



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 47 (2007) 469–481

REVUE FRANÇAISE
D'ALLERGOLOGIE
ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE

<http://france.elsevier.com/direct/REVCLI/>

Affiches

Résumés

P1

Pneumopathie interstitielle familiale associée à la mutation I73T : suivi de six cas à moyen et long terme

R. Abou Taam^a, M. Le Bourgeois^a, C. Karila^a, S. Emond^b,
F. Jaubert^c, D. Feldmann^d, P. Scheinmann^a, J. de Blic^a

^a Centre de référence des maladies respiratoires rares, pneumologie et allergologie pédiatriques, hôpital Necker-Enfants-Malades, 75015 Paris, France

^b Radiologie pédiatrique, hôpital Necker-Enfants-Malades, 75015 Paris, France

^c Laboratoire d'anatomie pathologique, hôpital Necker-Enfants-Malades, 75015 Paris, France

^d Laboratoire de biochimie, hôpital Armand-Trousseau 75012 Paris, France

Parmi les pneumopathies interstitielles chroniques de l'enfant, des anomalies du surfactant ont été récemment identifiées et concernent essentiellement la protéine C du surfactant (SP-C). La mutation la plus fréquente du gène *SFTPC*, qui code pour la protéine C du surfactant, est la mutation I73T. Nous rapportons six cas au sein d'une même famille (cinq enfants et un adulte) de pneumopathie interstitielle chronique avec mutation I73T ayant débuté dans la première année de vie avec un recul de six mois à 15 ans pour les cinq cas pédiatriques. Les enfants sont deux frères, deux sœurs et une petite nièce. L'adulte, âgé de 43 ans, est le père des quatre premiers enfants. Il a été diagnostiqué à l'âge de 30 ans, lorsqu'il a consulté avec son premier enfant malade. Son scanner thoracique montrait une fibrose pulmonaire avec des images en rayons de miel. Le contrôle, 13 ans plus tard, ne montrait aucun changement. Ses EFR montrent un syndrome restrictif modéré. Pour les cinq enfants, les symptômes ont débuté dans la première année de vie avec une détresse respiratoire et une hypoxie. Initialement le scanner thoracique retrouvait des images en verre dépoli dont l'intensité était proportionnelle à la détresse respiratoire et aux besoins en oxygène. Secondairement, l'amélioration clinique s'est accompagnée d'une diminution du verre dépoli et de l'apparition de bulles intraparenchymateuses et sous-pleurales. Une biopsie pulmonaire a été réalisée chez deux enfants. L'une

réalisée à l'âge de six mois montrait une pathologie alvéolo-interstitielle avec débris intra-alvéolaires de macrophages et de pneumocytes, sans signe de fibrose. L'autre biopsie a été réalisée chez l'enfant ayant la forme la plus sévère, avec HTAP suprasystémique et dont le scanner thoracique montrait des bulles diffuses intraparenchymateuses et sous-pleurales. Sa biopsie pulmonaire, réalisée à l'âge de 33 mois, montrait des bulles sous-pleurales, une bronchiolite constrictive, l'interstitium était le siège d'une fibrose et contenait quelques cellules inflammatoires. Tous les enfants ont tous été traités par des bolus mensuels de méthylprednisolone à haute dose pour une durée de quatre à 15 mois. Une corticothérapie *per os* interbolus a été nécessaire pour quatre des cinq enfants, pendant six à 28 mois. Deux enfants ont été traités en plus par hydroxychloroquine, une par mycophénolate mofetil. L'HTAP de l'enfant ayant la forme la plus sévère a été traitée par nifedipine et sildenafil avec une efficacité en trois mois. La durée moyenne de l'oxygénothérapie a été de dix mois (trois à 15 mois). Par ailleurs quatre/cinq enfants ont nécessité une alimentation entérale (deux gastrostomies et deux par sonde). Cette famille illustre la variabilité phénotypique des pneumopathies interstitielles liées à la mutation I73T et suggère un bon pronostic à moyen et long terme associé aux traitements anti-inflammatoires, principalement les bolus de corticoïdes. Le parallélisme clinoradiologique suggère l'évolution des phénomènes inflammatoires vers un processus fibreux cicatriciel.

P2

La fibroscopie bronchique doit-elle être systématique dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant ?

K. Arlaud^a, G. Gorincou^b, J. Bouvenot^c, H. Dutau^d,
J.-C. Dubus^a

^a Unité de médecine infantile, CHU Timone-Enfants, 13005 Marseille, France

^b Service de radiologie pédiatrique, CHU Timone-Enfants, 13005 Marseille, France

^c Département de santé publique, CHU Timone, 13005 Marseille, France

^d Unité d'endoscopie thoracique, CHU Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

Objectifs. – Une fibroscopie bronchique est recommandée dans la prise en charge initiale de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. Notre objectif était de décrire et de corrélérer les atteintes endoscopiques aux données cliniques et radiologiques initiales (radio standard, $n = 53$ et tomodensitométrie thoracique, $n = 45$).

Matériels et méthodes. – Cinquante-trois enfants ($6,5 \pm 4,4$ ans ; 58,8 % de garçons) atteints de tuberculose maladie ont été inclus dans une étude rétrospective de 1995 à 2006.

Résultats. – La fibroscopie bronchique était normale dans 51 % des cas. Une atteinte trachéobronchique sévère (compression extrinsèque > 50 % ou masse endoluminale obstruant > 25 % de la lumière) était retrouvé chez dix patients. La fibroscopie bronchique a guidé un traitement dans 13 cas (corticoïdes $n = 12$; extraction de granulome au bronchoscope rigide $n = 1$) et a permis d'identifier *Mycobacterium tuberculosis* chez trois patients (5,7 %). Aucune association n'a pu être établie entre les données de l'endoscopie et celles de la clinique ou de la radio standard. À l'inverse, une forte association a été retrouvée entre une atteinte endoscopique sévère et un rétrécissement de la lumière trachéobronchique retrouvée sur la tomodensitométrie ($p < 0,001$). La valeur prédictive négative de la tomodensitométrie était de 100 % (IC 95 % = 91–100 %). En se basant sur le résultat de la tomodensitométrie, la fibroscopie bronchique aurait pu être évitée dans environ 60 % des cas.

Conclusions. – La fibroscopie bronchique demeure utile dans l'arsenal diagnostique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, mais elle n'a modifié le traitement ou permis d'obtenir une preuve bactériologique que chez une minorité de nos patients. Nous proposons donc de n'indiquer une fibroscopie bronchique chez les enfants atteints de tuberculose pulmonaire maladie que lorsque la tomodensitométrie thoracique initiale met en évidence un rétrécissement de la lumière trachéobronchique.

P3

Enquête autour d'un cas de coqueluche chez un soignant dans un secteur de pédiatrie

A.-L. Bastier^a, C. Rames^a, J.-C. Pautard^a, B. Romeo^a, C.C. Adjidé²

^a Service de pneumoallergologie pédiatrique, CHU, 80054 Amiens, France

^b Unité d'hygiène et épidémiologie hospitalière, CHU, 80054 Amiens, France

La coqueluche est une maladie contagieuse. Elle peut être grave chez le nourrisson.

Objectif. – Investigation autour d'un cas de coqueluche chez un soignant travaillant dans un service de pédiatrie afin d'éviter une épidémie et de prévenir les formes graves.

Matériel et méthode. – Au cours d'une réunion de gestion de crise, impliquant l'unité d'hygiène de l'établissement, nous avons, après avoir étudié le cas de coqueluche, arrêté la liste des patients potentiellement à risque de contamination. Pour mieux prendre en compte le risque individuel de coqueluche, nous

avons réalisé un algorithme décisionnel, fonction du statut vaccinal, des symptômes et du délai depuis la sortie d'hospitalisation. Un plan de contact et de consultation avec la famille de chaque enfant à risque a été arrêté.

Le personnel soignant a été pris en charge par la médecine préventive.

Résultats. – Nous avons contacté 80 patients hospitalisés entre le 20 juillet et le 18 août 2005. En 48 heures, 94 % des patients avaient pu être informés, en 72 heures, les 21 enfants à risque avaient eu leur consultation avec mise en route d'une antibioprophyllaxie. Des prélèvements ont été au besoin réalisés. Aucun enfant n'a présenté de coqueluche.

Pour le personnel du service, aucun membre n'a bénéficié d'un traitement prophylactique et aucun n'a déclaré de coqueluche.

On remarque que 43 % des adolescents et jeunes adultes sont mal vaccinés.

Conclusion. – Notre expérience montre qu'il faut insister auprès du personnel hospitalier sur l'intérêt des vaccinations et sur le port du masque lors de symptômes respiratoires. Le rôle de la médecine préventive demeure primordial pour l'information et le suivi du personnel.

Ce travail soulève également le problème de la mauvaise vaccination des adolescents et des adultes jeunes et du risque que cela entraîne pour les nouveau-nés.

P4

Hernie diaphragmatique droite à révélation tardive suite à un pyopneumothorax néonatal à streptocoque B (à propos d'une observation)

K. Lajmi, S. Chouchene, Ch. Ben Meriem, S. Hadded, S. Hammami, L. Ghedira, K. Monastiri, M.N. Guediche

Service de pédiatrie ; CHU de Monastir, Monastir 5000, Tunisie

Introduction. – Les hernies diaphragmatiques congénitales (HDC) se révélant au décours d'une infection materno-fœtale à streptocoque B sont très rares. Une trentaine de cas ont été rapportés dans la littérature.

