobiens (contaminés), soit 16,4% et 141 prélèvements qui répondaient aux critères d'IU (supérieurs au seuil), soit 17,9%. Sur les 141 prélèvements positifs, les Entérobactéries viennent en tête avec un isolement de 86 souches (61%), dont *Escherichia coli* représente 73,3% (63 souches).

Sur les 86 souches d'Entérobactéries isolées, 34 sont productrices de BLSE, soit 39,5%, dont 2 sont des EPC. Ces souches d'EBLSE présentent un profil de résistance aux antibiotiques comme suit: Augmentin (75,6%), Cotrimoxazole (70,5%), Ciprofloxacine (48,8%), Ceftazidime (52,3%), Ceftriaxone (48,5%), Ertapénème (15,3%), Fosfomycine (5,3%).

Conclusion: Le taux élevé des EBLSE et leur évolution croissante notamment dans les IU hospitalières, dénotent de la difficulté de l'organisation de lutte contre ces pathogènes. Ces derniers représentent un problème préoccupant soulignant la nécessité de l'application des mesures d'hygiène et la prescription rationnelle des antibiotiques.

Mots clés: Infections urinaires à entérobactéries, Service de pédiatrie infectieuse, Résistance aux antibiotiques, EBLSE, EPC.

P63- Prévalence des IgG et IgA anti-Bordetellapertussis chez la femme enceinte à Casablanca.

I. Sirajeddine¹, K. Zerouali², H. Fellah³, F. Maaloum^{1,2}, K. Katfy^{1,2}, N. Gaougaou^{1,3}, H. Belabbes², N. Elmdaghri⁴

1 *Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca*

2 *Laboratoire de Microbiologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, CHU Ibn Rochd, Casablanca*

3 *Laboratoire d'immunologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, CHU Ibn Rochd, Casablanca*

4 *Institut pasteur du Maroc*

Introduction : La durée de l'immunité protectrice conférée par le vaccin anticoquelucheux est fortement discutée. Au Maroc l'incidence de l'infection par *B.pertussis* a été marquée par la survenue d'un nombre important de cas, en particulier chez le nourrisson, au cours de ces dernières années. La sérologie reste un moyen de diagnostic pour détecter l'infection et évaluer la réponse immunitaire.

Objectif : Déterminer la séroprévalence des IgG et IgA antitoxine pertussis (PTX) pour l'évaluation du statut immunitaire et la détermination de la prévalence de l'infection à *B.pertussis* chez la femme enceinte à Casablanca.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude prospective sur 91 sérums anonymes, prélevés au cours de l'année 2017 chez des femmes enceintes d'âge moyen de 27, 8 ans, avec différents âges de grossesse. La sérologie a été réalisée par technique ELISA à la recherche des IgG et IgA anti-PTX par les Kits SeroPertussisTMToxinIgG/IgASavyon et l'interprétation des résultats selon les recommandations du fabricant.

Résultats: Le titrage des IgG anti-PTX a révélé un sérum positif sur 91, et 85 sérums de titre négatif, alors que 5 sérums ont montré un titre intermédiaire. Le titrage des IgA anti-PTX a montré la présence de 8 sérums positifs sur 91. La corrélation entre IgG et IgA nous a permis de mettre en évidence 9 femmes enceintes qui ont pu être en contact avec *B.pertussis* (10%) au moment du prélèvement. Parmi ces 9 femmes 2 se trouvaient au 3^{ème} trimestre de grossesse. Par ailleurs, 65 femmes n'ont pas un titre en IgG protecteur soit (71,4%), tandis que 17 femmes présentent un statut protecteur vis-à-vis de *B.pertussis* (18,7%).

Discussion : Ces résultats montrent que plus de 70% des femmes enceintes de cette étude ne sont pas protégées contre la coqueluche. Par conséquent elles sont incapables de transférer leur immunité à leurs fœtus. D'un autre côté, 10% de sérums de femmes analysés ont révélé une situation d'infection récente à *B.pertussis* avec un risque important de transmission aux nouveau-nés, particulièrement chez 2 femmes qui se trouvaient au 3^{ème} trimestre de grossesse.

Conclusion : A la lumière de ces résultats, nous recommandons la vaccination de la femme enceinte non immunisée contre *B.pertussis* afin de diminuer le risque d'infections coquelucheuses chez les nouveau-nés.

Mots clés : *B.pertussis*, femme enceinte, statut immunitaire, IgG anti-PTX, IgA anti-PTX.

P64- Profil de résistance aux antibiotiques d'Acinetobacter baumannii au service de néonatalogie au CHU ibn Rochd Casablanca.

El Bayed Sakalli H¹, Ouazzanie Touhami K¹, Maaloum F¹, Katfy K¹, Zerouali K², Belabbes H²

1 *Laboratoire de bactériologie-virologie et hygiène- CHU Ibn Rochd -Casablanca*

2 *Laboratoire de Microbiologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca*

Introduction : *Acinetobacter baumannii* (*A.baumannii*) est un coccobacille à Gram négatif, c'est un agent pathogène opportuniste émergent dans le milieu hospitalier où il provoque des infections

nosocomiales sévères. Cette bactérie représente aujourd'hui un modèle d'adaptation particulière d'antibiorésistance en raison de sa capacité à disséminer dans le milieu hospitalier et à acquérir des mécanismes de résistance conduisant parfois à des impasses thérapeutiques

L'objectif de ce travail est de déterminer le profil de résistance aux antibiotiques d'*A.baumannii* au sein du service de néonatalogie au CHU Ibn Rochd Casablanca

Matériels et méthodes : c'est une étude rétrospective, menée sur une période d'un an entre janvier 2017 et décembre 2017 basée sur l'exploitation des données informatisées du laboratoire de microbiologie de CHU Ibn Rochd, incluant toutes les souches d'*A.baumannii* isolées des prélèvements provenant du service de néonatalogie reçus au laboratoire. L'isolement et l'identification des souches d'*A.baumannii* ont été réalisés selon les techniques standards de bactériologie. L'antibiogramme a été fait selon les recommandations CLSI, doublant exclus.

Résultats : Au cours de cette période 179 souches d'*A.baumannii* ont été isolées principalement à partir des prélèvements bronchiques (36%), des hémocultures (22%), et des prélèvements de pus (20%). Un profil de résistance important a été rapporté par notre étude : un taux de résistance élevé à l'imipénème (91,3 %), 88% pour la ciprofloxacine et 86% pour la lévofloxacine, 88,4% pour la ceftazidime et 94% pour ceftriaxon, 83,2% pour la gentamicine et l'amkacine

Conclusion : L'apparition concomitante de la résistance à la majorité des antibiotiques a donné à cette bactérie le statut de bactérie multi-résistante ou BMR. Son émergence représente un sérieux problème thérapeutique et épidémiologique, d'où la nécessité de la mise en place d'un système de surveillance des infections nosocomiales et l'application de stricte des mesures d'hygiène.

Mots clés : *A .baumannii*, résistance aux antibiotiques, service de néonatalogie.

P65- Bronchiolite du nourrisson : Profil épidémiologique, clinique, Paraclinique, thérapeutique et évolutif (Etude Préliminaire) au CHU Mohammed VI d'Oujda.

F. Benmiloud, Y. Elboussaadni, A. Babakhouya, M. Rkain, N. Benajiba

Introduction : La bronchiolite aigüe est une maladie respiratoire épidémique due majoritairement au virus respiratoire syncytial habituellement bénigne, peut être grave dans 2 à 3 % des cas .

Objectif : l'objectif principal de notre travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif de la bronchiolite aigüe chez tous les nourrissons de moins de 2 ans.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective préliminaire, étalée sur 3 mois allant du 01 janvier au 30 Mars 2018, ayant inclus tous les nourrissons de moins de 2 ans admis au service de pédiatrie pour un tableau de bronchiolite.

Résultats : Sur l'échantillon initial : L'âge moyen de nos malades est de 8 mois, on note une nette prédominance féminine avec un sexe ratio F/H de 1,3. Les antécédents les plus retrouvés dans notre série sont le contagio viral familial dans 50% des cas, l'atopie familiale dans 15% des cas, l'atopie personnelle dans 7% des cas, la prématurité dans 10% des cas et le tabagisme passif dans 20% des cas. La durée d'évolution a varié entre 2j et 7j. Le tableau clinique a été précédé dans notre série par des prodromes d'infection virale dans 50% des cas, la présence de signes neurologiques à type d'hypotonie avec refus de tétée dans 25% des cas et de la fièvre dans 50% des cas. Le tableau clinique a été jugé grave dans 20% des cas. Le bilan biologique est demandé dans 75% des cas revenant en faveur d'un syndrome inflammatoire dans 35% des cas. Sur le plan radiologique, la sémiologie radiologique était en faveur d'une bronchiolite virale dans tous les cas.

Sur le plan thérapeutique, tous les malades ont bénéficié d'une désobstruction rhinopharyngée, nébulisation au sérum salé, la kinésithérapie, le recours à la corticothérapie dans certains cas et l'antibiothérapie dans 50% des cas devant le jeune âge et/ou l'état général.

L'évolution a été favorable dans la majorité des cas. 8 malades initialement graves ont été transféré en réanimation avec 2 seul cas de décès.

Conclusion : La bronchiolite, pathologie des voies respiratoires inférieures la plus fréquente chez le nourrisson, constitue un vrai problème de santé publique et peut parfois mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant d'où la nécessité de PEC adéquate avec surveillance stricte.

P66- La méningo-encéphalite tuberculeuse : profils épidémiologique, clinique, paraclinique et évolutif.

M. Zouine, S. Moussaoui , N. Rada, G. Draiss, M. Bouskraoui.

Service de pédiatrie A, CHU Mohammed VI Marrakech, faculté de médecine et de pharmacie, université Cadi Ayyad.

La méningo-encéphalite tuberculeuse représente 5 à 15 % des localisations extra pulmonaires et constitue la forme la plus grave de l'infection par Mycobactérium tuberculosis. Elle est responsable de décès et de séquelles neurologiques graves malgré un traitement antituberculeux.

L'objectif de ce travail est de rapporter les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs de la méningo-encéphalite tuberculeuse.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 20 patients hospitalisés pour méningo-encéphalite tuberculeuse dans le service de pédiatrie A du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech colligés entre le 1/1/2010 jusqu'au 30/12/2017 soit une période de 7 ans.

Résultats : L'âge moyen était de 62 mois et le sex-ratio de 0.81. Les facteurs de risque retrouvés sont le bas niveau économique (90%), le contact tuberculeux (40%). L'installation de la symptomatologie avant l'hospitalisation est progressive chez (79%). Les signes cliniques dominant sont la fièvre (94%), le syndrome méningé (87%), les troubles de conscience (82%) et l'atteinte de nerfs crâniens (10%). La TDM cérébrale est anormale chez (96%) des patient. Les anomalies dominantes sont l'hydrocéphalie (40%) et les tuberculomes (25 %). Les anomalies du liquide céphalorachidien sont une hyperprotéinorachie (100%), une hypoglycorachie (83%) et une lymphocytose (71%). La recherche de mycobactéries par PCR est réalisée chez 3 patients, elle est positive chez un seul patient. Tous les patients ont reçu un traitement antituberculeux associé à la corticothérapie. La dérivation est réalisée chez 2 patients. L'évolution était favorable chez (69%) des malades.

Conclusion : La méningo-encéphalite tuberculeuse est une pathologie extrêmement hétérogène dans sa présentation clinique et radiologique. La PCR permet le diagnostique et donc la prise en charge de plus de cas. Les séquelles peuvent être lourdes d'où la nécessité d'une prise en charge précoce et adaptée.

P67- Analyse des connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de la santé sur les vaccins et la vaccination a l'hôpital d'enfant du CHU Mohammed VI de Oujda.

