

# Revue des Sciences Médicales d'Oran

Directrice de la publication

**AYAD Fatima**

Responsable des relations extérieures

**KAMEN Fouzia**

Responsable de l'information

**GHEBRIOUT Boudjemaa**

Rédactrice en chef

**BOUZIANE Djamila**

Rédacteurs en chefs adjoints

**MIDOUN Nori**

**AHMED FOUATIH Zoubir**

Comité de rédaction

**AHMED FOUATIH Noureddine**

**AHMED FOUATIH Zoubir**

**AYAD Fatima**

**BOUZIANE Djamila**

**DALI ALI Abdessamed**

**DJAZOULI Mohammed EL Amine**

**GHEZINI Younes**

**IDDER Aïcha**

**KAMEN Fouzia**

**MAKRELOUF Leïla Khadidja**

**MANOUNI Chafika**

**MIDOUN Nori**

**TILIOUA Omar**

Coordinateur

**MEGUEDAD Mohamed El Amine**

## *Les Actes de la Journée de la Recherche Scientifique de la Faculté*

*5 mai 2018*

*Numéro Zéro*

*Avril 2019*

ISSN: 2676-1807

# Sommaire

<b>Editorial - Le Doyen de la Faculté</b>	<b>1</b>
<b>Article didactique : Rédiger un résumé à soumettre à une revue scientifique</b> <i>N. Midoun</i>	<b>2</b>
<h2>Communications orales</h2>	
<b>Analgésie péridurale pour accouchement : connaissance, acceptabilité et satisfaction maternelle de l'analgésie péridurale.</b> <i>L. SENHADJI, B. CHOUICHA -A. BENHAMED .</i>	<b>9</b>
<b>Place de la mesure de la pression intra-abdominale par voie vésicale dans la prise en charge des malades de réanimation polyvalente.</b> <i>D. ELKEBIR, F. MAZOUR -H. MOKHTARI-DJEBLI</i>	<b>10</b>
<b>Devenir et qualité de vie des malades après séjour en réanimation.</b> <i>N. CHIKH, N. CHIBANI, B. OULDKADI, B. ERROUANE, A. MECHEBBEK, H. BOUBEKI, S. MENSOUR, W. DEROUIZ, M. MEHALI .</i>	<b>11</b>
<b>Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques du polytraumatisé au service des urgences médico-chirurgicales du centre hospitalo-universitaire d'Oran.</b> <i>S. BENBERNOU, Z. BENTERKI, K. BENTRIA, K. BOUYACOUB, A. AZZA, S. ILES, H. MOKHTARI.</i>	<b>12</b>
<b>Résultats du registre du laboratoire de recherche « surveillance des accidents vasculaires cérébraux » de la faculté de médecine d'Oran : année 2017.</b> <i>H. MOKHTARI-DJEBLI, S. BENBERNOU, M. GOULMAN, D. ALACHAHER, M. LOUAIL.</i>	<b>13</b>
<b>Les admissions en réanimation pédiatrique des états de mal convulsif : une expérience de 08 ans, CHU d'Oran.</b> <i>D. BOUMENDIL, M. NEGADI</i>	<b>14</b>
<b>Association Capecitabine-Irinotecan-Bevacizumab en première ligne de traitement des cancers colorectaux métastatiques.</b> <i>Z. BEHOURAH, A. BOUSAHBA, A. DERKAOUI, Z. FOUATIH, L. DJELLALI.</i>	<b>15</b>