Observation. – L'observation que nous rapportons est celle d'un enfant eutrophique, né à terme, qui a présenté à H24 de vie une septicémie à streptocoque B associée à une pneumopathie ayant justifié un support ventilatoire pendant 12 jours. L'alvéolite infectieuse s'est compliquée à j7 de vie d'un pyopneumothorax droit ayant nécessité une exsufflation, puis un drainage pleural pendant quatre jours. Une tomodensitométrie thoracique (TDM) pratiquée à j10 de vie devant la persistance d'une insuffisance respiratoire chronique a objectivé une condensation parenchymateuse du poumon droit faisant suspecter initialement un trouble de la ventilation. Le diagnostic d'une HDC droite ne sera confirmé qu'à 47 jours de vie par une échographie diaphragmatique et une TDM thoracique. L'enfant a été opéré à l'âge de deux mois avec des suites simples (recul de dix mois).

Conclusion. – La persistance d'une détresse respiratoire après une septicémie néonatale à streptocoque B, associée à une

opacité radiologique pulmonaire basale droite, doit faire évoquer le diagnostic d'une HDC droite à révélation retardée.

Le pronostic est le plus souvent favorable après un traitement chirurgical en l'absence de séquelles respiratoires.

P5

Profil des enfants asthmatiques suivis dans le service de pédiatrie du CHU de Sidi Bel Abbès Algérie

K. Benallal, A. Bouzara, N. Bouras

CHU de Sidi Bel Abbès, Algérie

Introduction. – Asthme bronchique est une maladie chronique de prise en charge assez difficile et de répercussion importante sur la vie de l'enfant.

Objectifs. – De notre travail était de décrire le profil des enfants asthmatiques et d'évaluer la qualité de la prise en charge, ainsi que l'évolutivité de cette maladie et l'impacte qu'elle peut avoir sur l'enfant malade.

Patients et méthode. – Il s'agit d'une analyse prospective chez 52 malades parmi les 80 malades suivis en consultation d'asthme au service de pédiatrie de Sidi Bel Abbès sur une durée de 18 mois chez qui on a recherché l'atopie familiale, et personnel (prick-test), évaluer l'importance du syndrome obstructif, rechercher les facteurs déclenchant, évaluer la sévérité des crises, on a classé nos malades, indiquer un traitement de fond pour certains et surveiller l'apparition de complication.

Résultats. – Sur les 52 malades d'âge entre cinq et 15 ans, une sex-ratio de 1,4, l'atopie familiale a été retrouvée dans 32,6 % et l'atopie personnelle dans 10 % des cas seulement, le tabagisme passif a été retrouvé chez 25 % de nos malades, 89 % n'avaient aucune pathologie associée, l'âge du début des crises est dans 21 % avant deux ans, dans 43 % entre deux et cinq ans et dans 36 % après cinq ans. Les crises sont déclenchées par l'effort dans 98 % des cas et par l'infection des voies aériennes supérieures par les salicylés dans 6 % des cas. L'EFR et le prick-test n'ont été réalisés que chez 52 % des malades.

Trente-trois pourcent présentent un asthme intermittent, 20 % un asthme persistant léger, 43 % un asthme persistant modéré et 4 % un asthme persistant sévère. Le traitement de fond difficilement suivi et la kinésithérapie non faite chez aucun malade. L'évolution a été marquée par l'apparition de déformation thoracique chez trois malades, décès d'un malade suite à une crise aiguë grave.

Conclusion. – L'asthme bronchique reste une maladie chronique sous-diagnostiquée et de prise en charge difficile et multidisciplinaire, devrait faire participer les parents, l'hygiène scolaire, le pédiatre, le psychologue et le kinésithérapeute.

Adresse e-mail : benallal_98@yahoo.fr

Communication. – Affichée

P6

Effets cliniques à court terme de l'acquisition du clone français de staphylocoque doré (mécilline et tobramycine résistant) chez l'enfant atteint de mucoviscidose

E. Bosdure^a, N. Stremler-Lebel^a, J.-M. Rolain^b, A. Loundou^c, J. Sarles^a, J.-C. Dubus^a

^a *CRCM pédiatrique, CHU Timone-Enfants, Marseille, France*

^b *Laboratoire de microbiologie, CHU Timone, Marseille, France*

^c *Unité d'aide méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique-AP-HM, Marseille, France*

L'infection à *Staphylococcus aureus* (SA) méricilline résistant (SARM) devient de plus en plus fréquente chez les patients atteints de mucoviscidose (3 % en 1986 contre 14,5 % actuellement en France). Les facteurs de risque d'acquisition de ces SARM sont cependant peu étudiés et l'impact évolutif sur la maladie reste controversé. Depuis quelques années, un nouveau SARM gentamycine sensible et tobramycine résistant, appelé clone français, a été observé dans notre population pédiatrique atteinte de mucoviscidose.

Le but de cette étude est de définir les facteurs de risque d'acquisition de ce clone et d'étudier son impact évolutif en comparant les données cliniques dans l'année précédant et suivant son acquisition chez nos patients.

Nous avons isolé les patients qui entre 2003 et 2006 avaient des prélèvements bactériologiques des crachats positifs pour ce clone et relevé pour chacun d'eux l'âge au moment de l'acquisition du clone, l'âge au diagnostic de mucoviscidose et le mode de révélation, les données anthropométriques, fonctionnelles respiratoires, microbiologiques (infections bactériennes et mycotiques) et « thérapeutiques » (nombre de consultations, nombre et type de cures antibiotiques...). Les données recueillies ont été comparées entre avant-après par test de Wilcoxon et/ou McNemar.

Soixante-dix-huit enfants ont été porteurs d'un SA pendant cette période (soit 72 % des patients suivis dans le centre). Vingt et un patients ont eu un SARM (27 % des SA) et parmi eux, 13 ont eu le clone qui représente donc 62 % de tous les SARM. Un quart des enfants (3/13) atteints par le clone étaient des nourrissons. Dans 77 % des cas, ce clone survenait en co-infection (bactérienne ou aspergillaire). Malgré un traitement dans 70 % des cas, ce clone a été source d'une colonisation chronique pour 83 % de nos patients. Les facteurs de risque d'acquisition étaient une révélation précoce de la maladie par une symptomatologie digestive, la présence de mutations génétiques sévères et d'une colonisation chronique à *Pseudomonas aeruginosa*. Aucune modification clinique significative n'a été retrouvée, mais une plus grande fréquence de co-infections bactériennes et/ou mycotiques est notée l'année suivant l'acquisition du clone français.

Il s'agit de la première étude s'intéressant à l'impact clinique de ce SARM chez les patients atteints de mucoviscidose. Des études prospectives sur un plus grand nombre de patients sont souhaitées pour confirmer nos premiers résultats,

d'autant plus qu'il semble devenir le SARM majoritaire des patients présentant une forme sévère de la maladie.

P7

Le nourrisson siffleur : aspects épidémiologiques et étiologiques (étude de 65 observations)

J. Bouguila, K. Abidi, L. Boughamoura, A. Mlika, M. Yacoub, A.S. Essoussi

Service de pédiatrie, CHU Farhat-Hached, Sousse, Tunisie

La définition de l'asthme du nourrisson est large et regroupe une population hétérogène. On doit considérer comme « asthmatique » tout nourrisson ayant eu trois épisodes sifflants quels que soient l'âge de début, son statut atopique et la cause apparemment déclenchante.

Les problèmes posés par cette définition large sont de trois ordres :

- diagnostiques : la symptomatologie est-elle en rapport avec une autre étiologie ?
- pronostiques : les manifestations vont-elles persister au-delà de l'âge de trois ans ?
- thérapeutiques : le surtraitement d'un groupe qui ne présente que des symptômes transitoires ou le sous-traitement des vrais asthmatiques afin de maintenir une fonction respiratoire correcte.

Objectif. – Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des nourrissons sifflleurs hospitalisés dans un service de pédiatrie générale à Sousse (Tunisie).

Matériel et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective, intéressant 65 nourrissons colligés dans le service de pédiatrie du CHU Farhat-Hached de Sousse durant la période s'étalant de janvier 2000 à décembre 2006.

Les critères d'inclusion. – Les nourrissons âgés de moins de deux ans ayant présenté trois épisodes ou plus de dyspnée sifflante.

Le recueil des données. – Selon une fiche d'étude préétablie, les données de l'anamnèse, la symptomatologie cliniques, les résultats des examens complémentaires et les étiologies ont été colligés rétrospectivement pour chaque patient.

Résultats. – Nos patients se répartissent en 47 garçons et 18 filles avec un âge moyen de 17 mois. Le niveau socioéconomique a été défavorisé dans 30 % des cas (20 malades) avec la notion de tabagisme passif chez 24 nourrissons. L'origine urbaine a été retrouvée dans 73,8 % des cas (48 malades). La recherche d'antécédents néonataux a révélée une affection respiratoire néonatale chez 20 nourrissons et une prématurité dans 21 % des cas (14 malades). La notion d'atopie familiale a été notée chez 23 nourrissons.