A. Hassaine, M. Azizi, I. Rami, Z. El mir, A. Babakhouya, M. Rkain, N. Benajiba
Service de pédiatrie – CHU Mohammed VI Oujda

La prévention constitue l'un des piliers des politiques de santé publique et la vaccination y prend une grande part. La formation est un levier essentiel qui pourrait permettre de renforcer le Programme élargi de vaccination de routine et d'autres programmes de vaccination. En effet, la mise en œuvre des programmes de vaccination se heurte à l'insuffisance de ressources humaines formées et compétentes. C'est dans ce contexte que nous avons donc décidé d'analyser les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé sur les vaccins et la vaccination. Nous avons effectué une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée en mars 2018 à l'hôpital d'enfant du CHU Mohammed VI de Oujda.

Au total 34 professionnels de santé ont été sélectionnés de façon aléatoire. Les connaissances ont été évaluées au moyen d'autoquestionnaires anonymes que les participants devaient compléter individuellement au cours d'une rencontre. Les professionnels de santé étaient en majorité des femmes (65%), étudiants externes (faisant fonction d'internes) dans 50% des cas, infirmiers (20% des cas), internes (17% des cas), pédiatres (14%) âgés de 20 à 30 ans dans 97% des cas.

Les connaissances et les pratiques étaient moyennes dans à peu près 53% des cas. 11% des professionnels de santé avaient de bonnes connaissances et de bonnes pratiques. Les pédiatres avaient un meilleur niveau de pratique par rapport aux autres. Les réponses fausses concernaient principalement l'âge du premier vaccin ainsi que les contre-indications de la vaccination.

Notre étude a mis en évidence un niveau moyen de connaissances et de pratiques et montre la nécessité de former les médecins à cette discipline récente qu'est la vaccinologie. Une offre de formation en santé de qualité doit être proposée régulièrement aux professionnels de santé du CHU de Oujda. L'implication de toutes les professions de santé est nécessaire pour augmenter les couvertures vaccinales des enfants mais aussi des adolescents et des adultes.

P68- Les manifestations infectieuses de la granulomatose septique chronique.

R. Ouali Alami, F. Ailal, I. Benhssaïen, A.A. Bousfiha, J. Najib
Unité de l'immunologie Clinique. Département de l'infectiologie pédiatrique de l'hôpital d'enfants Abderrahim Harrouchi, Casablanca

La granulomatose septique chronique (GSC) est un désordre de l'immunité primitive dû à l'altération du métabolisme oxydatif des cellules phagocytaires. Cette pathologie est caractérisée par des infections graves et répétées causées par des bactéries pyogènes essentiellement le staphylocoque aureus et des champignons notamment l'Aspergillus. Ces infections sont associées à une formation de granulomes et à des manifestations inflammatoires. Nous rapportons une étude rétrospective à propos de 27 cas d'enfants atteints de CGD à l'unité de l'immunologie clinique du département de l'infectiologie pédiatrique de l'hôpital d'enfants Abderrahim Harrouchi Casablanca, sur une période qui s'étend sur 13 ans. Ces enfants provenaient de 22 familles différentes, dont 3 fratries. Ils ont été diagnostiqués porteurs de la GSC entre l'âge de J34 de vie et 13 ans, et l'âge d'apparition des symptômes variaient entre J7 de vie et 10 ans.

Les manifestations cliniques étaient : Infections cutanées (16 cas), Lymphadénopathie (16 cas), Diarrhée (8 cas), Pneumonie (7 cas), Empyème pleural (2 cas), BCGite (6 cas), Ostéite et ostéoarthrite (6 cas), Septicémie (5 cas), Abscess péri anal (5 cas), Abscess hépatique (4 cas), Aspergillose pulmonaire (3 cas), Méningite (2 cas), Abscess cérébral (2 cas), Aspergillose cérébrale (1 cas). Ces infections sont compliquées de HLH chez deux malades. Les germes isolés étaient dominés par *Aspergillus* dans 6 cas, *Serratia* dans 6 cas et *Staphylocoque* dans 3 cas. Une Colite inflammatoire a été notée chez 4 de nos malades.

La granulomatose septique chronique est connue par la diversité des manifestations cliniques et des germes isolés, ce qui répond aux différents cas que nous avons étudiés. Elle reste malheureusement méconnue au Maroc, et nécessite une sensibilisation des médecins au diagnostic pour collecter un grand nombre de malades dans le but de mieux connaître le profil de cette pathologie au Maroc.

P69- Monoarthrite du genou à *Neisseriameningitidis*: à propos d'un cas.

Chiguer J, OuazzaniTouhami K, Zarkil N, Zerouali K, Belabbes H

Laboratoire de microbiologie – CHU Ibn Rochd de Casablanca

Laboratoire de microbiologie- Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Introduction : L'arthrite primitive à *Neisseria meningitidis* est une manifestation rare. Il s'agit d'une mono- ou polyarthrite purulente isolée, sans atteinte méningée, avec présence du germe dans l'articulation. Nous rapportons dans ce travail la description d'un cas à l'hôpital El harouchi du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Observation : Il s'agit d'un nourrisson de sexe féminin âgé de 45 jours sans antécédents particuliers, admis au service de chirurgie infantile pour une tuméfaction et un flegmon du genou gauche dans un contexte fébrile. L'examen à l'admission a objectivé un nourrisson fébrile, avec présence d'un épanchement douloureux et inflammatoire du genou gauche. L'examen neurologique était strictement normal et ne révélait pas des signes d'atteinte méningée. La ponction articulaire a ramené un liquide purulent dont l'examen cyto bactériologique a montré la présence de polynucléaires neutrophiles en amas (incomptable), la culture sur milieux enrichis (milieu chocolat) a révélé la présence de *Neisseriameningitidis* identifié par galerie APINH (Biomérieux). Le sérogroupage par agglutination latex a permis de montrer qu'il s'agissait du séro groupe B. Ce résultat a été confirmé par biologie moléculaire (PCR). L'étude de la sensibilité aux antibiotiques par E test (oxid) a révélé une souche sensible à la pénicilline G et aux céphalosporines de 3^{ème} génération. Une évacuation de l'épanchement articulaire et une antibiothérapie à base d'ampicilline sulbactam et de gentamicine a été instaurée permettant une évolution favorable après quelques jours.

Discussion : L'arthrite septique à *Neisseriameningitidis* est connue pour se produire au décours d'une méningococcémie ou d'une méningite. Cependant, l'arthrite méningococcique primaire sans atteinte méningée a été décrite dans la littérature comme une affection rare. L'évolution est classiquement favorable après l'évacuation du liquide articulaire et une antibiothérapie anti-méningococcique.

Conclusion : Le diagnostic d'arthrite primitive à méningocoque sans atteinte méningée est peu fréquent, mais probablement sous-estimé en raison de la rareté de la pratique des ponctions articulaires et des hémocultures devant ces situations.

P70- Anasarque foeto-placentaire : Penser au Parvovirus B19.

C. Rherib M. Kmari A. Radi A. Ourrai, A. Hassani , R. Abilkassem, A. Agadr
Service de pédiatrie, Hôpital Militaire Mohamed V, Rabat.

Introduction : L'anasarque foetoplacentaire est une situation pathologique rare dont le diagnostic étiologique doit être fait en anténatal pour proposer une prise en charge adéquate.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né de sexe féminin né à 34 SA par césarienne pour anasarque foetoplacentaire. La grossesse a été marquée par la découverte à 24 SA d'une ascite fœtale et d'un hydramnios. Le bilan réalisé a permis d'éliminer une origine immunologique ou malformative. Le bilan infectieux n'a comporté que les sérologies de la rubéole, de la toxoplasmose et de la syphilis qui étaient négatives. A la naissance, le diagnostic de l'infection parvovirale a été suspecté devant l'importance de l'anémie. Il a été confirmé par la sérologie virale (IgG et IgM). L'évolution était favorable avec un recul de 13 mois.

A travers cette observation, on attire l'attention à cette entité en insistant sur ces particularités diagnostique, thérapeutique et évolutive. L'anasarque foeto-placentaire (AFP) est la conséquence de nombreux désordres hétérogènes qui sont classés en deux catégories distinctes, immunes et non immunes, selon que la recherche d'agglutinines irrégulières soit positive ou négative. Les étiologies des AFP non immuns sont variables. Elles sont représentées par les malformations cardiovasculaires et intra thoraciques, les anomalies chromosomiques et les causes infectieuses. Les germes les plus incriminés sont le cytomégalovirus, le toxoplasma gondii, le tréponème pâle et le parvovirus B19. Ce dernier est responsable de 20% des AFP non immuns.

Conclusion : Devant une anasarque foetoplacentaire, il faudrait systématiquement évoquer la possibilité d'une primo-infection à Parvovirus B19 si le reste du bilan étiologique est négatif. La connaissance de cette entité est utile car peut éviter des interruptions de grossesse intempestives en traitant l'étiologie plus spécifiquement.

P71- Prévalence du portage nasal du staphylocoque résistant à la méticilline à la consultation pédiatrique au niveau du CHU Mohammed VI du Marrakech.

ED-DYB S¹, Bahri R¹, Rachidi M¹, Moussair Fz¹, Boumraya S¹, Amddah R¹, Hocar O², Akhdari N², Amal S², Bourrous M³, Bouskraoui M⁴, Sbihi M⁵, SORAA N¹

1 Service de Microbiologie- CHU Mohammed VI Marrakech

2 Service de dermatologie-CHU Mohammed VI Marrakech

3 Service des urgences pédiatriques-CHU Mohammed VI Marrakech

4 Service pédiatrie A-CHU Mohammed VI Marrakech

5 Service de pédiatrie B-CHU Mohammed VI Marrakech

Faculté de Médecine et de Pharmacie – Université Cadi Ayyad Marrakech

Introduction : L'acquisition de la résistance à la méticilline chez le Staphylocoque aureus est plus fréquente en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire. Cependant, la fréquence d'isolement des souches communautaires de SARM devient un réel problème de santé publique. L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence des souches du SARM isolées du portage nasal, d'identifier les particularités cliniques et d'étudier leur profil de résistance aux autres antibiotiques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée auprès des enfants pris en charge en consultations pédiatriques externes du CHU Mohammed VI du Marrakech allant du 01 Aout 2017 au 28 Février 2018. Un prélèvement nasal a été effectué chez tous les enfants consultants

n'ayant pas reçu d'antibiothérapie et n'ayant pas été hospitalisé dans les 3 mois précédents. L'étude bactériologique a été réalisée au service de microbiologie du CHU Med VI.

Résultats : Durant la période de l'étude, 300 prélèvements étaient analysés. Les prélèvements ont été effectués respectivement au niveau de la consultation des urgences pédiatriques dans 58% des cas, dermatologique 32%, pédiatrie 10 %. 93% des consultants n'avaient pas d'antécédents pathologiques particuliers. Le motif de consultation a été dominé par la gêne respiratoire, la fièvre et les lésions dermatologiques. La prévalence du portage nasal du *Staphylococcus aureus* chez les enfants était de 18% (n=54). L'âge moyen des porteurs était de 5 ans (1j-15ans) avec un sexe ratio H/F de 1,25.

La prévalence du portage nasal du SARM était de 3.7%. Les souches de SARM isolées ont gardé une sensibilité pour les autres familles d'antibiotiques notamment les aminosides, la rifampicine, les fluoroquinolones et les glycopeptides. Ces souches exprimaient une résistance de 100% au cotrimoxazole.

Discussion/conclusion : Cette étude souligne la possibilité de l'acquisition communautaire de SARM dans notre contexte. Ces souches qui étaient initialement sensibles à la plupart des agents anti-staphylococciques, commencent à devenir de plus en plus résistante aux antibiotiques non bêtalactamines. Ceci impose une surveillance de l'évolution de cette résistance et la détermination des facteurs de risque pour limiter la diffusion de ces SARM communautaires

P72- Résistance aux antibiotiques des souches d'Acinetobacter baumannii isolées à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

H. Zahir¹, H. Mouhib¹, Y. Elkamouni^{1,2}, L. Arsalane^{1,2}, S. Zouhair^{1,2}

1 Service de Microbiologie-virologie et de Biologie Moléculaire, Hôpital Avicenne de Marrakech.

2 Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad.