<b>Place de la Lactico-deshydrogénase (LDH) comme facteur pronostique dans le traitement des neuroblastomes.</b> <i>A. BOUMEDDANE, K. MAHARAS, R. BOUHASS.</i>	<b>16</b>
<b>Qu'en est-il du rétinoblastome dans l'Ouest Algérien.</b> <i>K. KERROUCHE, A. BOUMEDANE, A. BOUBKEUR, K. MAHMOUDI.</i>	<b>17</b>
<b>Impact de la reconstruction mammaire par prothèse après mastectomie pour cancer (expérience du service).</b> <i>K. BELKHARROUBI, O. BOUALGA, S. MOHAMMED KHARROUBI, R. GRICHI, Y. IKKACHE, B. KRELIL, K. REKAI, B. AARBAOUI.</i>	<b>18</b>
<b>Etude clinique et génétique de familles algériennes atteintes d'épilepsie.</b> <i>A. CHENTOUF, T. BASSAID, M. BAGHDADI, A. LOUMI, L. H. FOUASSRIA.</i>	<b>19</b>
<b>Pharmacogénétique et optimisation thérapeutique.</b> <i>F. BOUDIA, W. BOUGHRARA, M. ABERKANE, H. FETATI, F. Z. MEKAOUICHE, F. Z. MOGHTIT, A. HAMDANI, H. TOUMI.</i>	<b>20</b>
<b>Etude des variations saisonnières des cas incidents de syndrome coronarien aigu dans une structure hospitalière à Oran.</b> <i>R. TALHI, K. OUADH, K. AZAIZ, M. KEFIF, K. CHENNI. D. LARBI, A. DIDA. FZ. MERABET, R. TAHARI, Y. HAMMOUDI, A. BELGACEM, M. BOUZIANI, A. ABDELOUAHAB.</i>	<b>21</b>
<b>Apport de la biologie moléculaire dans la prise en charge de la leucémie myéloïde chronique : expérience du service de biochimie de l'EHU Oran.</b> <i>M. NACHI, D. GUELLA, A. ABED, A. HENDEL, A. BESBAS, Z. CHELLOUAI, A. BENAÏSSA, ENTASOLTAN, M. A. BEKADJA, O. ABOU</i>	<b>22</b>
<b>Intérêt de l'analyse cytomorphologique du sperme dans la prise en charge de l'infertilité.</b> <i>N. BELARBI-AMAR, R. GHALAMOUN, SLAIMI, K. MEBAREK. Laboratoire d'Histologie-Embryologie</i>	<b>23</b>
<b>Evaluation de la capacité antioxydante totale et activité de la catalase de la salive, chez les patients atteints d'une parodontite agressive.</b> <i>S. SENOUCI, D. BOUZIANE, D. AIT YAHIA, K. KHERBOUA, M. MEHADJ</i>	<b>24</b>
<b>Evaluation clinique et radiologique d'un matériau à base de silicate tricalcique dans les thérapeutiques d'apexogénèse.</b> <i>N. TAHARI, S. A. SERRADJ.</i>	<b>25</b>
<b>Biopsie hépatique par voie transjugulaire avec une aiguille tr-cut : évaluation de l'efficacité et de la sécurité chez les patients à risque hémorragique élevé.</b> <i>M. KACI</i>	<b>26</b>
<b>Analyse docimologique d'une épreuve d'examen exemple du module de médecine sociale.</b> <i>Y. GHEZINI</i>	<b>27</b>