L'âge d'apparition de la symptomatologie a été inférieur à un an dans 73,8 % des cas (48 malades). Le délai moyen de diagnostic a été de sept mois. Les manifestations cliniques ont été dominées par un *wheezing*, et des épisodes de dyspnée avec sibilances. Les signes de gravité ont été retrouvés chez 11 nourrissons. La radiographie de thorax a montré une distension thoracique chez tous nos malades. L'association de trouble de ventilation type atelectasie a été révélée chez dix nourrissons et

d'une pneumopathie chez huit malades. Les explorations à visée étiologiques ont été guidées par le tableau clinique et radiologique. Tout nos malades ont bénéficiés des examens suivants : un hémogramme, une électrophorèse des protéines, un dosage des IgE totaux et spécifiques, un test de la sueur. Les autres examens ont été indiqués selon le tableau clinique et évolutif ; une pH-métrie et/ou une scintigraphie oesophagienne, un TOGD, une TDM thoracique, une échographie cardiaque, un bilan immunitaire complet et une endoscopie bronchique. Les étiologies ont été dans notre série ; un reflux gastro-oesophagien dans cinq cas, une bronchodysplasie dans deux cas, une pathologie ORL dans deux cas, un corps étranger intrabronchique dans un cas et une cardiopathie congénitale dans un cas. Le diagnostic d'asthme allergique a été retenu dans 54 cas.

Conclusion. – La population des nourrissons sifflleurs est hétérogène et comprend les infections virales, l'asthme allergique et d'autres étiologies. La prise en charge spécifique d'une étiologie sous-jacente justifie la pratique systématique d'un bilan étiologique exhaustif.

P8

Aspects étiologiques et évolutifs des bronchectasies de l'enfant : étude de 40 observations

J. Bouguila^a, A. Mlika^a, S. Rouatbi^b, L. Boughamoura^a, N. Soyah^a, M. Yacoub^a, A. Harbi^c, A.S. Essoussi^a

^a *Service de pédiatrie, CHU Farhat-Hached, Sousse, Tunisie*

^b *Laboratoire d'exploration fonctionnelle respiratoire, CHU Farhat-Hached, Sousse, Tunisie*

^c *Service de pédiatrie, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie*

La bronchectasie chez l'enfant est considérée comme une maladie orpheline. Son incidence a nettement diminué au cours des dernières années dans les pays développés. Ce phénomène est lié à une meilleure prise en charge des infections respiratoires et à l'efficacité des campagnes de vaccinations. Cependant, la bronchectasie constitue un problème d'actualité dans les pays en voie de développement où les infections respiratoires restent fréquentes et la prise en charge n'est pas toujours précoce.

Objectif. – Étudier les profils épidémiologiques, étiologiques et évolutifs des bronchectasies de l'enfant dans deux services de pédiatrie générale à Sousse (Tunisie).

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective, menée sur une période de 14 ans (janvier 1993-décembre 2006) qui a intéressé les enfants âgés de moins de 15 ans colligés dans les deux services de pédiatrie de Sousse (CHU Farhat-Hached et CHU Sahloul).

Les critères d'inclusion. – Les enfants dont le diagnostic de bronchectasie a été évoqué cliniquement et confirmé par la tomодensitométrie thoracique.

Les critères d'exclusion. – Nous avons exclu de l'étude les observations d'enfants ayant donc :

- une symptomatologie évocatrice de bronchectasie non confirmé par la tomодensitométrie thoracique ($n = 7$) ;

- une bronchectasie confirmée par un scanner thoracique mais n'ayant pas bénéficié d'une enquête étiologique ($n = 3$).

Résultats. – Nous avons colligé 40 observations d'enfants ayant une bronchectasie confirmée durant cette période de 14 ans avec une incidence moyenne de trois maladies par an. Nos patients se répartissent en 21 garçons et 19 filles. L'âge moyen d'apparition de la symptomatologie a été de trois ans et demi et au moment du diagnostic a été de sept ans et demi. Le délai de diagnostic a été tardif avec une moyenne de trois ans dix mois. Le niveau socioéconomique chez nos malades a été défavorisé dans 70 % des cas et la notion de consanguinité a été présente chez 24 malades (60 %). La recherche des antécédents pathologiques respiratoires a révélé des affections respiratoires en période néonatale dans 15 % des cas.

La symptomatologie fonctionnelle a été dominée chez nos malades par une toux chronique (80 % des cas), des bronchopneumopathies récidivantes (75 % des cas) et une bronchorrhée (60 % des cas). L'hémoptysie isolée n'a été retrouvée que chez un seul malade. Les signes de gravité (déformation thoracique, hippocratisme digital, cyanose, retard statural) au moment du diagnostic ont été retrouvés chez six enfants (15 % des cas) témoignant de l'ancienneté des troubles et du retard de consultation. Dix enfants ont présenté une affection ORL associée.

La radiographie du thorax a montré des aspects évocateurs de bronchectasie dans 57,5 % des cas. Un seul malade a eu une radiographie normale. La localisation des lésions a été bilatérale chez 23 malades avec prédominance de l'aspect cylindrique au scanner (90 % des cas). L'exploration fonctionnelle respiratoire a été pratiquée chez 11 malades seulement et qui a été pathologique chez huit enfants [syndrome obstructif (quatre cas) et mixte (quatre cas)].

L'étiologie des bronchectasies n'a été déterminée que chez 19 enfants (47,5 % des cas). Les bronchectasies congénitales ont été une dyskinésie ciliaire primitive dans sept cas et un déficit immunitaire primitif dans six cas. L'inhalation de corps étranger intrabronchique a été retrouvée dans cinq cas de bronchectasies acquises. Un seul cas de séquelle d'infection (rougeole) a été révélé. Un traitement médical à base d'antibiothérapie séquentielle et de kinésithérapie a été entrepris chez tous nos malades. Onze enfants ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Quatre enfants sont actuellement au stade d'insuffisance respiratoire chronique.

Conclusion. – Les bronchectasies de l'enfant est souvent méconnue et diagnostiquée tardivement. Le délai du diagnostic demeure tardif dans notre série. La fréquence des étiologies indéterminées est expliquée en partie par les difficultés et la non disponibilité de certains examens complémentaires. La fréquence des bronchectasies congénitales est expliquée par le taux élevé de consanguinité dans notre pays.

P9

Évolution de la prévalence de l'asthme, de la rhinite et de la dermatite atopique à Alger : résultats de deux études menées à 20 ans d'intervalle

R. Boukari^a, L. Smati^b, K.N. Benhalla^b, C. Kaddache^a, O. Redjala^b, A. Boufersaoui^b, D. Douiri^b, M. Baghriché^b

^a Service de pédiatrie, CHU Blida, Algérie

^b Service de pédiatrie, CHU Bologhine, Algérie

De nombreuses études de prévalence menées à travers le monde ont montré une forte progression des maladies allergiques au cours des trois dernières décades.

La même observation a été faite dans les pays du Maghreb et dans d'autres pays d'Afrique. Notre étude se propose d'évaluer l'évolution des maladies allergiques chez l'enfant à Alger.

Objectifs de l'étude. – Déterminer la prévalence de l'asthme, de la rhinite et de la dermatite atopique dans une population d'enfants scolarisés âgés de 13–14 ans et comparer les résultats à ceux d'une enquête de prévalence réalisée 20 ans plus tôt selon une méthodologie comparable.

Matériel et méthodes. – Un échantillon de 3805 adolescents (représentatifs des enfants de 13–14 ans scolarisés dans les collèges d'Alger) participe à l'enquête menée par questionnaire au cours de l'année 2005 selon la méthodologie ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood).

Les principales questions sont : avez-vous déjà eu des sifflements dans la poitrine ?, avez-vous eu des sifflements au cours des 12 derniers mois ?, avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?, avez-vous déjà eu des sifflements durant ou après un effort ?, avez-vous déjà eu une toux nocturne durant les 12 derniers mois ?, avez-vous déjà eu un rhume des foins, avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

Résultats. – Cette enquête confirme l'augmentation de prévalence de l'asthme et des autres maladies allergiques comme cela a été démontré dans d'autres pays.

La prévalence cumulée de l'asthme est de 8,5 %, la prévalence cumulée des sifflements est de 21 %, la prévalence des sifflements à l'effort est de 19 %.

Les taux de prévalence de la rhinite et du rhume des foins sont élevés (44 et 15 %), la prévalence cumulée de l'eczéma est de 5 %.

Conclusion. – Le taux actuel de prévalence de l'asthme chez l'adolescent est de 8,5 %, ce qui constitue une forte augmentation de la prévalence au cours des deux dernières décennies (prévalence estimée à 3,13 % en 1985 sur un échantillon de 5900 enfants scolarisés à Alger) et situe l'Algérie parmi les pays à moyenne prévalence. Nos résultats seront comparés à ceux d'autres pays du Maghreb et d'Afrique. Cette évolution justifie la mise en place d'un programme national pour améliorer la prévention des maladies allergiques et le contrôle de la maladie asthmatique.

P10**Épidémie de coqueluche parmi le personnel d'un pôle mère-enfant**

N. Crassard^a, N. Parchin-Geneste^b, C. Bouvet^c, P. Hugot^d, H. de Montclos^e, T. Prost^e, P. Plantier^b, N. Guiso^e, D. Bouhour^f

^a *Unité de pédiatrie-néonatalogie, Institut Pasteur, 75724 Paris, France*

^b *Service de médecine et santé au travail, Institut Pasteur, 75724 Paris, France*

^c *Hygiène hospitalière-UDLIN, Institut Pasteur, 75724 Paris, France*

^d *Service de gynécologie-obstétrique, Institut Pasteur, 75724 Paris, France*

^e *Laboratoire de microbiologie, Institut Pasteur, 75724 Paris, France*

^f *Service d'infectiologie, centre hospitalier Fleyriat, 01000 Bourg-en-Bresse, Institut Pasteur, 75724 Paris, France*

^g *DDASS de l'Ain, (8) CNR de la coqueluche et autre bordetelloses, Institut Pasteur, 75724 Paris, France*

La vaccination de masse des nourrissons a modifié l'épidémiologie de la coqueluche. Les adultes, autrefois immunisés par des rappels naturels réguliers, sont aujourd'hui peu protégés vis-à-vis de cette maladie hautement contagieuse et des épidémies peuvent survenir.