Introduction : *Acinetobacter baumannii* est un pathogène opportuniste, responsable d'infections nosocomiales sévères, causant de réelles difficultés thérapeutiques du fait de sa capacité à développer plusieurs mécanismes de résistances aux antibiotiques.

Objectifs : L'objectif de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, et la résistance aux antibiotiques des souches d'*A.baumannii* isolées au laboratoire de Microbiologie-Virologie de l'Hôpital Avicenne de Marrakech (HMA).

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée de janvier 2015 à février 2018, portant sur l'ensemble des souches d'*A.baumannii* isolées au laboratoire de Microbiologie-Virologie de l'HMA. L'identification présomptive des souches bactériennes a été effectuée par l'étude des caractères morphologiques et culturels. L'identification biochimique et la sensibilité des souches aux antibiotiques ont été effectuées par l'automate PHOENIX 100 (Becton Dickinson), complétés par la méthode des disques de diffusion en milieu gélosé enrichi selon les recommandations de l'EUCAST.

Résultats : Durant la période de l'étude, 92 souches isolées d'*A.baumannii* provenaient principalement du service de réanimation (69,6% des isolats). Les prélèvements bronchiques (52%) et urinaires (22,8%) ont constitué les deux principaux sites d'isolement. Leurs niveaux de résistance aux antibiotiques ont été très élevés en particulier dans les services de réanimation : Ceftazidime (76%), Imipénème (76%), Ciprofloxacine (87%), Cotrimoxazole (74%), Tigécycline (46%), Gentamicine (79%) et la Tobramycine (13%). Ces résultats confirment la nature multirésistante de l'*A.baumannii*

son caractère nosocomial.

Conclusion : L'A.baumannii reste l'agent le plus redouté dans l'infection nosocomiale. La mise en place d'une stratégie de prévention et la surveillance épidémiologique demeurent indispensables pour la lutte contre cette bactérie.

P73- Infection à CMV dans les déficits immunitaires primitifs.

S. Faiq, F. Ailal, I. Benhssaien, AA. Bousfiha, J. Najib

Service de Pédiatrie 1 Hôpital d'enfant, CHU Ibn Rochd, Casablanca Maroc.

Introduction : L'infection à CMV est un événement fréquent. Elle est le plus souvent asymptomatique ou responsable d'une pseudo mononucléose infectieuse. Par contre, chez le sujet immunodéprimé, l'infection à CMV est responsable de syndromes infectieux extrêmement fréquents et graves, menaçant dans la majorité des cas le pronostic vital et fonctionnel.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective sur une série de 17 enfants ayant une infection à CMV confirmée sur un terrain de déficit immunitaire primitif.

Résultats : L'âge de nos patients varie entre 2 mois et 42 mois avec une moyenne d'âge de 13 mois. Le sexe ratio était de 0,41 avec une prédominance féminine chez 70% des cas. La symptomatologie clinique de l'infection à CMV était dominée par la détresse respiratoire chez 76% des cas, suivie des signes digestifs à type de diarrhées dans 58,8% des cas, un muguet buccal chez 53% des cas et la fièvre chez 29,4 % des cas, la numération formule sanguine a objectivé une anémie chez 70,5% des cas, une cytololyse aigüe a été notée chez 3 enfants, le déficit immunitaire était primitif chez tout les malades, il s'agit d'un SCID (déficit immunitaire combiné sévère) chez 64,7 % des cas, un CID (déficit immunitaire combiné) chez 11,8 % et un défaut d'expression de HLAII chez 23,5%. Le diagnostic est confirmé par PCR CMV positive chez tous les malades.

Conclusion : L'infection à CMV est particulièrement fréquente et grave chez l'enfant immunodéprimé. La prise en charge de ce type d'infection, du point de vue tant diagnostique que thérapeutique, ne se conçoit qu'en milieu spécialisé et dans le cadre d'une étroite collaboration entre cliniciens, virologues et souvent anatomo-pathologistes.

P74- Atteintes interstitielles et infection VIH chez l'enfant : Expérience du Service des Maladies Infectieuses de l'Hôpital d'Enfants Abderrahim Harouchi de Casablanca.

L. Sabbar, M. Oueriagli, F. Adnane, J. Najib

Service des Maladies Infectieuses Hôpital d'Enfants Abderrahim Harouchi CHU de Casablanca.

Le VIH chez l'enfant au Maroc pose un véritable problème de santé publique ; de par sa fréquence en nette augmentation et du fait de sa lourde morbidité et mortalité. Les atteintes respiratoires dans l'infection rétrovirale pédiatrique restent parmi les problèmes que pose cette infection du point de vue diagnostique étiologique et/ou parfois problème de prise en charge. Nous rapportons une analyse rétrospective de 95 observations d'enfants infectés par le VIH et présentant une atteinte interstitielle. Ces observations ont été recrutées pendant une période limitée à cinq ans, entre Janvier 2013 et Décembre 2017. La moyenne d'âge était de 1.6 ans, avec une prédominance masculine (78%). L'étiologie était largement dominée par la Tuberculose pulmonaire, suivie de la

pneumopathie à CMV. L'évolution était dans la majorité des cas favorable. La Tuberculose reste l'étiologie la plus fréquente de l'atteinte interstitielle chez les enfants infectés par le VIH au Maroc, mais parfois l'étiologie reste difficile à déterminer

P75- Infections pharyngées à Streptococcus bêta-hémolytique dans la région de Fès.

Himri Sara¹, Atmani Samir², El Fakir Samira³, Meskini Laila⁴, Hida Moustafa², Oumokhtar Bouchra¹

1. Laboratoire Microbiologie et Biologie Moléculaire, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès,

2. Service de pédiatrie, laboratoire de santé communautaire en pédiatrie, CHU Hassan II Fès Maroc,

3. Laboratoire d'épidémiologie, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, 4. Centre de santé Annarjis, Fès,

Objectif - Introduction : Streptococcus pyogenes, ou streptocoque du groupe A (SGA), est l'agent pathogène le plus fréquemment isolé dans les angines aiguës. Cependant, le rôle des streptocoques du groupe C (SGC) et du groupe G (SGG) dans cette maladie est sous-estimé. La présente étude vise à déterminer la prévalence des angines à Streptococcus bêta-hémolytique (A, C et G), ainsi que leurs sensibilités aux antibiotiques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur une période de 13 mois (Février 2017 à Février 2018). Tous les patients consultants pour angines ont fait l'objet de prélèvements de gorge pour la recherche de Streptococcus du groupe A, C et G. Quelques données cliniques ont été enregistrées et analysées.

Résultats : 177 patients ont été inclus dans cette étude. Le groupe d'âge des patients était de 5 à 32 ans. L'âge moyen était de 10,35 +/- 5,11 et l'axe-ratio (H/F) était de 1,06.

La majorité des patients présentaient une fièvre >38° (91,5%) et des maux de gorge (91%), 142 malades présentaient des maux de tête (80,2%) et 33,9% avaient des amygdales pultacées. Des streptocoques bêta-hémolytiques ont été isolés chez 18 patients (10,17%), dont 11 étaient des SGA (6,21%), 4 étaient des SGC (2,26%) et 3 des SGG (1,69%). Parmi les 18 souches de streptocoques bêta-hémolytiques isolées, aucune n'a montré une résistance à la pénicilline G. En revanche, une seule souche a exprimé une résistance à l'érythromycine et à la clindamycine et c'était un Streptocoque du Groupe A. Sur les 11 SGA identifiés, seulement 6 cas ont exprimé le gène de virulence emm (54,55%) et 2 cas de SGG (66,67%). L'incidence de SGA était de 3,39%. Parmi les 60 enfants ayant des angines pultacées (33,9%), une antibiothérapie a été prescrite chez 98,33%. Les enfants ayant des angines érythémateuses ont été aussi traités par des antibiotiques (50,43%).

Conclusion : Cette étude souligne la prévalence relativement faible des angines à SGA parmi les patients proposés à une antibiothérapie. Même si les SGC et SGC sont rare dans les angines mais ils présentent un pourcentage significatif dans notre série. Notre étude souligne aussi la fiabilité de l'analyse moléculaire dans l'identification des différents groupes de streptocoques.

P76- Infections urinaires révélés par un ictère chez le nouveau-né.

S. El Moussaoui^{1,2}, F. Bennaoui^{1,2}, N. El Idrissi Slitine^{1,2}, FMR. Maoulainine^{1,2}

1 Service de réanimation néonatale, pôle mère-enfant, CHU Mohamed VI, Marrakech

2 Equipe de recherche : l'enfant, la santé et le développement, FMPM, Université Cadi Ayyad.

L'ictère est l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation chez les nouveau-nés. L'association à l'infection urinaire est le sujet de plusieurs controverses. L'ictère peut être le seul signe révélateur

d'une infection urinaire.

Objectifs : Cette étude vise à étudier le groupage, les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de l'infection urinaire chez les nouveau-nés ictériques.

Matériels et méthodes : Nous avons rétrospectivement étudié les dossiers médicaux des nouveau-nés, admis au service de néonatalogie, hôpital Mohamed VI de Marrakech ; entre janvier et décembre 2016 ayant une infection urinaire révélée par un ictère.

Résultats : Un total de 139 nouveau-nés était admis pour l'ictère néonatal. Parmi ceux-ci, 41 cas (29,4%) avaient une infection urinaire, avec une prédominance masculine (61%). L'âge moyen d'admission était de 8,5 jours. Le germe le plus fréquent était l'Escherichia coli. Une uropathie malformative était retrouvée dans 5%.

Conclusion : Nous recommandons le dépistage de l'infection urinaire pour les nouveau-nés ictériques même à un âge précoce.

P77- L'infection à Staphylocoque aureus chez l'enfant au CHU Med VI de Marrakech et évolution de la résistance à la méticilline.

R. Amaddah, S. Boumraya, R. Bahri, M. Rachidi, F.Z. Moussair, N. Sora

Service de Microbiologie-CHU Mohammed VI de Marrakech

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction : Staphylococcus aureus est un pathogène retrouvé dans les infections communautaires et nosocomiales. Il possède un potentiel de pathogénicité important et une capacité à développer différents mécanismes de résistance aux antibiotiques. Sa virulence explique en partie la gravité des infections invasives.

Objectif : Etudier l'épidémiologie des infections à Staphylocoque aureus chez les enfants pris en charge au pôle pédiatrique du CHU Med VI de Marrakech et suivre l'évolution de la résistance à la méticilline des souches isolées.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective réalisée sur une période de 8 ans (2010- 2017) menée au pôle pédiatrique du CHU Mohammed VI de MARRAKECH. Ont été inclus toutes les souches de Staphylococcus aureus isolées à partir des prélèvements adressés au service de Microbiologie pour étude bactériologique.

Résultats et discussion : 1131 isolats de Staphylocoque aureus entre 2010 et 2017 ont été identifiés. Le Staphylocoque aureus a représenté 11% de l'ensemble des isolats durant cette période. Il a été isolé principalement dans les infections suppurées (51%) suivi par les bactériémies (33%), les pneumopathies (6%), les infections liées aux cathéters (4.7%) et les infections urinaires (1.3%). Les isolats provenaient principalement des services de chirurgie pédiatrique (26.3%), de réanimation néonatale (23%), réanimation pédiatrique (19%) et des services de pédiatrie (22%).

La surveillance de l'évolution de la résistance à la méticilline a montré une diminution importante et continue de la prévalence de l'infection à Staphylocoque aureus résistant à la Métilcilline entre 2010 (34%) et 2017 (3,9%). Cette diminution a été observée également pour les autres familles d'antibiotiques notamment les aminosides, les Fluoroquinolones et le Cotrimoxazole.

Conclusion : Cette surveillance a permis de confirmer la baisse importante et continue de la prévalence de l'infection à Staphylocoque aureus résistant à la Métilcilline sur les 8 dernières années. Cependant, son mode de diffusion, principalement clonale par transmission croisée, souligne l'importance de rester vigilant et de continuer les mesures d'hygiène individuelles et collectives.