# Sommaire

## Communications affichées

<b>Place de la radio-chimiothérapie concomitante dans la stratégie thérapeutique du cancer du cavum.</b> <i>R.MADOURI, H.KHALDI -A.BOUKERCHE -A-F.DALI YOUCEF.</i>	<b>28</b>
<b>Carcinomes du nasopharynx chez l'enfant, expérience du service de radiothérapie oncologie du CHU Oran.</b> <i>H.KHALDI-R.MADOURI -M.AID.</i>	<b>29</b>
<b>Dépistage cytologique et Biomoléculaire du Papilloma virus humain dans le cancer du col.</b> <i>BENDOUDA AMEL - KEROUMI TOUFIK -MERBOUH AICHA -BOUDIA FATIMA ZOHRA -MOKADDEM AMINA.</i>	<b>30</b>
<b>Mutations de résistance aux inhibiteurs de tyrosine kinase dans la leucémie myéloïde chronique : à propos de quatre cas.</b> <i>M.NACHI -D.GUELLA -A.HENDEL -A.ABED -A.BESBAS -Z.CHELLOUAI -S.A.BENAISSA -ENTASOLTAN -M.A.BEKADJA -O.ABOU.</i>	<b>31</b>
<b>Lymphome hodgkinien de l'enfant, modalité diagnostique, évaluation des protocoles utilisés à l'ouest algérien au Centre Émir Abdelkader, Oran.</b> <i>A.BOUMEDDANE -K.MAHARAS -R.BOUHASS.</i>	<b>32</b>
<b>Optimisation hémodynamique en chirurgie valvulaire.</b> <i>D.BENALI AMMAR -F.MAZOUR -Z.MENTOURI CHENTOUF.</i>	<b>33</b>
<b>La tuberculose multirésistante : enjeux et perspectives.</b> <i>A.OUARDI -B.OUJIDI -Y.GHEZIEL -Y.BERRABAH -A.BENNANI</i>	<b>34</b>
<b>Enquête sur l'utilisation d'antibiotique non prescrit chez les enfants enquête transversale à l'EHS Canastel.</b> <i>H.DEKIOUS -F.BELAOUN -B.CHAHMI -D.OUABDESSELAM -R.BOURAHLA -H.MESSAOUD -A.TADJEDDINE.</i>	<b>35</b>
<b>État des lieux sur la pharmacovigilance à l'EHUO.</b> <i>FZN.MEKAOUICHE-H.ZITOUNI -F.BOUDIA -A.SALEH -A.LARDJAM -H.FETATI -A.BERRADIA -F.BECHIR -H.BELMEKKI -R.BOUGUESRI -A.BOULERIEL-H.TOUMI.</i>	<b>36</b>
<b>Association des comorbidités cardiovasculaires aux exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques obstructives.</b> <i>B.OUJIDI -Y.BERRABAH-A.BENNANI -N.BENDIMERED.</i>	<b>37</b>
<b>Prise en charge du patient diabétique déséquilibré dans un milieu spécialisé en ambulatoire : quels résultats ?</b> <i>M.S.MERAD, Z.BENZIAN, F.MOHAMMEDI</i>	<b>38</b>
<b>Identification et caractérisation des glycoprotéines par spectrométrie de masse.</b> <i>B.ADDAD -H.MAKRELOUF -R.ASSAOUI -R.RAMZI -I.ILES -F.Z.LAHOUEL.</i>	<b>39</b>
<b>L'allergie aux protéines du lait de vache chez les nourrissons : épidémiologie clinique et prise en charge. Étude d'un recrutement de l'ouest algérien.</b> <i>A.BOUCHETARA -K.EL MECHERFI -N.RAHMOUN -A.LAREDJ, N.HEROUEL -G.BOUDRAA- M.TOUHAMI.</i>	<b>40</b>
<b>Étude des facteurs pronostiques de survenue de grossesse chez les couples infertiles pris en charge en dehors de FIV/ICSI.</b> <i>N.BELHACHEMI -B.CHAFI -F.HAKIM -W.ARABE MOHAND, -S.BOUCEF -A.NAIM -A.ABDELOUAHA -K.CHENNI -D.LARBI.</i>	<b>41</b>
<b>Utilisation des substances naturelles pour la désinfection des eaux des germes induisant les infections uro-génitales.</b> <i>T.KERROUMI -A.BENDOUDA -A.MOKKADEM -A.MERBOUH-F.BOUDIA.</i>	<b>42</b>
<b>Appel à soumission</b>	<b>43</b>

# Ligne éditoriale et orientation de la revue

*Au sein de la communauté scientifique, l'information passe essentiellement par des publications scientifiques. Celle-ci occupe une place fondamentale dans la recherche. L'abondance et la profusion des revues scientifiques périodiques illustrent non seulement la croissance des chercheurs mais aussi un profond changement dans la manière de publier les résultats de la recherche.*

*Elles constituent l'objectif même de la recherche scientifique étant donné qu'un chercheur est généralement évalué par ses publications et c'est l'article scientifique qui décrit les résultats originaux d'une recherche.*

*Une revue de recherche s'adresse à une communauté de scientifiques, nationale ou internationale en publiant à périodicité régulière les résultats récents des travaux de recherche qui lui sont soumis ou qu'elle sollicite, elle certifie, valorise et permet d'exposer les avancées significatives des savoirs scientifiques.*

*La Revue des Sciences Médicales favorise la publication des travaux de recherche de qualité, réalisés par des équipes de jeunes chercheurs dans le cadre de leurs thèses ou de leurs projets de recherche.*

*Cette revue publiera une large variété d'articles scientifiques en plus des éditoriaux, des articles originaux, des articles de synthèse, des séries thématiques, des cas cliniques, des recommandations d'experts ainsi que des documents didactiques et pédagogiques.*

*Elle se doit de fournir à l'ensemble de la communauté scientifique des articles de formation pertinents et actualisés.*

*La Revue des Sciences Médicales est une revue scientifique à comité de lecture composé de chercheurs et d'experts. Les articles sont soumis à la relecture critique d'experts indépendants. Elle a vocation à contribuer au débat de la recherche en sciences biomédicale, pluridisciplinaire, elle a pour ambition de réunir un public aussi diversifié comme des scientifiques, étudiants dans le domaine de la médecine, de la pharmacie et de la médecine dentaire.*