Objectif. – Décrire les mesures prises et leurs résultats lors de l'épidémie de coqueluche survenue du 15 mai au 7 septembre 2006 dans le pôle mère-enfant de l'hôpital de Bourg-en-Bresse, Ain, France. Sont regroupés dans ce pôle : une maternité, des unités de néonatalogie, de pédiatrie et de gynécologie. Deux cent cinquante-cinq personnes y travaillent. Mesures prises. (1) Pour le personnel : information via intranet, courrier personnalisé et réunions ; port systématique du masque chirurgical pour tous les soins aux enfants de moins de quatre mois et aux femmes enceintes ou récemment accouchées ; pour les agents symptomatiques (*toux*) : consultation en médecine du travail pour prélèvement (PCR et/ou sérologie), éviction et traitement antibiotique pendant cinq jours ; pour les agents non symptomatique : proposition d'un traitement prophylactique, proposition d'une visite en médecine du travail et d'un prélèvement pour sérologie, recommandation d'une vaccination par vaccin tétravalent dTPCa. (2) Pour les usagers : rappel par courrier de 149 couples mère-enfant susceptibles d'être en phase d'incubation pour information, examen clinique et traitement de la mère (azithromycine, cinq jours) et de l'enfant (josamycine, 14 jours) ; courrier d'information à 348 familles susceptible d'avoir été en contact avec un agent contagieux ; communiqué de presse ; information des médecins libéraux et des pharmacies via la DDASS de l'Ain.

Résultats. – (1) Pour le personnel : quarante-quatre agents ont été vus en consultation pour toux et 40 ont reçu un traitement antibiotique. Parmi ces 44 agents, 27 ont bénéficié d'un arrêt de travail, les 17 autres étant en congés annuels. Huit coqueluches ont été confirmées par la biologie (quatre PCR et quatre sérologies) parmi ces 44 « tousseurs ». Cent trente-huit agents asymptomatiques ont bénéficié d'une sérologie et cinq

avaient des taux d'anticorps élevés, témoins d'une coqueluche très récente. Vingt-huit agents ont réclamé un traitement prophylactique. Cent soixante-douze agents (67,5 % du personnel du pôle) ont été vaccinés contre la coqueluche sur les 12 mois qui ont suivi l'épidémie. (2) Pour les usagers : cent quarante-huit couples mère-enfant ont été vus et ont reçu un traitement. Trois nouveau-nés ont été hospitalisés pour suspicion non confirmée de coqueluche. Aucun cas de transmission soignant-soigné n'a été mis en évidence.

Conclusion. – La mise en œuvre des mesures de contrôle d'une telle épidémie (suivant les recommandations officielles du Conseil Supérieur d'hygiène publique de France) représente un surcroît de travail considérable (avec un personnel fortement réduit) et perturbe le fonctionnement des services. Elles sont néanmoins nécessaires pour prévenir le risque de transmission soignant-soigné. Pour les usagers, l'épidémie a conduit à un traitement antibiotique pour de nombreux patients et trois hospitalisations de nouveau-nés. On insiste sur l'importance de penser à la coqueluche devant une toux chez l'adulte et la nécessité de réagir vite devant un cas, tout particulièrement dans une unité de soins pour sujet à haut risque. Enfin, la vaccination du personnel est essentielle pour prévenir les épidémies et une forte incitation doit être faite en ce sens.

P11**Exacerbation des effets de la sensibilisation allergénique sur la réactivité bronchique et le remodelage des voies aériennes chez la souris immature**

S. Debelleix^{a,b}, P. Berger^{a,c}, H. Begueret^{a,d}, M. Molimard^{a,e}, R. Marthan^a, M. Fayon^{a,b}

^a *Inserm U885, université Victor-Segalen Bordeaux 2, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*

^b *Hôpital Pellegrin-Enfants, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*

^c *Unité de pneumologie, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*

^d *Unité d'anatomopathologie, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*

^e *Unité de pharmacologie, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*

Introduction. – L'asthme se caractérise par une hyper-réactivité bronchique et, une inflammation pouvant se compliquer d'un remodelage des voies aériennes (VA), à l'origine d'une obstruction fixée. Les mécanismes de ce remodelage chez le sujet immature restent mal connus.

Objectif. – La mise au point d'un modèle afin d'étudier le remodelage et la réactivité des VA chez la souris immature par rapport à la souris adulte, basé sur un protocole de sensibilisation de courte durée (30 jours) par l'ovalbumine, ainsi qu'une technique innovante de contraction bronchique sur coupes pulmonaires en culture.

Matériels et méthodes. – Après sensibilisation de souris Balb/c de quatre et huit semaines, le remodelage des VA a été étudié par des colorations standard (HES, trichrome de Masson) et par immunohistochimie (α -actine du muscle lisse). La

contractilité bronchique in vitro sur coupes de poumons a été mesurée après adjonction de carbachol (un agoniste cholinergique) ; ainsi que la réactivité bronchique in vivo (pléthysmographie) à la métacholine.

Résultats. – Ce protocole de sensibilisation par l'ovalbumine a entraîné un remodelage des VA [épaississement de la membrane basale ($\times 4$), une hypertrophie du muscle lisse bronchique ($\times 2$) et une fibrose périvasculaire ($\times 3$)] chez la souris immature ; non-retrouvé chez la souris adulte. Parallèlement, la contractilité bronchique sur coupes de poumons était augmentée chez l'animal immature, avec une bonne corrélation avec ce qui a été retrouvé in vivo.

Conclusion. – Après une sensibilisation allergénique relativement brève, les VA des souris immatures génèrent plus de remodelage et d'hyperréactivité que chez l'adulte. Ce modèle devrait faciliter l'étude du remodelage chez les souris immatures afin d'identifier des agents thérapeutiques à proposer précocement dans cette tranche d'âge.

P12

Asthme de l'enfant en Roumanie : étude épidémiologique et clinique d'une cohorte de 412 enfants (7–16 ans)

I. Decleyre-Badiu^{a,c}, A. Deschildre^b, C. Thumerelle^b, C. Santos^b, S. Gotia^c

^a Service de pédiatrie, centre hospitalier Valenciennes, 59300 Valenciennes, France

^b Unité de pneumologie-allergologie pédiatrique, clinique de pédiatrie, hôpital Jeanne-de-Flandre, 59037 Lille, France

^c Clinique de pneumologie pédiatrique, hôpital universitaire de pédiatrie Iasi-Roumanie, France

En Roumanie, les données sur l'asthme sont peu nombreuses. Nous avons souhaité décrire une population d'enfants asthmatiques, évaluer leur évolution sous-traitement après un an et rechercher les critères liés à l'évolution clinique et fonctionnelle.

Matériel et méthode. – Entre 1997 et 2002, les enfants âgés de sept à 16 ans, hospitalisés pour asthme ont été inclus. L'évaluation initiale (T0) a réuni les données démographiques et d'environnement, les antécédents personnels et familiaux d'atopie, l'âge de début et la durée d'évolution de l'asthme, les symptômes dans les trois derniers mois y compris les exacerbations, les visites médicales et les hospitalisations. Un dosage des IgE sériques totales, des tests cutanés et des EFR (VEMS, DEMM₅₀, DEMM_{25–75}, test aux β_2) ont été réalisés. La classification de la sévérité et le traitement ont été conformes au GINA-1995. Les enfants ont été suivis pendant un an (consultation tous les trois mois, EFR à 12 mois (T4)).

Résultats. – Quatre cent douze enfants (âge moyen : $11,6 \pm 2,7$ an ; garçons : 56 %) ont été inclus (38 perdus de vue). Ils présentaient un asthme intermittent pour 30,33 %, persistant léger pour 40,53 %, persistant modéré pour 27,66 %. Seulement six présentaient une forme sévère. Les EFR initiales ont montré un VEMS moyen pré β_2 à 88,55 % de la valeur prédite (VP) $\pm 10,50$, post β_2 à 97,55 % VP $\pm 10,39$. Dans 80,33 % des cas, le VEMS % pré β_2 était supérieur à 80 % VP. La

réversibilité aux β_2 était supérieure à 12 % dans 176 cas (42 %). Les DEMM₅₀ et DEMM_{25–75} étaient supérieurs à 80 % VP dans 59,2 et 61,9 %. À 12 mois, on observait une amélioration significative des paramètres cliniques (jours, nuits symptomatiques, hospitalisations, soins intensifs) et des EFR, pour tous les stades de sévérité. À T4, sur les manifestations observées, il n'existait pas d'amélioration de la répartition de la sévérité par rapport à T0 ($p = 0,1694$).

Conclusion. – L'étude a montré l'importance de la morbidité liée à l'asthme dans une population d'enfants recrutés en hospitalisation. Elle a confirmé que la fonction respiratoire reste le plus souvent dans les limites de la normale. Cela souligne les limites du GINA dans l'évaluation de la sévérité chez l'enfant. Après un an, si la prise en charge a permis une amélioration significative tant clinique que fonctionnelle, on constate la persistance de manifestations témoignant d'un contrôle insuffisant de l'asthme. L'observance, la sous-estimation de la sévérité initiale et donc un traitement de fond insuffisant, et l'histoire naturelle de l'asthme pourraient contribuer à ce constat.