P78- Détection Moléculaire des Virus de la Grippe chez les Nourrissons et les Enfants à Casablanca durant les saisons 2016/17 et 2017/18.

L. Anga, A. Faouzi, A. Abbad, N. El Mdaghri, J. Nourlil

Laboratoire de Virologie Médicale et de Biosécurité 3, Institut Pasteur du Maroc, Casablanca

Introduction : La grippe reste un problème majeur de santé publique en raison des épidémies saisonnières qui se reproduisent chaque année principalement durant la période hivernale. En effet, l'infection par les virus de la grippe, est largement sous-estimé chez l'enfant, alors qu'elle provoque une morbidité importante et l'enfant représente un grand vecteur du virus jouant un rôle central dans la dissémination de la maladie grippale. En outre, certains groupes d'enfants à risque peuvent développer des complications parfois sévères provoquées par l'émergence de nouvelles variantes des souches virales.

L'objectif principal de ce travail est l'identification et le typage moléculaire des virus grippaux chez les nourrissons et les enfants durant les saisons 2016-2017 et 2017-2018. D'autres virus responsables d'infection respiratoire tels que le Virus Respiratoire Syncytial (VRS) et les Rhinovirus ont été recherchés.

Matériel et Méthodes : Notre étude a porté sur 280 échantillons nasopharyngés, prélevés chez des nourrissons et des enfants de 11 jours à 15 ans, et analysés au laboratoire de Virologie Médicale / L3 (Institut Pasteur Maroc). L'identification et le typage moléculaire des souches virales ont été réalisés par RT-PCR en temps réel ciblant les gènes de la matrice et de l'hémagglutinine, selon les protocoles du CDC Atlanta (USA).

Résultats : Entre la semaine 42/2016 et la semaine 10/2018, 85 (30.35%) prélèvements sont positifs pour la Grippe A ou B, avec 59 (69.4%) A/H3, 12 (12%) A/H1pdm et 14 (16.5%) grippe B.

L'infection par les virus grippaux, a été confirmée chez toutes les tranches d'âge de cette étude, et aucun patient n'a bénéficié d'une vaccination antigrippale. Durant la saison 2016-2017, les souches virales A/H3 ont été presque exclusives, alors que durant la saison 2017-2018, les trois virus grippaux A/H3, A/H1pdm et B ont co-circulé. Pour la grippe B, c'est la lignée Yamagata qui a été majoritaire alors qu'elle n'a pas été incluse dans la composition du vaccin trivalent de la grippe.

Le VRS et les Rhinovirus ont été confirmés respectivement dans 9% et 4% des cas.

Conclusion : La confirmation du rôle des virus grippaux dans les infections respiratoires chez les nourrissons et les enfants est primordiale dans la prise en charge thérapeutique, pour une bonne maîtrise de l'utilisation des antibiotiques et une amélioration de la prévention vaccinale de ces infections. D'un autre côté, la surveillance virologique des souches grippales permet la vérification de l'adéquation des souches en circulation avec la composition vaccinale et la détection précoce de nouvelles souches émergentes pouvant être à l'origine de nouvelles épidémies voire pandémies grippales

P79-Tuberculose cutanée disséminée chez une patiente immunocompétente.

FZ. Rochdi, F. Ailal, I. Benhsaien, J. Najib, AA. Bousfiha

Unité d'Immunologie Clinique, Service des Maladies Infectieuses (P1), Hôpital d'Enfants A. Harouchi, CHU Ibn Rochd, Casablanca

La tuberculose cutanée est rare dans les pays industrialisés. Son polymorphisme anatomoclinique et la difficulté d'isolement du pathogène rendent son diagnostic difficile. Elle peut s'associer à d'autres localisations connues de la maladie ou exceptionnellement les révéler comme dans notre

observation, où des ulcérations cutanées ont révélé une tuberculose autochtone disséminée paucisymptomatique. Une fille âgée de 13 ans est hospitalisée pour des ulcérations d'extension rapide sur le visage, au niveau lombaires qui évoluait depuis 12 mois. Les explorations réalisées. La biopsie cutanée montrait un infiltrat granulomateux épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose casseuse. La tomodensitométrie pulmonaire était compatible avec une aspergillose du fait de l'atteinte osseuse. Avec une sérologie aspergillaire positive la patiente est traitée par du Voriconazole avec une légère amélioration. ainsi Le diagnostic est remis en question en raison aussi la ponction de l'abcès au niveau du visage qui a révélée BK positive à la culture. La Patiente est traitée par Antibacillaire avec bonne évolution clinique. Une tuberculose cutanée doit être évoquée devant des granulomes giganto-cellulaires, même sans nécrose caséuse et avec un examen direct et culture cutanée négatifs. Ceci illustre la nécessité d'un bilan exhaustif à la recherche d'une atteinte disséminée, parfois peu symptomatique.

P80- Emergence de Serratia Marcescens résistante à l'imipénème dans un service de réanimation néonatale marocain.

FE. Sami^{1,2}, F. Bennaoui^{1,2}, N.El Idrissi Slitine^{1,2}, N. Sora³, F.M.R Maoulainine^{1,2}

1 Service de réanimation néonatale CHU Mohammed VI Marrakech Maroc

2 Equipe de recherche la santé l'enfance et le développement faculté de Médecine Université Cadi Ayyad Marrakech

3 Service de microbiologie CHU Mohammed VI Marrakech Maroc

Serratia Marcescens est un agent pathogène de la famille des bacilles gram négatifs, qui peut être à l'origine d'infection nosocomiale grave chez le nouveau né souvent sous forme d'épidémies.

L'objectif de notre étude est de rapporter notre expérience, en rapportant 2 épidémies à S. Marcescens à sensibilité différente pour montrer la gravité de ce germe, avec revue de la littérature. Notre étude est rétrospective ; les cas présentant une infection nosocomiale à Serratia Marcescens sont colligés au service de réanimation néonatale du centre hospitalier universitaire Mohammed VI, sur 2 périodes :

1^{ère} épidémie : s'étalent sur une période de 2 mois (Juillet et Août 2016), incluant 8 nouveaux nés dont l'AG moyen était de 36 semaines d'aménorrhées. Le poids moyen était de 1853 grammes. La durée moyenne de survenue de l'infection nosocomiale, diagnostiquée dans tous les cas par les hémocultures, était de 7 jours. Les souches de S. Marcescens étaient dans 75% des cas sensibles aux Céphalosporines, de sensibilité intermédiaire dans 12,5% des cas et résistantes aux Céphalosporines dans 12,5%. L'issue était fatale dans 62,5% des cas.

2^{ème} épidémie : s'étalent sur une période de 2 mois (décembre 2017 – janvier 2018), incluant 6 nouveaux nés dont l'AG était de 35,3 semaines d'aménorrhées ; le poids moyen était de 1630 grammes. La durée moyenne de survenue de l'infection nosocomiale est de 9 jours ; diagnostiquée par hémoculture chez 5 cas et par ponction lombaire chez un nouveau-né. Les souches de S. Marcescens étaient dans 17 % des cas sensibles aux Céphalosporines des cas et résistantes aux Céphalosporines dans 83%. L'issue était fatale dans 83% des cas.

La première épidémie à S. Marcescens était sensible aux imipénèmes chez la plupart des cas pourtant la 2^{ème} épidémie était résistante chez presque tout les cas.

Les infections nosocomiales à Serratia marcescens sont souvent rapportées sur des séries épidémiques et leur éradication n'est pas toujours aisée.

P81- Evaluation des connaissances des parents sur les bronchiolites aiguës.

M. Ait Mouloud, A. Babakhouya, M. Rkain, N. Benajiba
Service de Pédiatrie, CHU Mohammed VI Oujda.

Introduction : La bronchiolite aiguë du nourrisson constitue la maladie respiratoire la plus fréquente chez le nourrisson de moins de 2 ans. Il s'agit d'une infection des voies aériennes inférieures d'origine virale extrêmement contagieuse, à l'origine chaque année d'une épidémie hivernale. A l'heure actuelle, devant l'absence de vaccin et un arsenal thérapeutique toujours limité, le meilleur moyen de lutter contre cette affection semble être la prévention. L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances des parents en matière de bronchiolites aiguës des nourrissons.

Moyens et méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale entre janvier et mars 2018 au service des urgences pédiatriques du centre hospitalier universitaire d'Oujda, à l'aide d'un questionnaire. Les parents inclus étaient ceux dont les enfants ont consulté pour une bronchiolite aiguë. Ont été exclus de l'étude les parents dont les nourrissons présentaient une bronchiolite grave. L'analyse descriptive des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 21.0.

Résultats : Au total 125 questionnaires ont pu être exploités et analysés. La moyenne d'âge des nourrissons était de 9 mois. Les parents croyaient dans 95% des cas que la bronchiolite était secondaire au climat froid. Pour 90 parents, la bronchiolite était considérée comme une affection contagieuse. Ces derniers ont répondu que les moyens de transmission étaient l'air dans 60% des cas, le contact physique dans 30% des cas et 10% ont répondu qu'ils ne savaient pas. Les mesures préventives utilisées selon les parents étaient : recouvrir le bébé correctement (45%), éviter les bains et les douches (20%), éviter le contact avec les personnes enrhumés (10%) et 25% ont répondu qu'ils ne savaient pas. La grande majorité des parents jugeaient être insuffisamment informés sur cette maladie.

Conclusion : Les infections respiratoires constituent une cause de mortalité infantile au Maroc, du en partie à l'absence d'information et de sensibilisation. Ainsi un programme de sensibilisation à grande échelle devrait être entrepris, afin de contribuer à la diminution de la morbidité et de la mortalité liées aux infections respiratoires dans notre pays.

P82- L'infection à Escherichia coli chez l'enfant et évolution de la résistance aux antibiotiques entre 2010 et 2017 au CHU Mohamed VI de Marrakech.

R. Bahri, S. Eddyb, H. Saffour, Fz. Moussair, M. Rachidi, S. Boumraya, N. Soraa

Introduction : Escherichia coli est un bacille gram négatif, qui revêt une importance particulière chez la population pédiatrique. L'usage excessif et/ou inapproprié des antibiotiques dans le traitement de ces infections est à l'origine de l'émergence et de la dissémination de la résistance chez Escherichia coli.

Objectif : Analyser le profil épidémiologique et la résistance aux antibiotiques des souches d'Escherichia coli isolées chez l'enfant au CHU Mohamed VI de Marrakech-Maroc.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 8 ans (1er Janvier 2010 - 31 Décembre 2017). Elle a concerné l'ensemble des souches non répétitives d'Escherichia coli isolées au service de Microbiologie du CHU Mohamed VI de Marrakech. Les prélèvements provenaient d'enfants hospitalisés à l'hôpital mère-enfant et les enfants reçus en ambulatoire.

Résultats : Les isolats d'Escherichia coli durant cette période ont présenté 46% (n = 1356) de l'ensemble des entérobactéries isolées. La moyenne d'âge des enfants était de 6.18ans avec un sex-ratio (M/F) de 0.58. Les prélèvements provenaient principalement des services de la chirurgie Pédiatrique (30,6%)et des services de la pédiatrie (24%). Les isolats d'Escherichia coli ont été isolés principalement des urines (49%), suivi par les prélèvements de pus (38%). Une augmentation continue de la résistance aux C3G chez les isolats d'Escherichia coli a été observée depuis 2010 allant de (5,8%) pour atteindre (13%) en 2017. Les souches de sensibilité diminuée aux carbapénèmes ont présenté 9 % des souches résistantes aux C3G par production de BLSE en 2017. L'évolution sur les 8 dernières années a été marquée également par une augmentation continue de la résistance notamment en 2017 touchant la ciprofloxacine (25%), la gentamicine (30%) et le sulfaméthoxazole-triméthopime(52%).

Conclusion: Cette augmentation continue et alarmante de la résistance aux antibiotiques des souches d'Escherichia coli limite considérablement les options thérapeutiques et constitue donc un réel problème de santé publique et expose d au risque de dissémination communautaire de cette résistance. Une surveillance continue s'impose pour permettre une meilleure adaptation de l'antibiothérapie probabiliste aux données épidémiologiques locales.