*Des travaux qui devront faire ressortir leur intérêt pour la recherche et l'action publique et ou les limites, les biais, les approches méthodologiques et les résultats attendus sont notamment discutés. c'est pourquoi, en plus des articles de recherche originale et des articles de synthèse ou de mise au point, la revue publie des travaux aidant à la décision et favorisant ainsi les échanges avec les auteurs.*

*Cette revue semestrielle est placée sous la responsabilité éditoriale du Doyen de la Faculté de Médecine d'Oran.*

*Dans un premier temps, les numéros sont diffusés gracieusement à toutes les institutions et organismes de recherche et à vocation biomédicale.*

*Nous espérons que cette Revue des Sciences Médicales deviendra l'organe officiel de l'expression scientifique de notre Faculté de Médecine.*

*La réussite que nous souhaitons sera fondée sur la diversité, la pertinence et l'utilité des articles publiés.*

*Le Doyen*

*Pr. F. AYAD*

# Article didactique

## **Rédiger un résumé à soumettre à une revue scientifique**

N. Midoun<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculté de Médecine d'Oran – Service d'épidémiologie et  
de médecine préventive  
Etablissement hospitalier et universitaire d'Oran

### **1.– Introduction**

Le but de tout bon chercheur est de publier ses résultats dans un article scientifique et d'être largement lu et référencé. Cette visibilité de votre travail scientifique doit pour beaucoup au résumé de votre article. En fait, la rédaction du résumé est un temps fort de la rédaction scientifique, dont peut grandement dépendre l'audience de la publication.

Il faut prendre le temps nécessaire pour rédiger le résumé avec beaucoup d'application et de soin. Le résumé est le texte qui sera le plus lu, car étant celui qui est disponible en ligne sur les bases de données bibliographiques informatisées. De plus, le résumé est la seule partie du papier que les lecteurs voient quand ils cherchent à travers des bases de données électroniques

Le résumé n'est pas une formalité accessoire, et pas un élément secondaire de l'article. Au contraire, il doit être considéré comme une partie principale et intégrante et un moment fort de la rédaction médicale scientifique du travail soumis à publication.

Le résumé est de loin la partie la plus lue de l'article et constitue une véritable vitrine qui doit exposer l'article de façon claire et peu détaillée par rapport au corps du texte.

Le résumé est la seule partie de l'article qui est publié dans les actes de conférences, c'est aussi la seule partie de l'article qu'un correcteur potentiel voit quand il est invité par un éditeur à examiner un manuscrit..

On doit rédiger le résumé, une fois l'article achevé afin d'être le plus fidèle au contenu

Tout lecteur d'un résumé doit comprendre l'ensemble des concepts véhiculés dans l'article sans avoir à se reporter au texte de l'article. Un bon résumé doit pouvoir être lu indépendamment de l'article et doit inciter à le lire.

Aussi, le style doit être suffisamment informatif clair, direct, concis, sans erreur de syntaxe avec des phrases courtes sans fautes d'orthographe en évitant toute abréviation tout en évitant les abréviations.

Par cette présentation, nous avons compilé tout ce qui a été dit et écrit pour essayer d'aider les auteurs à bien rédiger un résumé en respectant certaines règles internationales de la rédaction d'un article scientifique biomédical déjà établies par les rédacteurs en chef des plus grandes revues

### **2. – Style et allure générale du résumé :**

Il est important de soigner le style du résumé pour intéresser le lecteur et le persuader à le lire ; sa crédibilité est influencée par le style et la clarté de l'énoncé du problème, du travail de recherche et des résultats exposés.

Le style scientifique est soumis à un équilibre d'écriture dans une triptyque de contraintes qu'il faut maintenir avec beaucoup d'abnégation et nécessitant beaucoup d'expérience des phrases requiert beaucoup d'expérience: trilogie

- Précision
- Clarté
- Sobriété et concision

### **3. – Structure générale d'un résumé**

Dans un résumé, on y retrouve les sections condensées d'un article scientifique : Titre, Introduction, Méthode, Résultats, Conclusion ; la discussion n'est pas abordée.

Fréquemment, seuls le titre et la conclusion sont lus par un lecteur pressé. Il faut mettre en valeur les aspects nouveaux et importants de l'étude ou des observations réalisées afin de délivrer un message utile (*take home message*).