P13

Caractéristiques des enfants hospitalisés pour crise d'asthme, résultats préliminaires

C. Fuhrman^a, C. Delacourt^b, J. de Blic^c, J.-C. Dubus^d, C. Thumerelle^c, C. Marguet^f, M.-C. Delmas^a

^a Institut de veille sanitaire, 94415 Saint-Maurice, France

^b Service de pédiatrie, hôpital Intercommunal de Créteil, 94010 Créteil, France

^c Service de pneumologie et allergologie, hôpital Necker-Enfants-Malades, 75015 Paris, France

^d Unité de médecine infantile, CHU Timone-Enfants, 13385 Marseille, France

^e Unité de pneumologie-allergologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59037 Lille, France

^f Unité de pneumologie pédiatrique, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, 76031 Rouen, France

Objectifs. – Décrire les caractéristiques des enfants hospitalisés pour crise d'asthme.

Méthodes. – Enquête transversale prospective conduite dans 15 services hospitaliers entre novembre 2006 et novembre 2007. Tous les enfants, âgés de trois ans ou plus, hospitalisés pour crise d'asthme dans un des services participants doivent être inclus. Le recueil de données porte sur l'histoire de la maladie et la sévérité, le traitement habituel, le contrôle dans le mois écoulé et la sévérité de la crise motivant l'hospitalisation. Les résultats présentés ici portent sur les 377 premières inclusions (nombre total attendu 800).

Résultats. – À l'admission, un quart des enfants présentait une crise grave. L'hospitalisation était justifiée par la gravité initiale (51 %) et/ou la non-réponse au traitement (55 %). Quarante pourcent avaient consulté un médecin avant le recours hospitalier, 41 % avaient déjà été hospitalisés pour asthme et dans 26 % des cas, l'asthme n'était pas connu. Le suivi des asthmatiques connus était assuré pour 26 % par un pneumo-

logue ou un pneumopédiatre et seulement 24 % (37 % si plus de six ans) avaient bénéficié d'une épreuve fonctionnelle respiratoire. Seuls 40 % des asthmatiques connus avaient un traitement de fond par corticoïdes inhalés et 20 % avaient des β^2 -mimétiques de longue durée d'action. Parmi les asthmatiques connus, le contrôle au cours des 12 derniers mois était médiocre : 25 % avaient été hospitalisés, 78 % avaient eu recours à des soins non programmés (dont 34 % au moins une fois aux urgences hospitalières) et 47 % avaient eu au moins une cure de corticoïdes oraux. Dans le mois précédent, le contrôle était jugé optimal chez 24 %, acceptable chez 26 % et inacceptable chez 50 % (symptômes diurnes ou utilisation de β^2 -mimétiques au moins quatre fois par semaine ou symptômes nocturnes ou à l'effort au moins une fois par semaine). La moitié des enfants ayant un contrôle inacceptable n'avaient pas de traitement de fond. Le contrôle était surestimé par 46 % des parents. Quand l'asthme était connu, les parents ont déclaré avoir reçu un plan d'action par écrit et par oral dans 12 % des cas.

Conclusions. – Environ un tiers des hospitalisations ont concerné des enfants dont l'asthme, bien que connu, était mal contrôlé dans l'année ou le mois écoulé. Une part non négligeable de ces enfants ne bénéficiait pas de traitement de fond ce qui suggère que des hospitalisations pourraient être évitées par une amélioration de la prise en charge globale de l'asthme. Cependant, toutes les hospitalisations ne sont pas expliquées par un mauvais contrôle préalable et d'autres facteurs de risques d'hospitalisation sont à rechercher.

P14

La spéléotomie chirurgicale : une alternative thérapeutique dans les fistules bronchopleurales prolongées de l'enfant

G. Le Manac'h^a, J.-L. Rittié^a, M. Juricic^b, A. Juchet^a, F. Rancé^a, F. Brémont^a

^a Service de pneumoallergologie pédiatrique, hôpital des Enfants, 31000 Toulouse, France

^b Service de chirurgie viscérale infantile, hôpital des Enfants, 31000 Toulouse, France

Les fistules bronchopleurales sont définies par la présence d'une communication anormale persistante entre l'arbre respiratoire et la cavité pleurale, à l'origine d'un sepsis pleural. Elles sont rares à l'âge pédiatrique, où les étiologies sont le plus souvent post infectieuses. La prise en charge repose en premier lieu sur un drainage thoracique et une antibiothérapie intraveineuse adaptés et prolongés. Lorsque le traitement médical échoue, une prise en charge chirurgicale est proposée, telle qu'une lobectomie ou une décortication pleurale, après un délai variable, non consensuel, de quelques semaines.

Nous rapportons le cas d'un enfant de trois ans, d'origine marocaine, présentant une fistule bronchopleurale post-tuberculeuse, persistante malgré une décortication pleurale et un drainage thoracique prolongé. La lobectomie fut contre-indiquée au vu de l'aspect très inflammatoire et remanié des tissus. La tentative de fermeture endoscopique de la fistule fut un échec. La réalisation d'une spéléotomie chirurgicale (ou

pleurostomie) en dernier recours après quatre mois de prise en charge permit la fermeture progressive de la brèche en cinq mois.

La pleurostomie est une technique chirurgicale peu risquée, qui consiste à créer une cavité pleurale à ciel ouvert, par résection partielle d'un ou plusieurs arcs costaux, et sutures cutanéopleurales. Elle permet de maintenir l'irrigation de l'empyème constamment présent et le drainage naturel du pneumothorax tout en supprimant le drain thoracique. Les soins antiseptiques locaux réguliers sont de réalisation simple et c'est ensuite l'épithélialisation progressive de cette cavité qui permet d'obtenir la fistule et d'aboutir à la guérison du patient. Décrite par Eloesser en 1935 pour le drainage d'un empyème chronique, elle reste encore utilisée à l'heure actuelle en chirurgie thoracique adulte lorsqu'une altération de l'état général contre-indique la chirurgie curative, notamment dans les tuberculoses ou les cancers bronchopulmonaires [1]. Les séries récentes concluent à un succès dans plus de la moitié des cas, avec un délai de fermeture corrélé à la rapidité de réalisation du geste [2]. À notre connaissance, aucun cas pédiatrique n'est rapporté dans la littérature.

La spéléotomie est un acte chirurgical à connaître, qui peut être très utile pour la prise en charge des fistules bronchopleurales persistantes, malgré un traitement médical de première ligne, lorsque la chirurgie curative est contre-indiquée ou a échoué. Dans notre situation, elle a permis d'adopter une attitude conservatrice sur le poumon atteint, avec à six mois de recul, une récupération ad integrum.

1. Eloesser L. An operation for tuberculous empyema. Surg Gynecol Obstet 1935;60:1096
2. Massera F, Robustellini M, Pona CD et al. Predictors of successful closure of open window thoracostomy for post-pneumonectomy empyema. Ann Thor Surg 2006;82:288-92

P15

Bronchiolites du nourrisson : se méfier d'une coqueluche associée ?

E. Legru^a, M. Lubrano^a, L. Lemée^b, C. Marguet^a

^a Service de pédiatrie, CHU Charles-Nicolle, 76031 Rouen, France

^b Service de bactériologie, CHU Charles-Nicolle, 76031 Rouen, France

Nous rapportons pour la première fois en France, cinq cas de nourrissons de moins de trois mois hospitalisés pour une bronchiolite aiguë dont les caractéristiques cliniques et l'évolution ont conduit à rechercher et à diagnostiquer une coqueluche associée. Peu de données sont disponibles sur cette association.

Le diagnostic de bronchiolite aiguë est porté selon les critères de la conférence de consensus de 2000. Les aspirations nasopharyngées sont réalisées par le kinésithérapeute et sont transportées jusqu'au laboratoire de microbiologie à température ambiante. Le VRS est systématiquement recherché par

immunofluorescence. Le diagnostic de coqueluche est fait par PCR. Pour les cultures de *Bordetella pertussis*, les aspirations sont recueillies sur milieu de Bordet et Gengou. Les sérologies sont réalisées à l'Institut Pasteur par *western-blot*.

Chez les cinq enfants, il s'agit d'un premier épisode de bronchiolite. La coqueluche a été suspectée sur la présence de quintes avec pour un enfant seulement une reprise inspiratoire en chant du coq. Concernant la gravité de la bronchiolite, trois enfants étaient hypoxémiques et ont nécessité une nutrition entérale. Parmi eux, deux présentaient une atelectasie lobaire supérieure droite et ont requis une oxygénothérapie et une corticothérapie orale. Concernant la gravité de la coqueluche, quatre des enfants ont cyanosé lors des quintes sans geste de réanimation nécessaire. Il existe une thrombocytose dans quatre/quatre cas (un patient n'a pas été prélevé compte-tenu du tableau bénin) et une hyperlymphocytose dans deux/quatre cas. Les PCR étaient toutes positives et les sérologies demandées dans deux cas sont compatibles avec le diagnostic de coqueluche. Les cinq cultures sont négatives, mais sa sensibilité n'est que de 30 %.

Ainsi, l'association VRS – coqueluche est une co-infection possible chez le nourrisson de moins de trois mois non ou incomplètement vacciné contre la coqueluche. Elle s'exprime essentiellement par un tableau de bronchiolite aiguë avec une toux sèche en quinte de gravité modérée à légère. La demande d'une PCR coqueluche chez de tels nourrissons est justifiée. La détection d'une coqueluche chez ces nourrissons fait entreprendre les mesures de prévention de l'entourage.