P83- L'infection urinaire sur uropathie malformative Profil épidémiologique et bactériologique.

M. Azizi, A. Hassaine, Y.El Boussaadni, N. Benajiba
Service de pédiatrie, CHU Mohammed VI de Oujda

Introduction : Les infections urinaires représentent l'une des infections les plus fréquentes chez l'enfant, qui nécessite une prise en charge rapide et efficace. Les données bactériologiques et épidémiologiques jouent un rôle déterminant dans la prise en charge du patient .les IU révèlent le plus souvent une uropathie malformative et exposent l'enfant à des complications graves si une antibiothérapie efficace n'est pas rapidement instaurée. Dans ce cadre, nous présentons les principales caractéristiques épidémiologiques et bactériologiques des germes uropathogènes isolés dans un milieu pédiatrique.

Matériels et Méthodes : Ce travail concerne une étude rétrospective portant sur 45 enfants porteurs d'uropathie malformative (UM), hospitalisée au service de pédiatrie au CHU Moh VI d'Oujda durant la période du 01 octobre 2016 au 01 février 2018.

Résultat : Le sexe masculin avait une légère prédominance dans notre série avec un sex-ratio de 1,5 L'âge moyen de notre étude était de 4 ans. Les uropathies malformatives étaient représentées par Le reflux vésico-urétéral dans 33%, le syndrome de jonction pyélo urétérale dans 26,7% ; une vessie neurologique dans 20% des cas et les valves de l'urètre postérieur dans 15% des cas, ; autres malformations (duplication urétérale avec urétérocèle, méga uretère,). Une association de deux UM ou plus, de type différent, était retrouvée dans 11% des cas, La symptomatologie clinique était dominée outre que la fièvre par les signes digestifs chez les nourrissons dans 53% et les signes urologiques après l'âge de deux ans dans 40% l'insuffisance rénale était retrouvée dans 4%. L'étude de la répartition des germes a montré une prédominance des entérobactéries (66,8%) ; (L'E. Coli était le germe prédominant quelque soit l'âge et le sexe des enfants : 37,8 %, suivi de Klebsiella pneumoniae : 29 % des cas) puis du pseudomonas aeuroginosa (22,4%). L'étude de la sensibilité de ces germes aux antibiotiques a montré une résistance pour l'ampicilline dans 44%, l'association amoxicilline-Ac.clavulanique dans 51% Les céphalosporines de 3^{ème} génération et les aminosides gardent leur efficacité sur tous les germes.

Conclusion : L'infection urinaire reste le mode de révélation le plus fréquent des uropathies malformatives. Elle se manifeste généralement par des signes urinaires non spécifiques. Chez l'enfant, les agents uropathogènes expriment une résistance croissante aux antibiotiques largement prescrits tels que les bêtalactamines et le cotrimoxazole ; d'où l'intérêt de connaître le profil bactériologique et compléter obligatoirement par un antibiogramme chez les enfants porteurs d'uropathie.

P84- Évaluation de l'automédication par les antibiotiques chez les enfants de la région de l'orientale du Maroc (étude transversale).

H. Zahiri, A. Babakhouya, M. Rkain, N. Benajiba
Service de pédiatrie, CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction : Dans les pays en développement, les maladies infectieuses demeurent les principales causes de morbidité et de mortalité. Cette situation pourrait expliquer l'utilisation en grande quantité des antibiotiques observée dans ces pays. L'automédication antibiotique se caractérise par un traitement injustifié, un choix inapproprié de l'antibiotique, l'emploi de doses insuffisantes et une durée de traitement inadéquate. L'utilisation inappropriée des antibiotiques augmente le risque de sélection de bactéries résistantes. L'automédication par les antibiotiques en pédiatrie est devenue un vrai problème de santé public.

Objectif : Nos objectifs étaient 1) d'estimer la prévalence de l'automédication par les antibiotiques chez les patients en pédiatrie 2) d'explorer les raisons de cette automédication et 3) de déterminer quels antibiotiques sont le plus souvent achetés sans ordonnance.

Matériels et méthodes : nous avons mené une étude transversale dans l'hôpital mère enfant de CHU Mohammed VI Oujda qui reçoit des patients de la région de l'orientale. Les patients ont été choisis au hasard parmi ceux qui ont été vus dans le service de pédiatrie, de chirurgie pédiatrique ; et aux urgences pédiatriques au moment de l'étude et ont été invités à participer à l'étude. Pour l'élaboration de ce travail nous avons établi un questionnaire.

Résultats : L'étude a inclus 100 patients (11 hommes et 89 femmes). L'âge moyen des participants était de 35 ans. La plupart des participants avaient au moins un diplôme d'études secondaires (63% avaient un diplôme d'études secondaires et 11% fréquentaient l'université), dont 20% étaient analphabètes et 6% seulement avaient fait des études primaires.

Types, causes, sources et modes d'utilisation des antibiotiques non prescrits: l'amoxicilline était l'antibiotique le plus couramment utilisé (91% des participants ont déclaré utiliser l'amoxicilline), suivi par l'amoxicilline-acide clavulanique, l'azithromycine et le céfaclor utilisés respectivement par 6% et 2% et 1% des participants. Les raisons les plus courantes de l'utilisation d'antibiotiques non prescrits étaient une toux fébrile (55%), dysphagie avec une fièvre et une toux considérés comme angines par les parents (35%) fièvre et rhinorrhée (10%). La plupart des parents ont décidé d'obtenir des antibiotiques sans ordonnance plutôt que de consulter leur médecin parce qu'ils estimaient que les symptômes de leurs enfants étaient légers et que le médecin va prescrire le même médicament (40%) ou parce qu'ils n'avaient pas le temps pour consulter un médecin (31%) ; ou bien parce qu'il n'avaient pas les moyens pour consulter (29 % des patients). La plupart des parents ont utilisé les antibiotiques pour une durée de sept jours (62%), tandis que 38 % les ont utilisés pendant 2 à 3 jours (une fois l'enfant commence à s'améliorer). Parmi les 100 participants ayant déclaré avoir utilisé des antibiotiques non prescrits, 93% ont reçu des antibiotiques en pharmacie, et 7% ont réutilisés des antibiotiques prescrits lors de leurs dernière consultation. Environ 80% des parents ont affirmé avoir obtenu des résultats satisfaisants de leur pratique.

Conclusion : Nous avons révélé une connaissance insuffisante des parents sur les conséquences de cette utilisation abusive des antibiotiques sans avoir consulté un médecin; ainsi que des attitudes indésirables des pharmaciens qui délivrent des antibiotiques sans ordonnance.

P85- Entérobacter Hormaechei : Nouveau germe d'infection dans une unité de réanimation néonatale.

F.Z. Dyabi^{1,2}, F. Bennaoui^{1,2}, N. El Idrissi Slitine^{1,2}, N. Soraa³, F.M.R Maoulainine ^{1,2}

1 Unité de soins intensifs néonataux, Hôpital Universitaire Mohamed VI. Marrakech

2 Equipe de Recherche de Pédiatrie, Santé et Développement, Université Cadi Ayyad. Marrakech

3 Département de microbiologie, Hôpital universitaire Mohamed VI. Marrakech

Entérobacter. hormaechei a été proposé comme une nouvelle espèce bactérienne, provoquant des infections nosocomiales chez les patients adultes hospitalisés. Peu d'informations sont disponibles sur leur virulence chez les nouveau-nés.

Méthodes : Nous rapportons dans ce travail tous les cas d'infection à E. hormaechei ; au sein du service de réanimation néonatale, CHU Mohamed VI, Marrakech. C'est la première fois où ce germe est responsable d'infection dans notre service

Résultats : Ils étaient cinq nouveau-nés âgés de 8 heures à 12 jours, 2 d'entre eux étaient nés de grossesses multiples. L'âge gestationnel était inférieur à 36 semaines d'aménorrhée dans trois cas. La présentation clinique était variable et une détresse respiratoire a été retrouvée chez trois malades représentant le signe le plus fréquent. L'E. hormaechei multi-résistant a été isolé à l'hémoculture dans tous les cas. Un nouveau-né avait présenté à son deuxième jour de vie une nécrose cutanée, l'écouvillonnage de la nécrose avait également isolé un E. hormaechei. Le traitement était basé sur l'association d'Imipenème et d'Amikacine. L'évolution était favorable chez deux patients alors que trois patients sont décédés.

Conclusion : On assiste à un changement de l'écologie bactérienne dans notre contexte. L'E. hormaechei peut infecter les patients vulnérables et peut être transmis d'un patient à l'autre quand les techniques de contrôle de l'infection sont inadéquates.

P86- Pyélonéphrite aiguë multi-résistantes : Expérience du service de pédiatrie 2, hôpital d'enfants de Rabat.

W. Dahbi Skali¹, M. Sarsi², A. Gaouzi¹, Z. Imane¹, K. Souly², M. Zouhdi², Y. Krioule¹, A. Mdaghri Alaoui¹

1 Service de pédiatrie II de l'hôpital d'enfants de Rabat

2 Service de bactériologie du CHU ibn Sina , Rabat

Introduction : La pyélonéphrite aiguë (PNA) est l'une des infections bactériennes les plus fréquentes en pédiatrie, sa prise en charge a fait l'objet de nombreuses publications et recommandations d'autorité de santé ou des sociétés savantes. Néanmoins, Ces recommandations sont remises en cause par l'augmentation des résistances bactériennes, particulièrement des entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE), résistantes aux pénicillines et aux céphalosporines à l'exception des céphamycines (céfoxitine, céfotétan), du moxalactam et des carbapénèmes. Le but de ce travail est d'analyser l'épidémiologie des résistances bactériennes dans les pyélonéphrites de l'enfant prises en charge au service de pédiatrie 2 de l'hôpital d'enfant de Rabat.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 14 mois allant de Janvier 2017 à Mars 2018 au sein du service de pédiatrie 2 de l'hôpital d'enfant de Rabat, portant sur les patients hospitalisés pour différents motifs et dont l'E.C.B.U était positif à un germe multi-résistant. Sont exclus les cystites et les bactériurie positives.

Résultats : sur 755 PNA hospitalisées au cours de la période d'étude, nous avons colligé 43 PNA multi-résistantes (5.7%), mais seulement 17 dossiers étaient exploitables. L'âge moyen était de 4 ans et demi. On a noté une prédominance masculine (68 %). Pour le terrain, 2 malades avaient une uropathie malformative, 2 un syndrome néphrotique, 2 des antécédents de PNA à répétition. Sur le plan clinique, la fièvre aiguë était le motif de consultation le plus fréquent (10 malades), suivi des troubles digestifs (6 malades), syndrome œdémateux (3 malades) et des convulsions fébriles (3 malades). La NFS a montré une hyperleucocytose chez 14 malades (82%) et la protéine-C-réactive était positive chez 8 malades (47%). Sur le plan bactériologique, les germes le plus retrouvés étaient l'E. coli (6 malades), suivi de l'Enterococcus faecium (5 malades) , le Klebsiella pneumoniae (3 malades). Les autres germes étaient : l'enterobacter cloacae (1 malade), l'Enterococcus faecalis (1 malade), l' Acinetobacter baumannii (1 malade) et l'Enterobacter Cloacae (1 malade) . L'étude de résistance aux antibiotiques a montré une résistance de 93 % aux pénicillines, de 83 % aux fluoroquinolones, 65 % aux aminosides et de 17 % aux carbapénèmes. Par ailleurs, toutes les souches retrouvées étaient sensibles à l'amikacine et les carbapénèmes. L'E. Coli et le Klebsiella pneumoniae étaient sensibles en plus à la céfoxitine. Pour le choix de l'antibiothérapie, 12 malades ont été traités par ceftriaxone-gentamicine, et ceux malgré les résultats de l'antibiogramme, 4 malades étaient traités par imipénème et 1 malade par amikacine. L'évolution était favorable chez tous nos malades.