Parfois, on doit prendre en compte les *Instructions aux auteurs* que diffusent les rédacteurs en chef de revue et les comités scientifiques de congrès.

En effet, le non-respect de ces instructions quant au format (taille, police, structure) pourrait provoquer le rejet de l'abstract.

### **3.1. – Principes généraux**

Le résumé est incontournable et constitue une véritable vitrine de l'article, il doit permettre aux lecteurs de savoir précisément si celui-ci correspond à la thématique de leurs recherches. C'est de lui que dépendra une partie du succès de l'article : c'est le résumé qui décidera les lecteurs à aller plus loin ou, a contrario, à rejeter d'emblée l'accès à l'article.

Le résumé (ou abstract) est habituellement présenté après le titre et le nom des auteurs. Il apparaît soit juste après le titre et la référence des auteurs, en bilingue au début soit parfois à la fin, juste avant les références.

De l'article dépendra grandement le fait que le texte sera lu in extenso ou d'emblée écarté lors de la recherche bibliographique. Sa construction reprend la structure IMRAD

La structure IMRD, dénommée parfois IMRAD, où le A est l'initiale de And, est celle qui prévaut pour les publications biomédicales : Introduction, Matériel et Méthode, Résultats, Discussion. Une Conclusion est suivie des Mots-clés.

Par ailleurs, dans le contexte d'un mémoire ou d'une thèse, une section *Revue de littérature* est insérée entre *Introduction* et *Méthodes*.

### **3.3. – Structure du résumé**

Le résumé structuré se subdivise lui-même en deux catégories : le résumé structuré d'investigation clinique et le résumé structuré de *revues générales* et de *méta-analyses*. Le résumé structuré est de plus en plus fréquemment utilisé pour les articles scientifiques, et plus seulement pour les essais thérapeutiques.

Globalement le résumé se structure en 8 paragraphes, avec un titre pour chacun :

- 1.– But de l'étude
2. – Protocole, méthodes de l'étude
3. – Lieu de l'étude
4. – Sélection des participants
5. – Méthodes thérapeutiques
6. – Critère de jugement principal
7. – Résultats
8. – Conclusions

Le résumé structuré de *revues générales* ou de *méta-analyse* comporte 6 paragraphes :

1. – But de l'étude
2. – Origine des données qui ont servi à élaborer le travail
3. – Sélection des études
4. – Extraction des données
5. – Synthèse des résultats
6. – Conclusions

### **Titre**

Il doit être attrayant, pouvant saisir l'attention du lecteur potentiel ; il ne doit pas être trop long et trop technique car il risque de décourager le lecteur, et pas trop court, car risquant de manquer d'informations pour les moteurs de recherche.

Les mots composant le titre doivent correspondre aux mots-clés de l'article (protocole d'étude, population concernée).

Le titre doit être informatif et clair ne dépassant pas plus de quinze (15) mots et formulé après la définition des mots clés du thésaurus en vigueur (Medical subject headings : Mesh disponible sur PubMed ou leur traduction française).

Le résumé comporte en général moins de 2500 caractères, espaces compris) ce qui correspond à 250 à 300 mots.

Le style du titre utilisé peut être :

- 1.– Descriptif : titre informatif sans verbe
- 2.– Interrogatif : titre soulève une question à l'aide d'un verbe

dans un titre, formellement, le style affirmatif (anticipant des résultats probants) est à proscrire. Les acronymes et abréviations ne doivent pas y figurer.

### **Introduction**

Cette section correspond à la question le *Pourquoi* de l'étude. Elle doit idéalement contenir trois idées bien articulées :

## Article didactique

1. – Ce qui est déjà connu (*background*)
- 2.– Ce qui est inconnu (le problème et son importance), puis
- 3.– La question (ce que l'on se propose de faire).

- Etude de causalité : essai contrôlé, randomisé, cohorte, cas témoins
- Etude descriptive : transversale, série de cas
- Etude prospective ou méta-analyse

L'étude peut concerner un seul centre ou plusieurs centres (multicentrique) avec l'accord du Comité d'éthique et/ou d'un consentement éclairé.

La question de recherche annonce le manque de connaissance qu'elle veut combler ou quelle hypothèse veut-on tester. Une seule question principale de recherche est préférable, et éviter les questions tout azimut. Et à une question de recherche correspond un objectif et donc une méthodologie.