P16

Kyste hydatique cardiaque à propos de deux observations pédiatriques

M. Lehlmi, Z. Jouhadi, N. Redouane, J. Najib

Service de pédiatrie infectieuse, pédiatrie-1, l'hôpital d'Enfants, Casablanca, Maroc

Introduction. – Le diagnostic de kyste hydatique cardiaque est difficile en raison de l'absence de signes cliniques spécifiques. Il s'agit d'une affection rare chez l'adulte, encore plus chez l'enfant.

Observations. – Chez un enfant de 12 ans, opérée d'un kyste hydatique pulmonaire droit quatre ans plus tôt, est survenue une détresse respiratoire. Il s'agissait d'une insuffisance cardiaque droite secondaire à un cœur pulmonaire chronique post-embolie hydatique.

Chez un enfant de 13 ans ayant une hydatidose pulmonaire (premiers signes cliniques trois ans auparavant), l'échocardiographie a mis en évidence une image kystique multicloisonnée au niveau de la paroi antérieure de l'oreillette droite, avec une autre image similaire à la partie antérieure de l'infundibulum pulmonaire.

Commentaires. – Ces observations illustrent la gravité possible des complications du kyste hydatique, parasitose endémique en Afrique de Nord (échinococcose pulmonaire métastatique et cœur pulmonaire chronique). L'imagerie est d'une grande importance pour le diagnostic précoce, le bilan lésionnel et le suivi après traitement.

P17

L'hémangiomatose capillaire pulmonaire une cause rare de syndrome alvéolo-interstitiel de l'enfant

C. Mazzocchi^a, S. Wanin^a, A. Mornand^a, A.-S. Pellot^b, B. Massenavette^b, F. Tronc^c, F. Thivollet^d, I. Rayet^c, G. Bellon^a

^a *Service de pneumologie pédiatrique, hôpital Debrousse, 69005 Lyon, France*

^b *Service de réanimation pédiatrique, hôpital Debrousse, 69005 Lyon, France*

^c *Service de chirurgie thoracique, hôpital cardiovasculaire et pneumologique Louis-Pradel, 69500 Bron, France*

^d *Service d'anatomopathologie, hôpital cardiovasculaire et pneumologique Louis-Pradel, 69500 Bron, France*

^e *Service de réanimation pédiatrique, hôpital Nord 42055, Saint-Etienne, France*

Nous rapportons la description clinique, radiologique et anatomopathologique d'une enfant atteinte d'une hémangiomatose capillaire pulmonaire.

E., née le 06 février 2006 sans détresse respiratoire néonatale et sans pathologie pulmonaire ni infectieuse décrite au cours des dix premiers mois de vie, développe à 11 mois à l'occasion d'une infection par le VRS un tableau de détresse respiratoire sévère et prolongée avec une insuffisance respiratoire nécessitant une oxygénothérapie continue (5–7 l/min). La radiographie, puis le scanner thoracique mettent en évidence une surdistension pulmonaire globale, un syndrome infiltratif diffus avec aspect de mosaïque. L'aspect endoscopique de la trachée et des bronches est normal, mais le LBA objective une hémorragie alvéolaire (gold à 300). Les explorations microbiologiques restent négatives. Il n'y a pas d'argument pour une pathologie auto-immune. La recherche génétique de la mutation du déficit en protéine C du surfactant est négative. Les biopsies transbronchiques montrent une fibrose non spécifique.

Dans l'hypothèse d'une pathologie infiltrative fibrosante et de la gravité clinique, des bolus de corticoïdes sont réalisés sans résultats.

L'évolution est marquée par l'aggravation de l'insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation assistée (intubation, puis trachéotomie). Rapidement est apparue une HTAP réfractaire aux différents traitements (bosentan, No, sildanéfil) et une réouverture du canal artériel avec shunt gauche droit.

L'étude anatomopathologique de la biopsie pulmonaire chirurgicale réalisée lors de la fermeture du canal artériel met en évidence une hémangiomatose capillaire pulmonaire. Dans l'attente de la transplantation pulmonaire, les traitements propres de l'hémangiomatose (interféron, doxycycline) n'ont pas modifié le cours évolutif de la pathologie.

La transplantation cardiopulmonaire a été réalisée à l'âge de 18 mois au terme de huit mois de réanimation. Avec un recul de six semaines, l'évolution est favorable.

Discussion. – L'hémangiomatose capillaire pulmonaire est une maladie grave et rarement décrite chez l'enfant. Elle reste un diagnostic différentiel à évoquer devant une pneumopathie interstitielle diffuse associée à une HTAP et une hémorragie

intra-alvéolaire. Le diagnostic anatomopathologique est en général réalisé lors de l'autopsie. La seule possibilité thérapeutique à l'heure actuelle est la transplantation pulmonaire.

P18

Asthme sévère et infliximab chez l'enfant : alternative thérapeutique ?

A. Mornand^a, C. Mazzocchi^a, F. Villard-Truc^b, P. Reix^a, G. Bellon^a

^a Service de pneumologie pédiatrique, hôpital Debrousse, 69005 Lyon, France

^b Service d'hépatogastroentérologie pédiatrique, hôpital Edouard-Herriot, 69007 Lyon, France

Nous rapportons l'observation d'une adolescente de 15 ans, traitée depuis l'âge de cinq ans pour entérocolite inflammatoire sévère, présentant un asthme particulièrement difficile à traiter jusqu'à l'introduction d'infliximab indiqué pour sa pathologie digestive.

Observation. – M., née le 14 octobre 1992, a été prise en charge à l'âge de six ans pour une entérocolite inflammatoire sévère, avec colectomie totale à l'âge de six ans, puis traitement immunosuppresseur (corticoïdes à fortes doses et azathioprine).

En 2003, après tentative de décroissance de la corticothérapie, apparaît un asthme grave rapidement corticodépendant, puis corticorésistant, avec de nombreuses crises brutales et sévères entraînant des hospitalisations répétées, dont plusieurs en réanimation. Les investigations complémentaires concluent à un asthme inflammatoire grave sans autre association que la maladie inflammatoire digestive. Malgré l'escalade thérapeutique, justifiée à la fois par l'entéropathie et l'asthme rebelle (corticoïdes inhalés et β^2 -mimétiques de longue durée à fortes doses, corticothérapie orale entre 1 et 2 mg/kg/j, théophylline, azithromycine, puis bolus mensuels de corticoïdes IV, transfusions d'immunoglobulines polyvalentes et tentative d'étanercept), crises d'asthme et troubles digestifs se répètent, sans arrêt possible de la corticothérapie orale, avec persistance d'un trouble ventilatoire obstructif à distance (VEMS : 75 %, DEM 25-75 : 30 %). L'infliximab est introduit en novembre 2005 en raison d'une nouvelle poussée inflammatoire digestive. Très rapidement, le bénéfice est net sur le plan digestif et principalement respiratoire (dès le deuxième mois), avec diminution puis disparition des crises, espacement des hospitalisations pour cause respiratoire (deux en deux ans), amélioration stable des paramètres fonctionnels respiratoires (gain de 20 % en ce qui concerne le VEMS et les débits distaux, avec disparition du trouble ventilatoire obstructif), allègement du traitement avec maintien d'une corticothérapie inhalée (Séretide[®] 250 : 2.0.2) et d'une corticothérapie orale actuellement de 0,3 mg/kg/j. La consommation de Ventoline[®] est très occasionnelle. L'amélioration clinique et fonctionnelle reste donc nette à deux ans de recul de l'instauration de ce traitement.

Commentaire. – L'anti-TNF alpha, infliximab, habituellement utilisé dans le cadre de pathologies inflammatoires

digestives ou rhumatismales, pourrait représenter une alternative thérapeutique bénéfique dans l'asthme sévère pharmacorésistant de l'enfant.

P19

Étude rétrospective de 19 cas d'hypoplasie pulmonaire congénitale

Nasrin Hoseiny Nejad, Gabriel Bellon, Philippe Reix

Service de pédiatrie, pneumologie, allergologie, mucoviscidose, hôpital Debrousse, Lyon, France

Introduction. – On dispose de peu de données sur les hypoplasies pulmonaires congénitales (HPC), leur présentation clinique initiale, les malformations associées et leur potentiel évolutif. Nous rapportons une série de 19 cas d'enfants suivis dans le service pour une HPC.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective de 19 dossiers de patients présentant une HPC suivis dans le service de pneumologie pédiatrique de l'hôpital Debrousse entre 1977 et 2007. Nous nous sommes particulièrement intéressés aux symptômes cliniques initiaux, au délai de diagnostic, ainsi qu'aux malformations associées et aux paramètres de la fonction pulmonaire.

Résultats. – Dans la moitié des cas (dix cas), le diagnostic a été porté avant l'âge de six mois et dans les neuf cas restants après l'âge de six mois. Les symptômes initiaux ont été une détresse respiratoire néonatale dans quatre cas. Le plus souvent, l'hypoplasie est découverte fortuitement sur la radiographie de thorax réalisée à la faveur d'une bronchiolite ou devant des symptômes d'asthme du nourrisson.

Le poumon gauche est le plus souvent hypoplasique (11/19). Dans un cas sur deux environ (52 %), on a noté la présence de malformations associées au niveau de la colonne vertébrale, du cœur ou du massif facial. Trois patients ont un syndrome de Cimeterre (hypoplasie pulmonaire droite et retour veineux pulmonaire anormal partiel).