Conclusion : ce travail ouvre des pistes de réflexion concernant l'incidence des PNA multi-résistantes au sein des services de pédiatrie, des facteurs de risque de résistance aux antibiotiques, ainsi que la prise en charge de ces infections, notamment le choix de l'antibiothérapie probabiliste.

P87- profil épidémiologique et prise en charge de l'infection par le VIH chez l'enfant au CHU mohammed VI.

S. Tshimanga, A. Fouad, N. Rada, G. Draiss, M. Bouskraoui

Introduction : Le suivi des patients infectés par le VIH a subi des modifications avec le temps, l'enfant n'en est épargné dans la mesure de sa dépendance à son environnement.

Objectif : Evaluer l'efficacité de la prise en charge des enfants infectés par le VIH sous TAR au CHU Mohammed VI ainsi que les facteurs qui l'influencent.

Population et méthode : Etude rétrospective descriptive effectuée au CHU Mohammed VI du janvier 2010 au décembre 2017 concernant 50 dossiers des enfants âgés de moins de 15 ans et sous TAR depuis au moins 6 mois.

Résultats : L'âge moyen était de 3ans et 1 mois. 75,5% vivaient en milieu urbain et avaient un bas niveau socio-économique. 18 patients ont présenté des infections opportunistes parmi lesquelles la tuberculose a représenté 44,4%. Le stade clinique III selon l'OMS a prédominé en raison de 40,18%. 48 patients étaient sous TAR et sous prophylaxie CTX. Le protocole thérapeutique le plus prescrit était l'association AZT+3TC+EFV chez 72,9% des patients et 10,4% étaient en deuxième ligne thérapeutique. Le taux des lymphocytes T CD4 était augmenté chez 80,7% des patients et 73,68% ont eu une CV non détectable entre 6 à 12 mois de TAR. Nous avons enregistré 6 décès dont 2 perdus de vu.

Conclusion : la prise en charge des enfants infectés par le VIH répond à un certain nombre des

normes dont l'observance est impérative, les lignes directrices recommandées par l'OMS en 2016 permettent de l'améliorer.

P88- Une ostéite multifocale révélant une leucémie aiguë chez un enfant de sept ans.

H.Zahiri, A.Babakhouya, M.Rkain, N.Benajiba.
Service de pédiatrie, CHU Mohammed VI, Oujda

introduction: Le aiguë lymphoblastique (LAL) est caractérisée par la prolifération monoclonale intra médullaire de cellules hématopoïétiques anormales dont le processus de maturation est bloqué au stade de lymphoblaste . La répression de l'hématopoïèse normale est présente, et les symptômes résultent de l'anémie, la neutropénie, la thrombopénie et de l'infiltration des lymphoblastes dans les tissus. Le diagnostic peut être fortuit lors d'une numération formule sanguine (NFS) ou lors d'une urgence vitale (hémorragie, infection sévère ou détresse respiratoire). L'intensité et l'association des signes cliniques sont variables d'un malade à l'autre. Ils ne sont pas spécifiques des leucémies aiguës, mais plus ou moins évocatrices selon la richesse du tableau clinique. Dans notre série de LAL de service de pédiatrie de CHU Mohammed VI Oujda c'est le premier cas LAL révélé par une ostéite.

Observation : Nous rapportons le cas d'un enfant de sept ans ; sans couverture sanitaire ; ayant consulté pour une tuméfaction en regard du sternum ; avec des arthralgies et une impotence fonctionnelles partielle du membre inférieur gauche ; chez qui le diagnostic d'une ostéite multifocale a été retenue sur les données cliniques et paracliniques ; avec une CRP à 230 ; une anémie à 7g/dl hypochrome normocytaire ; une hyperleucocytose à prédominance PNN et au scanner des images ostéolytique de sternum ; des bulles d'air au niveau de la tête fémorale gauche ; et au niveau de l'arc postérieur de la quatrième vertèbre lombaire ; une biopsie sternale a permis d'isoler un germe « Klebsiella » ; le diagnostic d'hémopathie maligne a été suspecté avec un médullogrammesans particularité . une nécrose osseuse compliquant une drépanocytose a été suspecté avec une électrophorèse d'hémoglobine normale ; les bilans de première intention de déficit immunitaire étaient sans particularité (complément de bilan non fait par manque de moyen de la famille) ; le patient a été mis sous antibiothérapie à large spectre avec une nette amélioration clinico biologique après 2 semaines ; le patient a été déclaré sortant avec un rendez-vous de contrôle ; puis il a été perdu de vu. Quatre mois après sa sortie le patient a consulté avec une impotence fonctionnelle partielle des deux membres inférieures et des deux membres supérieures dans un contexte d'altération de l'état général ; avec au frottis présence de blastes ; et un myélogramme cette fois-ci en faveur de leucémie aiguë lymphoïde.

conclusion : La leucémie aiguë lymphoblastique est une maladie à plusieurs facettes qui diffèrent par le type de blaste concerné, la présentation clinique initiale, l'approche thérapeutique et l'évolution. Son mode de révélation diffère; devant un impasse diagnostique il faut toujours avoir un suivi continu du patient ; même après son amélioration clinique ; et à la réapparition de n'importe quel symptôme refaire tout la démarche diagnostique.

P89- Profil bactériologique des infections à *Klebsiella pneumoniae* en milieu pédiatrique au CHU de Marrakech.

Boumraya S, Moussair Fz, Errachidi M, Eddyb S, Bahri R, Sora N.
Laboratoire de Microbiologie - Hôpital Errazi - CHU Mohamed VI de Marrakech.
Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Cadi AYYAD.

Introduction : Une recrudescence de l'infection à entérobactéries multirésistantes chez l'enfant, notamment à *Klebsiella pneumoniae*, revêt une importance particulière chez cette population à l'échelle mondiale. L'usage excessif et ou inapproprié des antibiotiques dans le traitement de ces infections est à l'origine de l'émergence et de la dissémination des bactéries multirésistantes, imposant de nouveaux défis thérapeutiques.

Objectif : Analyser le profil épidémiologique et la résistance aux antibiotiques des souches de *Klebsiella pneumoniae* isolées chez l'enfant au CHU Mohamed VI de Marrakech-Maroc.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 7 ans (1er Janvier 2010 - 31 Décembre 2017). Elle a concerné l'ensemble des souches non répétitives de *Klebsiella pneumoniae* isolées au laboratoire de bactériologie du CHU Mohamed VI de Marrakech. Les prélèvements proviennent d'enfants hospitalisés à l'hôpital mère-enfant et d'enfants traités en ambulatoire. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été effectuée selon les recommandations du comité de l'antibiogramme de la société française de microbiologie (CA-SFM).

Résultats : 3256 entérobactéries ont été isolées dont 1481 souches non répétitives de *Klebsiella pneumoniae*, soit une fréquence d'isolement globale de 45,5%. Les prélèvements provenaient dans 51% des cas des services de réanimation néonatale, suivie de la réanimation pédiatrique (22,6%). Les sites d'isolement de *Klebsiella pneumoniae* étaient dominés par les examens cyto bactériologiques des urines (46%) et l'hémoculture (34 %), suivi du pus (12.8%). L'antibiorésistance des souches de *Klebsiella pneumoniae* isolées a montré des taux de résistance à l'association amoxicilline-acide clavulanique (69,3%), à la ceftriaxone (59,12%), à la ciprofloxacine (45,7%) ,à la gentamicine (44%), au sulfaméthoxazole-triméthopime (49%), à l'imipénème (3.5%) et à l'ertapénème (4,5%).

Conclusion : La résistance aux antibiotiques des souches de *Klebsiella pneumoniae* limite considérablement les options thérapeutiques et constitue donc un réel problème de santé publique. L'actualisation régulière des statistiques de sensibilité aux antibiotiques des souches de *Klebsiella pneumoniae* permet une meilleure adaptation de l'antibiothérapie probabiliste aux données épidémiologiques locales.

Mots clés : *Klebsiella pneumoniae*, résistance, milieu pédiatrique.

P90- Les salmonelloses en pédiatrie entre 2016 et 2017: Epidémiologie, sérotypage et résistance aux antibiotiques.

Moussair FZ¹, Rachidi M¹, Boumraya S¹, Ameddah R¹, Bahri R¹, Saffour H¹, Belabbes H², Zerouali K², Bouchrif B³, Sora N¹

1 Laboratoire de Bactériologie – Virologie, CHU Mohammed VI - FMPM , Marrakech

2 Laboratoire de Bactériologie – Virologie et d'Hygiène hospitalière, CHU IBN Rochd – Casablanca

3 Institut Pasteur du Maroc – Casablanca

Introduction : Les infections à *Salmonella* représentent de par le monde un réel problème de santé publique. Les infections de l'enfant sont remarquables par la fréquence des bactériémies qui sur certains terrains (déficit immunitaire, drépanocytose, nouveau-né et jeune nourrisson) sont

susceptibles de se compliquer (méningites, ostéo-arthrites). L'enfant doit donc être traité de façon systématique par les mêmes antibiotiques que chez l'adulte, à l'exception des fluoroquinolones. A l'heure actuelle, plus de 2500 sérotypes ont été identifiés. Le sérotypage est l'outil principal de la surveillance de l'épidémiologie des salmonelles, notamment celles caractérisés par des phénotypes de multirésistance thérapeutique.

Objectif : Décrire le profil épidémiologique et le niveau de résistance aux antibiotiques des souches de Salmonella isolées chez l'enfant au CHU de Marrakech sur les deux dernières années.

Matériel et méthodes : Etude descriptive réalisée sur 12 souches de Salmonella isolées à partir de prélèvements pédiatriques reçus au laboratoire de bactériologie-virologie du CHU de Marrakech entre janvier 2016 et décembre 2017. Les souches de Salmonella ont été isolées à partir de divers prélèvements réalisés chez les enfants hospitalisés dans les services de pédiatrie. L'identification de Salmonella a été basée sur les caractères morphologiques, culturels et biochimiques. Le sérotypage a été réalisé selon le schéma de Kauffman et White. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques des souches isolées a été effectuée selon les recommandations du CA-SFM.

Résultats : La prévalence de la salmonellose chez l'enfant était de 66% (18 cas sur la période étudiée tout âge confondu). La salmonelle était majoritairement isolée sur des prélèvements de coprocultures (58% n=7) réalisées suite à des symptomatologies digestives, mais également sur des hémocultures (17% n=2), sur un liquide céphalorachidien (8% n=1), et sur un liquide articulaire (8% n=1). Le sérotype enteritidis était le plus isolé, et 25% des isolats étaient multirésistants (n=3), dont deux souches productrices de bêta-lactamases à spectre étendu. Les carbapénèmes, restaient sensibles chez toutes les souches.

Discussion et conclusion : Cette étude a montré la recrudescence des salmonelloses non typhiques chez l'enfant en raison de l'importance du réservoir animal et de l'industrie agro-alimentaire qui expose aux épidémies. Les grandes épidémies de crèche ou d'hôpital à prédominance estivale ont disparu, remplacées, selon la littérature par une infestation régulière dans laquelle Salmonella typhimurium est toujours au premier plan. Dans cette série, l'enteritidis était dominante. Quant à la résistance aux antibiotiques, elle relève d'un problème mondial, d'où l'intérêt d'une surveillance épidémiologique et bactériologique notamment envers les sérotypes multirésistants exposant la population pédiatrique, à des infections invasives.

P91- Connaissances du personnel vaccinant en matière des fausses contre-indications vaccinales.

S. Benameur, S. Anan, S. Mharzi, M.ait Mouloud, S. Elmarzguioui, A. Baakhouya, M. Rkain, N. Benajiba

Les contre-indications vaccinales sont rares, elles sont souvent liées à une hypersensibilité aux substances actives ou aux excipients. Dans notre pratique certains personnels soignants considèrent à tort un certain nombre de situations comme étant des contre-indications de la vaccination.

Matériel et méthodes : Etude transversale basée sur un questionnaire destiné au personnel vaccinant des centres de santé d'Oujda durant le mois de Février 2018.