Au cours de l'évolution (avec un recul moyen de dix ans, médiane neuf ans), quatre patients ont développés une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) (deux en sont décédés). Ces deux patients présentaient une cardiopathie associée (syndrome de Cimeterre et canal artériel persistant). Deux patients ont présentés une hémoptysie de faible abondance, un patient a développé des bronchectasies. Dans trois cas, une pneumonectomie a été nécessaire : dans deux cas pour contrôler l'HTAP, dans un cas du fait d'infections pulmonaires récurrentes.

Onze patients ont pu réalisés des explorations fonctionnelles respiratoires. On retrouvait un syndrome obstructif chez six patients (31 %), mixte chez deux patients (10,5 %), dans trois cas l'EFR était normale.

Discussion. – Le diagnostic des HPC reste souvent fait fortuitement et les symptômes cliniques initiaux ne sont pas spécifiques. Dans un cas sur deux, les HPC s'associent à des malformations d'autres systèmes. Si dans la majorité des cas l'évolution clinique est favorable, dans notre série, un patient sur cinq développe une HTAP, mortelle dans 10 % des cas. Une

attention particulière doit être portée à cela avec nécessité d'une surveillance cardiologique régulière surtout lorsqu'il existe une cardiopathie associée.

P20

La fistule oesotrachéale a propos de deux cas

N. Radouane, Z. Jouhadi, A. Watik, A. Zineddine, J. Najib

Service de pédiatrie, 1, maladies infectieuses immunologie clinique, hôpital d'Enfants, Casablanca, Maroc

Resumé. – La fistule oesotrachéale (FOT) isolée sans atrésie de l'œsophage ou fistule en H est une pathologie rare. Elle représente 2 à 3 % de l'ensemble des FOT congénitales. Elle est de diagnostic difficile et par conséquent souvent tardif.

Elle revêt cliniquement le tableau de pneumopathies à répétition ou de toux chronique dont le rattachement à l'alimentation est souvent méconnu par les parents et les cliniciens.

Objectif de l'étude. – Élucider les difficultés diagnostiques et faire une mise au point sur les moyens diagnostiques.

Méthodes. – Les auteurs rapportent deux observations de FOT colligées au service de maladies infectieuses pédiatriques de l'hôpital d'Enfant de Casablanca

Le premier malade de quatre ans, connu vomisseur chronique, présente des accès de cyanose et d'étouffement lors de l'alimentation et de la position couché et des antécédents d'infections respiratoires à répétition (IRR).

Le deuxième de quatre ans porteur d'une malformation anorectale haute totalement obstructive (colostomisé à j3 de vie) présente depuis le bas âge des IRR et des fausses routes à l'ingestion des liquides retrouvées tardivement à l'anamnèse.

Résultats. – Le premier malade a bénéficié de deux TOGD qui étaient en faveur de RGO. Il fut traité pour RGO, puis pour asthme. Un bilan de tuberculose, de mucoviscidose et de déficit immunitaire s'est révélé négatif chez le deuxième. Le diagnostic de FOT n'était posé que à l'âge de quatre ans chez les deux malades par la bronchoscopie. Les deux malades étaient opérés, les suites opératoires étaient simples.

Discussion. – Devant des signes respiratoires chroniques, il faut s'enquérir sur leur relation avec l'alimentation. La toux, la cyanose à la déglutition, le ballonnement abdominal et les pneumopathies à répétition doivent faire évoquer la FOT d'autant plus si une autre malformation est objectivée (syndrome de Vacterl).

La radio thorax ne montre que des signes de pneumopathie persistante. La distension aérique oesogastrique est fortement évocatrice du diagnostic, le TOGD n'identifie pas toujours la FOT. La bronchoscopie est l'examen clé, elle permet de confirmer la lésion, déterminer son siège et de cathétériser la fistule. Le traitement est chirurgical. Les suites opératoires et le pronostic dépendent de la précocité de diagnostic et de qualité de la prise en charge.

Conclusion. – Les FOT congénitales isolées sont des malformations rares. Le diagnostic est souvent retardé du fait de la symptomatologie atypique, les fausses routes depuis le bas âge doivent faire évoquer ce diagnostic par les pédiatres. La

bronchoscopie est l'examen de choix. La gestion de telles fistules exige une équipe médicale experte en endoscopie et en chirurgie cervicale et thoracique.

P21

Place de la fibroscopie bronchique souple dans le diagnostic de tuberculose de l'enfant à propos de la série Montpellieraise

M.-C. Renoux^a, C. Carrière^b, I. Serre^c, M. Rodière^d, M. Voisin^a, F. Counil^a

^a *Service de cardiopneumologie pédiatrique, CHU Arnaud-de-Villeneuve, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34925 Montpellier cedex 05, France*

^b *Laboratoire de bactériologie, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, CHU de Montpellier, France*

^c *Laboratoire d'anatomopathologie, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, France*

^d *Service de maladies infectieuses pédiatriques, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, CHU de Montpellier, France*

Le diagnostic de tuberculose (TB) maladie de l'enfant est difficile, le rendement bactériologique des tubages en culture étant inférieur à 50 %. La fibroscopie bronchique (FB) souple est une aide au diagnostic de TB maladie de l'enfant. Elle permet de réaliser des prélèvements (bactériologiques, biopsies), de dépister une TB endobronchique, afin de poser l'indication d'une corticothérapie ou d'une exérèse de granulome et de dépister des complications ultérieures. Pour certains auteurs, la FB doit être systématique en cas d'anomalie radiologique, pour d'autres elle ne doit être réalisée qu'en présence de signes cliniques et/ou radiologiques évocateurs d'atteinte endobronchique.

Le but de cette étude est d'évaluer l'apport diagnostique global (macroscopie, microbiologie, anatomopathologie) de la FB dans le diagnostic de TB de l'enfant, par rapport aux critères classiques. Les cas de TB maladie âgés de moins de 15 ans du centre hospitalo-universitaire de Montpellier ont été étudiés sur une période de dix ans.

Parmi 34 FB réalisées chez 46 enfants diagnostiqués comme TB maladie, 21 (61,7 %) étaient évocatrices de TB : 15 (44,1 %) des enfants avaient des anomalies macroscopiques spécifiques, avec une prédominance chez les nourrissons ($p = 0,03$) ; cinq biopsies (14,7 %) étaient contributives et le rendement en culture du LBA (34,3 %) était proche de celui des tubages gastriques (32,5 %). La FB a permis à elle seule (tubages gastriques négatifs) le diagnostic de certitude, grâce à l'isolement du MT ou à l'anatomopathologie chez sept enfants (20,5 %). On ne retrouvait pas d'association significative entre les signes cliniques ou radiologiques évocateurs d'atteinte endobronchique et l'existence d'anomalies macroscopiques à la FB.

En conclusion, l'indication de FB doit rester large dans les pays développés, en cas de suspicion de TB maladie de l'enfant, surtout s'il s'agit d'un nourrisson, même en l'absence d'arguments pour une atteinte endobronchique.

P22**L'évaluation du statut immunitaire humoral**

S. Sciuca, Liliana Vishnevschi-Rousnac

Université d'État de médecine et de pharmacie Nicolae-Testemitanu, boulevard Stefan-cel-Mare, 165, Chisinau, République de Moldavie

Objectif de l'étude. – L'appréciation des niveaux des immunoglobulines E (IgE), immunoglobulines A (IgA), immunoglobulines M (IgM), immunoglobulines G (IgG) chez les enfants avec asthme bronchique.

Méthode. – La recherche a inclus 148 enfants avec des différentes formes de sévérité de l'asthme bronchique. L'évaluation de sévérité de l'asthme bronchique a été faite conformément les critères GINA.

Les enfants avec l'asthme bronchique persistant léger ont été 26, avec asthme bronchique persistant modéré ont été 94, avec asthme bronchique persistant sévère – 28.

Le statut immunitaire humoral a été apprécié par la détermination de l'IgA, IgM, IgG par la méthode Mancini. La détermination de l'IgE a été faite par la méthode immunoenzymatique avec les tests standard (Phabes I).

Résultats. – Le niveau de l'IgE aux enfants avec l'évolution sévère a constitué $314,43 \pm 93,65$ U/ml, aux enfants avec l'évolution modérée a constitué $186,87 \pm 46,34$ U/ml et aux enfants avec asthme bronchique léger – $129,43 \pm 61,27$ U/ml. L'appréciation du statut immunitaire humoral a relevé aux enfants avec l'asthme bronchique léger IgA – $1,44 \pm 0,41$ g/l, IgM – $1,66 \pm 0,29$ g/l, IgG – $10,14 \pm 1,49$ g/l. Aux enfants avec asthme bronchique modéré IgA – $1,36 \pm 0,16$ g/l, IgM – $1,62 \pm 0,14$ g/l, IgG – $10,23 \pm 0,55$ g/l et aux enfants avec asthme bronchique sévère IgA – $2,10 \pm 0,43$ g/l, IgM – $1,87 \pm 0,45$ g/l, IgG – $11,50 \pm 1,74$ g/l.

Conclusions. – L'analyse comparative des indices étudiés a démontré la présence d'une relation entre le niveau de l'IgE et le stade de la sévérité de l'asthme bronchique. Aux enfants avec l'asthme bronchique, hyperimmunoglobulinémie E est un marqueur de l'atopie et a une corrélation avec la sévérité de la maladie. Les immunoglobulines A, M, G ne se modifient pas significativement aux enfants avec diverses formes de sévérité d'asthme bronchique. On n'a pas trouvé différences évidentes de la concentration des IgA et IgM dans différentes formes de sévérité. On a seulement constaté une hyperproduction faible de l'IgG dans les formes sévères de l'asthme bronchique.

P23**Asthme de l'enfant d'âge préscolaire : aspects cliniques et évolutifs**

F. Tinsa, H. Ghaffari, K. Boussetta, S. Bousnina

Service de médecine infantile B, hôpital d'Enfants, Tunis, Tunisie

L'asthme de l'enfant d'âge préscolaire a des particularités cliniques et évolutives. Son devenir reste encore peu étudié.

But. – Étudier les caractéristiques cliniques et évolutives de l'asthme de l'enfant d'âge préscolaire et identifier les éventuels facteurs prédictifs de sa persistance à l'âge scolaire.

Patients et méthodes. – De janvier 1996 à janvier 2005, 100 enfants ayant un asthme apparu entre l'âge de deux et cinq ans ont été inclus à partir de la consultation de pneumo-allergologie pédiatrique ou lors d'une hospitalisation dans le service de médecine infantile B de l'hôpital d'enfants de Tunis. Les enfants présentant un asthme du nourrisson ont été exclus. Tous ces enfants ont eu un examen clinique, des tests cutanés allergologiques et une radiographie du thorax. Selon la disponibilité, une exploration fonctionnelle respiratoire a été réalisée à l'inclusion ($n = 20$) et /ou au cours du suivi ($n = 78$). Un suivi prospectif a été assuré jusqu'à janvier 2007. Nous avons réalisé une étude statistique univariée afin d'identifier les facteurs prédictifs de persistance de l'asthme à l'âge scolaire.

Résultats. – Nos patients se répartissent en 59 garçons et 41 filles. La sex-ratio est de 1,4. L'âge moyen de début de la maladie est de $34,7 \pm 11,2$ mois. L'âge moyen du diagnostic est de $44 \pm 12,9$ mois. Une atopie familiale a été notée dans 40 % des cas. Les principaux symptômes révélateurs ont été des épisodes de dyspnées sifflantes dans 84 % des cas, une toux chronique isolée dans 9 % des cas, une toux associée à un encombrement bronchique dans 4 % des cas et un foyer récidivant dans 3 % des cas. Les tests cutanés pratiqués chez 73 enfants étaient positifs dans 68,4 % des cas. Les acariens étaient les allergènes dominants (90 % des cas). L'asthme était classé persistant dans 93 % des cas. Quarante-huit pourcent des enfants ont été suivis pendant une durée minimale de 24 mois avec un suivi moyen de $83 \pm 9,6$ mois (extrêmes : 24–168 mois). Au cours du suivi, 15 % des enfants étaient en rémission complète et 85 % ont vu leurs manifestations sifflantes persister à l'âge scolaire. L'asthme était jugé intermittent dans 38 % des cas, persistant léger dans 58 % des cas et persistant modéré dans 4 % des cas. L'analyse statistique n'a pas trouvé de facteurs prédictifs de la persistance ou la disparition des manifestations sifflantes à l'âge scolaire. Cependant, une liaison statistiquement significative a été retrouvée entre l'absence d'exposition au tabagisme passif et l'amélioration des manifestations sifflantes avec un gain de deux classes dans la classification de la maladie ($p = 0,036$; OR = 5,1).

Conclusion. – Les résultats de ce travail méritent d'être confirmés par des études multicentriques larges. Le pronostic de l'asthme d'âge préscolaire ne paraît pas aussi favorable qu'on le pensait. L'identification précoce des siffleurs persistants permettrait de mieux cibler les enfants à risque et d'adapter la prise en charge.

P24

L'hamartochondromatose pulmonaire diffuse une cause rare de syndrome alvéolo-interstitiel de l'enfant

S.Wanin^a, P.Reix^a, C.Mazzocchi^a, F.Dijoud^b, F.Hameury^c, G.Bellon^a

^aService de pneumologie pédiatrique, hôpital Debrousse, 69005 Lyon, France

^bService d'anatomopathologie, hôpital Debrousse, France

^cService de chirurgie pédiatrique, hôpital Debrousse, France

Nous rapportons deux descriptions clinique, radiologique et anatomopathologique d'enfants atteints d'hamartochondromatose pulmonaire diffuse.

Cas 1. – Evan, né le 02 septembre 2006, a présenté une détresse respiratoire néonatale à deux heures de vie, secondaire à un pneumothorax bilatérale dont la résolution a été spontanée. À trois mois de vie, il a développé un second épisode de détresse respiratoire secondaire à une infection virale. À cette occasion, la radiographie de thorax met en évidence un syndrome alvéolo-interstitiel associée à une surdistension pulmonaire. Les investigations endoscopiques, bactériologiques, virologiques et immunologiques ont été négatives. Le scanner thoracique montre la présence d'une dystrophie pulmonaire diffuse et des plages de condensation alvéolaire dans les deux champs pulmonaires. Une biopsie pulmonaire à thorax ouvert permet de poser le diagnostic d'hamartochondromatose pulmonaire. À moyen terme, l'évolution clinique est satisfaisante sur le plan respiratoire et général. L'enfant ne nécessite pas d'oxygénothérapie, mais un drainage bronchique régulier.

Cas 2. – Vincent, né le 16 octobre 2000, a présenté une détresse respiratoire néonatale non expliquée. Les explorations endoscopiques, bactériologiques, virologiques et immunologiques ont été négatives. La radiographie de thorax retrouve un syndrome alvéolo-interstitiel et une distension pulmonaire. L'aspect scannographie est identique au cas précédent et montre un aspect hétérogène, de dystrophie et de condensation alvéolaire des deux champs pulmonaires. La biopsie pulmonaire a montré la présence de lésions hamartomateuses diffuses avec présence de cartilage hétérotopique. À l'âge de six ans, il a présenté un épisode de pneumothorax spontané nécessitant une symphyse pleurale. À plus long terme, l'évolution clinique est favorable, sur le plan respiratoire sans oxygénodépendance ou épisodes de surinfections.

Commentaires. – À la différence des hamartomes bronchiques ou pulmonaires plus fréquents, l'hamartochondromatose pulmonaire diffuse demeure une étiologie rare des pathologies alvéolo-interstitielles de l'enfant. L'aspect scannographique bien que similaire dans ces deux observations ne permet pas toujours de porter le diagnostic qui repose avant tout sur l'examen anatomopathologique. Dans nos deux observations, l'évolution respiratoire est satisfaisante, sans oxygénodépendance. La survenue d'un pneumothorax semble être une manifestation clinique fréquente au cours de cette pathologie.

P25

Détresse respiratoire sur lymphome du cavum à propos d'un seul cas

A. Watik, K. Maani, N. Radouane, I. Bouamama, J. Hachim, H. Hadj Khalifa

Service de pédiatrie 3, unité d'hématologie, hôpital d'Enfants, Casablanca, Maroc

Résumé. – Le lymphome malin non hodgkinien (LMNH) primitif du cavum est une urgence oncologique. C'est une forme exceptionnelle, elle représente 0,17 % des lymphomes.

L'objectif de ce travail. – Montrer la place de l'étude anatomopathologique dans le diagnostic positif et l'intérêt de la rapidité de la prise en charge thérapeutique.

Méthodes. – Nous rapportons l'observation d'une fillette de quatre ans, admise en unité d'hématologie au service de pédiatrie au CHU Ibn Rochd de Casablanca, pour une détresse respiratoire sur LMNH diffus lymphoblastique du cavum.

L'enfant était traitée à plusieurs reprises depuis quatre mois pour des rhinorrhées inexpliquées sans amélioration clinique. À l'admission, elle était en détresse respiratoire apyrétique avec des gencives tuméfiées et une adénoopathie (ADP) cervicale gauche.

Résultats. – L'enfant a bénéficié d'une rhinoscopie post. Le diagnostic de LMNH du cavum était posé suite à une biopsie de la muqueuse cavaire quatre mois après le début de la symptomatologie. L'enfant fut traité par une chimiothérapie protocole LMB 01 groupe B COP.

L'évolution était marquée par l'apparition d'une paraplégie avec une rétention vésicale l'IRM médullaire demandée a objectivé une atteinte médullovertébrale avec une infiltration épидurale.

Discussion. – LMNH du cavum chez l'enfant est souvent diagnostiqué tardivement à cause des symptômes peu révélateurs.

Le diagnostic positif repose sur l'histologie par une biopsie tumorale ou de l'ADP cervicale (biopsie exérèse) qui objective le type histologique de la tumeur ; LMNH lymphoblastique diffus. L'étude cytologique montre 100 % de cellules de burkitt.

Le bilan local comporte l'endoscopie du cavum, la TDM et l'IRM du cavum montrant le siège et l'extension locale de la tumeur.

Le bilan d'extension dont le but est de stadifier la tumeur et de choisir le protocole thérapeutique adéquat comporte essentiellement le myélogramme, la ponction lombaire, la radiographie pulmonaire et l'échographie abdominale.

Les facteurs pronostiques dépendent du phénotype immunologique, de l'âge et du stade en particulier stade 4 (pronostic sévère).

Conclusion. – Trop souvent, le retard du diagnostic amène à traiter le lymphome malin non hodgkinien du cavum chez l'enfant à des stades avancés. Un diagnostic précoce aurait donc des conséquences majeures sur la survie.