Résultats : Nous avons interrogé 45 infirmiers dont l'âge moyen était de 27 ans, tout le personnel vaccinant déclarent que l'antécédent de convulsion, l'asthme, la maladie chronique, la malnutrition, le retard psychomoteur et l'allaitement maternel sont des fausses contre-indications à la vaccination, la fièvre aigue, l'ictère, le faible poids et le traitement par antibiotique représentent une contre indication pour la majorité du personnel. La prématurité représente une contre indication pour 81% du personnel vaccinant. Le déficit immunitaire et les troubles hémorragiques graves représentent

une contre indication pour 54%, La dermatose généralisée est notée comme contre indication pour 43% des personnels.

Conclusion : Les fausses contre-indication vaccinales restent fréquentes, et constituent un obstacle à l'amélioration de la couverture vaccinale, d'où la nécessité d'une formation continue du personnels vaccinant pour améliorer leurs connaissances en matière de vraies et fausses contre-indication vaccinales.

P92- Blastocystis hominis: Etude rétrospective de 11 ans.

Ahroui Y¹, Ait Ouzdi Z¹, Ait Zirri¹, Ziani M², El Mezouari E. M¹, Moutaj R¹

1 Service de Parasitologie Mycologie. Hôpital Militaire Avicenne. CHU Mohamed VI. Marrakech.

2 Service de Médecine interne. Hôpital Militaire Avicenne. CHU Mohamed VI. Marrakech.

Introduction : Blastocystis hominis est un parasite cosmopolite énigmatique qui fait l'objet de nombreux travaux et controverses particulièrement en matière de son pouvoir pathogène. L'objectif de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique des parasitoses intestinales à B. hominis chez la population de Marrakech

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective a été menée de janvier 2007 à décembre 2017 au service de parasitologie mycologie de l'Hôpital Militaire Avicenne. Chaque patient a bénéficié d'un examen parasitologique des selles : avec étude à l'état frais, coloration au Lugol et après concentration par la technique de Willis et Ritchie.

Résultats : Sur les 11772 examens parasitologiques des selles (EPS) pratiqués, 4106 étaient positifs soit un indice parasitaire de 34,9 %. B. hominis a été retrouvé 1067 fois, soit dans 11 % des cas avec un index parasitaire spécifique de 30,8%, dont 66% chez des hommes et 34% chez des femmes. Chez une majorité de patients (50,3 %), les B. hominis était entre trouvés en grand nombre. Il est intéressant de remarquer que cet organisme a été soit le seul retrouvé dans 21 %des selles, soit associé à un ou à plusieurs parasites dans 73 % des cas ou à un champignon dans 06 % des cas. Les principaux parasites constatés chez les porteurs de B. hominis ont été Entamoeba coli (50,7 %), Endolimax nanus (11,4 %).

Discussion : Ces résultats ne permettent pas d'affirmer le caractère pathogène de B. hominis, si ce n'est que l'on constate néanmoins la présence de cet organisme en grand nombre en cas de diarrhée. Mais il est certain que la présence de ce parasite doit être signalée au clinicien ainsi que son abondance. Les recherches d'autres causes de diarrhée doivent être soigneusement éliminées avant d'affirmer la responsabilité des B. hominis. Dans ce cas, l'efficacité du métronidazole sera un argument supplémentaire.

Conclusion : Le rôle des B. hominis dans la pathologie digestive est encore discuté. La collaboration clinicien biologiste ainsi que la prophylaxie basée sur le respect de l'hygiène alimentaire, sont fondamentales pour lutter contre ce parasite.

P93- Profil actuel de résistance du Staphylococcus aureus isolé chez les patients hospitalisés au CHU Mohammed VI d'Oujda.

S. Lamrabat^{1,2}, O. Bouayadi^{1,2}, S. Rifai^{1,2}, J. El Malki^{1,2}, M. Bensalah^{1,2}, A. Hami³, A. Maleb^{1,2}

1 Service de Microbiologie, CHU Mohammed VI D'oujda

2 Faculte de Medecine et de Pharmacie Oujda

3 Service Laboratoire, CHP Jerrada

Introduction : Le but de notre travail était de déterminer l'état actuel de résistance aux antibiotiques des souches de Staphylococcus aureus isolés chez les patients hospitalisés au CHU MOHAMMED VI D'OUJDA.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, s'étalant sur une période de 19 mois (allant du juin 2016 au janvier 2018), au sein du laboratoire de Microbiologie, CHU MOHAMMED VI D'OUJDA. Nous avons inclus 147 souches de S. aureus isolées à partir de divers prélèvements, provenant des différents services. L'identification présomptive des souches bactériennes a été réalisée par l'étude des caractères morphologique et cultureux. L'identification biochimiques a été effectuée par l'automate PHOENIX 100 (BD), et l'étude de la sensibilité des souches aux antibiotiques selon les recommandations de l'EUCAST-2017.

Résultats : Au cours de la période d'étude, nous avons colligés 17638 demandes. Dans les cultures positives à S. aureus, 45% des souches ont été isolées d'hémocultures, alors que 19% l'ont été à partir du pus profond, 18% des urines, 8% du LCR et du pus superficiel. 15% (n=22) des souches étaient SARM, et leur pourcentage par rapport à la totalité des BMR découverte pendant la même période était de 10%. Le taux de résistance le plus élevé a été enregistré chez les patients des services de Néphrologie et d'Anesthésie-Réanimation. 32% des SARM sont de profil KTG, alors que 50% sont résistantes à la tétracycline, et 23% à l'érythromycine. La résistance au triméthoprime-sulfaméthoxazole n'a été marqué que chez 13% des souches. Toutes les isolées sont sensibles aux glycopéptides.

Discussion/Conclusion : La répartition des souches isolées dans les échantillons biologiques concorde avec son pouvoir pathogène. En effet, S. aureus est l'un des principaux agents pathogènes impliqués dans les bactériémies et des infections de site opératoire. Le taux de SARM dans notre étude est légèrement supérieur à celui dans une étude marocaine (12,7%) et largement inférieur à celui dans une étude française (35%). C'est le fruit de conscience du personnel du rôle de l'hygiène des mains dans la diffusion des SARM. Cette vigilance devrait pérennisée pour réduire encore plus la prévalence des infections à SARM.

P94- Profil épidémiologique des infections nosocomiales néonatales à l'unité de néonatalogie et réanimation néonatale au CHU d'Oujda.

S. Benameur, A. Es-seddiki, M. Irzi, S. Messaoudi, R. Amrani

Introduction : Longtemps considérées comme le tribut à payer de l'hospitalisation, les infections nosocomiales constituent un problème majeur de santé publique entraînant une forte morbidité et mortalité avec un coût humain et financier considérable particulièrement en néonatalogie en raison de la diminution des défenses du nouveau né et de la multiplication des procédures invasives.

Matériel et méthodes : L'objectif de cette étude est de déterminer l'incidence et le profil épidémiologique des infections nosocomiales et d'identifier les principaux facteurs associés à la survenue de ces infections. Ce travail rétrospectif est réalisé par l'analyse des dossiers de 178

patients ayant été hospitalisés 48H ou plus dans le service de néonatalogie et de réanimation néonatale du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI Oujda. L'étude a été menée depuis l'ouverture de l'unité jusqu'au mois de Mai 2017 .

Résultats : Nous avons identifié 27 cas d'infection nosocomiale (15%). L'âge moyen des patients était de 06 jours, le sexe ratio M/F est de 1,7. 40,7% étaient des hypotrophes. La prématurité était notée chez 40,7% de nos patients. La prématurité et l'infection néonatale étaient le motif d'hospitalisation prédominant. Un Cathéter ombilical a été mis en place dans 29% des cas. La ventilation mécanique était adoptée chez 9 n-nés devant les signes de détresse respiratoire. L'antibiothérapie préalable a été préconisée chez 88.8 % de nos patients devant les signes de présomption d'une infection néonatale et a fait appel à une trithérapie avec une durée moyenne de 4,5 jours. Le délai moyen d'acquisition de l'infection nosocomiale était de 8.7 jours. Les bactériémies, les méningites constituaient la localisation prédominante de l'infection nosocomiale chez nos nouveau-nés infectés. L'infection urinaire à germes multi résistants a été retenu chez 29 % des cas. Les autres sites de l'infection étaient pulmonaire dans un cas et cutané dans 3 cas. Les germes les plus isolés étaient les bacilles gram négatifs (90,4%), en particulier les entérobactéries et étaient dominés par *Klebsiella Pneumoniae* (52,3%). Le traitement probabiliste de l'infection nosocomiale était à base de l'association d'Imipenème et Amikacine. L'évolution était marquée par la survenue de décès chez 22% des nouveau-nés infectés. La durée moyenne hospitalisation chez les survivants était de 19,8 jours.

Conclusion : Un des avantages de cette étude est la prise de conscience de l'ampleur du problème par le personnel médical et paramédical et de l'importance de certains gestes, surtout l'observance du lavage des mains, facilitée par la disponibilité de la solution hydro-alcoolique, et l'adoption de règles strictes sur les accès au service.

P95- Herpès néonatal : à propos d'un cas clinique.

O. Qach, A. Mdaghri Alaoui, Z. Imane, S. Amhajer, A. Gaouzi, H. Rhouda, S. Moussaoui, Y. Kriouile.
Service de Neurologie-Neurométabolisme, Endocrino-Diabétologie, Hôpital d'enfant, CHU IbnSina, Rabat

L'herpès néonatal est une maladie rare due à une infection au virus d'herpès simplex (HVS) essentiellement HSV 1. Il existe 3 formes cliniques d'herpès néonatal : la forme cutanée muqueuse (qui peut être associée à une atteinte oculaire), la forme avec atteinte du système nerveux central, et la forme disséminée. La mortalité et la morbidité neurologique dépendent de la forme clinique et du sérotype HSV. Dans la majorité des cas d'herpès néonatal, l'interrogatoire ne retrouve aucun antécédent maternel d'herpès. La fièvre et les lésions vésiculeuses peuvent être absentes au moment du diagnostic. En cas de suspicion d'herpès néonatal, des prélèvements (sang et liquide céphalorachidien) avec recherche d'ADN viral par PCR doivent être réalisés pour confirmer le diagnostic. Nous rapportons le cas d'un nouveau né de sexe masculin issu d'une grossesse suivie menée à 32 SA, d'une mère âgée de 23 ans primipare, sans ATCD particulier, sans consanguinité. Une anamnèse infectieuse positive sur prématurité inexpliquées, maturé à cure complète, accouchement par voie basse à la maternité Souissi Rabat, avec un poids de naissance de 1KG630. Nouveau né hospitalisé pendant 8 jours pour une détresse respiratoire à 3/10 d'installation immédiate mis sous antibiothérapie à visée infection materno fœtal pendant 7 jours avec une bonne évolution une amélioration sur le plan respiratoire une bonne prise de poids. Le patient est sorti à j22 de vie, puis revu en consultation à j 29 où une perte de poids a été notée, la maman présentait des lésions vésiculeuses buccales. L'examen clinique trouve les mêmes lésions labial et péri-buccale vésiculeuse chez le nouveau né. Sans autres localisations avec un examen clinique

strictement normal. Une PCR HSV dans le sang et le LCR n'a pas pu être réalisée. Le nouveau né a été mis sous aciclovir pendant 14 jours et soins locaux. La maman traitée par zovirax avec bonne évolution. Tout nouveau-né symptomatique suspect d'herpès néonatal doit être prélevé et traité par aciclovir intraveineux sans attendre les résultats des prélèvements. En cas de lésions génitales maternelles à l'accouchement, la prise en charge d'un nouveau-né asymptomatique dépend de l'évaluation du risque de transmission.

P96- Toxoplasmose congénitale révélée par une convulsion.

G. Ismaili, M. Kmari, A. Ourrai, A. Hassani, R. Abilkassem, A. Agadr

Service de pédiatrie, Hôpital Militaire Mohammed V. Rabat

Faculté de médecine et de pharmacie Rabat

Introduction : La toxoplasmose congénitale est une foetopathie potentiellement sévère, nous rapportons un cas d'un nourrisson atteint de cette infection n'ayant malheureusement pas bénéficié d'une prise en charge thérapeutique ni en anténatale ni en postnatale, révélé une convulsion dans un contexte fébrile.

Observation : C'est à l'occasion d'une convulsion dans un contexte fébrile, que nous avons reçu, . Aymane âgé d'un an et un mois et on découvre, une toxoplasmose congénitale, n'ayant pas reçu un traitement postnatal. Le dosage sérique des Ac maternels antitoxoplasme lors du premier mois de grossesse était négatif, contrôlé deux mois après à 65 UI/ml (taux d'IgM à 26,22). La mère n'avait reçu qu'un traitement préventif par la spiramycine malgré la découverte échographique, au terme de 33 SA, d'un oligoamnios et d'une dilatation des ventricules latéraux chez le fœtus. L'enfant est né par voie basse. La sérologie toxoplasmose prélevée chez l'enfant était positive en IgM = 6,2 UI/ml attestant d'une toxoplasmose congénitale. Par ailleurs, son état clinique était pratiquement normal en dehors d'une microphthalmie gauche. Notre patient n'avait, par la suite, plus de perturbation des performances cognitives ou motrices. Ce n'est qu'à l'âge de 1 an, que Aymane a commencé à présenter en 1 mois, quatre convulsions dans un contexte fébrile.

L'examen clinique de cet enfant retrouvait une microphthalmie gauche et une macrocranie à plus de 2DS. L'examen sérologique de la toxoplasmose était positif en IgM et IgG, l'étude chimique du LCR a montré une hyperprotéinorachie à 0,74 g/l et une TDM cérébrale ont permis d'objectiver des calcifications intracrâniennes, ainsi qu'une discrète dilatation de la corne occipitale gauche.

L'examen ophtalmologique était en faveur d'une atteinte gauche : une microcornée, un strabisme et une atrophie chorioretinienne au fond d'œil. Le diagnostic de la toxoplasmose congénitale forme séquellaire a été donc posé chez notre patient et un traitement par sulfadiazine (Adiazine), pyriméthamine (Malocide) et acide folinique (Lederfoline) a été débuté.

Conclusion : Notre cas illustre l'intérêt de la prévention primaire ainsi que la prévention secondaire qui a pour but de dépister les femmes enceintes ayant une séroconversion afin de les traiter précocement pour diminuer les risques de transmission maternofoetale et, en cas de transmission, de limiter les conséquences cliniques de l'atteinte foetale.

P97- La myosite aigue bénigne virale.

S. M'harzi, M. Ait mouloud, S. Benamer, A. Fadoua, N. Benajiba, A. Babakhoya
Service de pédiatrie CHU Mohammed VI Oujda

Introduction : La myosite aigue post-grippale ou la myosite bénigne aigue infantile (MBAI) est un problème courant qui se règle spontanément et une cause fréquente souvent inaperçue de douleurs dans le bas des jambes chez les enfants. Nous rapportons deux observations Recueillies aux urgences pédiatriques du CHU Med VI d'Oujda.

Observation 1 : Enfant de 7 ans , admis pour une fièvre plus myalgie dont l'histoire remonte à une semaine avant son admission par l'installation d'une fièvre chiffré à 39C associée à une toux , l'évolution à été marquée par la persistance de la fièvre avec apparition de myalgie localisé au niveau des deux mollets avec difficulté à la marche , à l'admission au urgences l'enfant était fébrile à 38,7C L'examen neurologique : douleur intense localisé au niveau des deux mollets de façon bilatérales , Station debout possible , la marche était gêne par la douleur ,la motricité globale normale ,tonus normale , ROT conservées, l'examen ostéo-articulaire normal. NFS normal, CRP à 18mg/l, VS normal , CPK > 2200UI/l. Sous traitement antalgique antipyrétique par voie IV, on a remarqué l'amélioration de la symptomatologie avec disparition total de la douleur des deux mollets avec récupération total de la marche et la CPK de contrôle était à 323UI/L.

Observation 2 : Enfant âgé de 3ans ayant comme antécédents un syndrome grippale une semaine avant son admission aux urgences pédiatriques pour des myalgies des deux membres inférieurs, l'examen neurologique ne trouve pas de déficit moteur ni sensitif, le reste de l'examen trouve une sensibilité musculaire au niveau des deux mollets. Un bilan biologique a été réalisé, dosage de la CPK et le résultat était à 1943UI/L, l'enfant à été mis sous traitement antalgique avec une bonne amélioration clinique disparition total des douleurs musculaires, un contrôle biologique à été fait et le résultat de la CPK était à 386UI/L.

Conclusion : La myosite bénigne aiguë infantile(MBAI) est un processus sans gravité, spontanément résolutif. Le diagnostic peut être posé cliniquement. S'il y a une faiblesse musculaire ou des constatations neurologiques anormales, des signes d'inflammation, un manque d'amélioration après 3 jours ou des douleurs asymétriques aux extrémités inférieures, la MBAI est improbable et il faudrait rechercher un autre diagnostic.

P98- Pneumopathie excavée secondaire à klebsiella Pneumiae : à propos d'un cas.

M. ELbejnoui, A. Ourrai, A. Radi, B.Hasbaoui, M. Selouti, M. Kmari, A. Hassani, R. Abilkassem, A. Agadr
Service de Pédiatrie, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : Les pneumopathies communautaires à Klebsiella pneumoniae (Kp) sont rares, le pronostic est péjoratif, avec une mortalité qui demeure élevée. Cette gravité est due d'une part à la virulence de Kp et à d'autre part au terrain fragilisé, immunodéprimé. Un sepsis et des abcès parenchymateux sont fréquemment identifiés et constituent d'autres facteurs classiques de gravité, qui participent aussi au pronostic de l'infection.

Observation : Nous rapportons l'observation d'une patiente de 3 ans, antécédent de bronchopneumopathie à répétition traitée en ambulatoire, sans notion de contagé tuberculeux ni contact avec les chiens. Prise en charge en urgence, pour une détresse respiratoire avec fièvre chez qui la radiographie pulmonaire a objectivé une image excavée lobaire inférieure droite, complétée

par un scanner thoracique qui a confirmé l'image excavée à paroi peu épaisse et régulière de 43mm évoquant pneumatocele post infectieuse. Le bilan physiologique est revenu négatif ainsi que les sérologies hydatique et aspergillaire. Après quelques jours d'hospitalisation et une antibiothérapie initiale probabiliste, puis ciblée sur Kp qui a été identifié sur l'examen cyto bactériologique des crachats, l'évolution est finalement favorable.

Discussion : les infections respiratoires à Kp sont majoritairement nosocomiales, les formes communautaires étant rares et survenant sur terrains fragilisés. À côté de ces caractéristiques bactériologiques, de nombreuses situations cliniques ont été identifiées comme facteurs de gravité. Le pronostic sous traitement reste souvent péjoratif. L'antibiothérapie probabiliste s'appuie sur des critères cliniques, radiologiques, sur la présence de résistances locorégionales connues aux antibiotiques. Elle fait appel aux céphalosporines de 3^e génération, aux aminosides ou aux quinolones.

Conclusion : Ce cas clinique illustre la sévérité particulière des infections à Kp. Elle permet aussi d'insister sur la nécessité d'évoquer cette hypothèse diagnostique en présence d'une pneumopathie excavée et de réactualiser les principes de l'antibiothérapie.

P99- Hépatite fulminante à cytomégalovirus : à propos d'un cas.

L. Tami, M. Kmari, A. Ourrai, A. Hassani, R. Abilkassem, O. Agadr
Service de pédiatrie, Hôpital Militaire Mohamed V. Rabat

Introduction : L'infection congénitale à Cytomégalovirus (CMV) s'accompagne fréquemment d'une atteinte hépatique. L'hépatite aiguë fulminante en est une complication exceptionnelle. Nous rapportons l'observation chez un nourrisson de 2 mois, d'une infection à cytomégalovirus compliquée d'une hépatite fulminante fatale.

Observation : Nourrisson de 2 mois, de sexe féminin, issu d'une grossesse suivie menée à terme, de parents non consanguins. Admis dans un tableau d'insuffisance hépatocellulaire, associant un ictère cholestatique évoluant depuis 20 jours, un abdomen distendu avec hépatosplénomégalie et une circulation veineuse collatérale, une hypotonie généralisée et une altération de l'état général. Une anémie hémolytique avec thrombopénie, une cholestase et une cytolyse avec des transaminases à 3 fois la normale, une hypo albuminémie et un TP à 22 %. Les sérologies virales ont objectivé des IgM et IgG anti-CMV positifs avec une charge virale positive. Le nourrisson est décédé dans un tableau de défaillance hépatique majeure à l'âge de 2 mois et 20 jours.

Devant les signes cliniques et biologiques de l'insuffisance hépatocellulaire, la positivité de la sérologie CMV et l'évolution fatale de notre patiente, le diagnostic d'une hépatite fulminante à CMV a été retenu.

Conclusion : Ce cas est un exemple de survenue d'une hépatite fulminante due à l'infection par le CMV. Cela suggère que cette étiologie devrait figurer dans la liste des explorations dans le cadre du diagnostic étiologique d'une hépatite notamment dans la période néonatale.

P100- La fièvre isolée chez le nourrisson.

Y. Sbia, H. Zahiri, M. Ech-chebab, A. Babakhouya, M. Rkain, N. Benajiba
Service de Pédiatrie, CHU Mohammed VI, OUJDA

La fièvre est le motif le plus fréquent de consultation et d'hospitalisation en pédiatrie chez l'enfant et particulièrement le nourrisson. On a réalisé une étude afin de faire sortir: une approche épidémiologique et de déterminer les différents aspects cliniques et les cadres étiologiques de la fièvre isolée chez le nourrisson.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective ayant concerné 23 nourrissons hospitalisés dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire d'Oujda ; pour fièvre isolée, du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016 (période de 1 an).

Résultats : Nous avons inclus 23 cas. Le sexe ratio est de 1G/1.3 F. la répartition en fonction de l'âge selon le mode suivant : 39 % (9 cas) étaient âgés de moins de trois mois, 43 % âgés de 3 à 12 mois (10 cas), et 17 % âgés plus de 12 mois (4 cas). Le motif d'hospitalisation était une fièvre aiguë pour 18 cas (78.2%), et une convulsion pour 5 cas (21.7%). Les antécédents de nos malades sont caractérisés par une vaccination bien suivie chez 22 cas soit 96%, et un recours préhospitalier aux antipyrétiques chez 43,4% et à l'association antibiotiques antipyrétique chez 4.3%, parmi nos malades 3 cas soit 13% la fièvre n'était pas chiffrée à domicile, ce qui reflète le niveau de connaissance et pratique des parents concernant les moyens et méthodes de mesure de la température. Dans notre série 61% des cas avaient une bonne tolérance de la fièvre soit 14 cas ,notre examen clinique était tout à fait normal chez l'ensemble des cas à part les signes de la mauvaise tolérance de la fièvre chez 39%.

Dans notre série les causes infectieuses représentaient 100% des étiologies de la fièvre isolée du nourrisson, avec prédominance des pyélonéphrites aiguës qui représentaient 69.5% soit 16 cas, dont le germe responsable était l'E.Coli dans 7 cas, le Klebsiella Pneumoniae dans un cas , les cas qui restent la culture non récupérée, Les infections systémiques en deuxième rang avec 3 cas soit 13%, puis les méningites avec 2 cas soit 8.6%. Un seul cas de pneumonie soit 4.3%. Alors que les causes virales étaient notées dans un seul cas soit 4.3%, sans précision sur la nature du virus en cause.

Conclusion: La fièvre isolée pose un problème pour Le diagnostic étiologique, mais L'analyse clinique minutieuse de la situation par l'interrogatoire et l'examen complet répété quand il faut doit aboutir à une proposition de prise en charge adaptée aux risques potentiels.