La question doit être simple claire et sans ambiguïté de façon à ce que la formulation de réponse dans la conclusion soit simple et compréhensible. Eviter les longues formulations et confuses car susceptible de faire tomber dans le piège de l'introduction des biais dans la formulation de la question.

Au total, la première phrase du résumé doit reprendre l'idée forte et directrice de l'introduction et elle ne doit pas se borner à répéter le titre mais elle doit, plutôt, exprimer l'idée principale en rapport avec la problématique.

Cette section comprend l'intérêt de la question et la problématique (2 à 3 phrases pour le rationnel de l'étude), ainsi qu'une formulation claire de l'objectif principal et l'hypothèse de recherche

### **Matériel et méthode**

Il s'agit de la section : Qui, Quand, Où et Comment de l'étude. Cette section doit contenir suffisamment de détails pour permettre d'apprécier la méthodologie.

#### 1.– Première partie :

Elle présente sommairement les aspects du protocole (*study ou design*) qui soulignent l'importance du travail de recherche.

La qualité scientifique de l'étude sera visible dans le type d'étude à réaliser :

- Schéma expérimental : efficacité ou supériorité d'un traitement
- Essai thérapeutique contrôlé, randomisé, en simple insu ou double insu, randomisé, comparatif, contrôlé (mesure d'un effet),
- Test diagnostique : Critère de référence
- Etude pronostique : Etude de cohorte, exposé non exposé

#### 2.– Deuxième partie :

Elle présente succinctement la (ou les) population(s) étudiée(s) avec les méthodes de recrutement (Patients, Critères d'éligibilité, les sources utilisées, inclusion de non inclusion, nombre de patients inclus et les non répondants ; il peut être utile de préciser la méthode de sélection (structure hospitalière et/ou universitaire, lieu de l'étude monocentrique ou multicentrique), en centre hospitalier ou en communauté, durée de l'étude.

Selon le type de synthèse,: nombre et types, comme des expérimentations orientées sur un sujet précis, des ensembles de données de la littérature scientifique, des rapports ou enquêtes non publiés...

#### 3. – Troisième partie :

Elle présente clairement les paramètres quantitatifs et/ou les critères de jugement (*end-point*) qui permettront de répondre à la question posée.

L'utilisation d'un critère de jugement couplé à une méthode d'analyse statistique valorise la qualité méthodologique d'une étude scientifique. Il est souhaitable - mais non obligatoire dans un résumé - d'exposer succinctement la méthode statistique utilisée.

Rappelons que les critères de jugement doivent être limités au minimum (idéalement un seul) et qu'au mieux, ce ou ces critères doivent avoir été validés par la communauté scientifique ; on doit signaler aussi le taux de perdus de vue. La description et la durée de l'étude, ainsi que la nature de l'intervention et de la mesure.

### Résultats

Cette section correspond à la question *le Quoi*, doit présenter dans une première partie les caractéristiques de la (ou des) population(s) sélectionnée(s), de façon claire et précise : caractéristiques et nombre de sujets inclus, sexe ratio, âge moyen et déviations standards, intervalle de confiance, durée de l'étude et/ou autres paramètres descriptifs pertinents :

- Synthèse des principaux résultats, avec présentation des données chiffrées et des tests statistiques, qui sont exposés.
- Exposer les principaux résultats strictement comme dans le texte
- Moyennes, intervalles de confiance, signification statistique.
- Indiquer tous les résultats concernant le critère principal.
- Eviter de présenter beaucoup de chiffres
- Respecter la cohérence
- Ne rien écrire qui ne figure pas explicitement dans l'article
- Dans les études comparatives, il faut préciser l'éventuelle similarité des groupes comparés.

### Conclusion

La conclusion est, après le titre, la plus section la plus lue du résumé. La conclusion doit apporter une réponse aux questionnements sous forme d'objectifs et en conséquence doit livrer un message clair. La conclusion est limitée habituellement à une phrase en répondant à l'objectif de la recherche et/ou en respectant les recommandations aux auteurs.

Dans un article, il est recommandé de rédiger la conclusion en trois (3) parties, mais pour un résumé il est possible de se limiter à la première :

#### 1.– Première partie :

Elle répond à la question posée de façon claire en reprenant les termes utilisés dans le titre, l'introduction ou les deux (exemple : *Dans cette étude, la performance diagnostique de la cétonémie capillaire était supérieure à celle de la bandelette urinaire*).

L'emploi de ratios (le quart, le tiers, la moitié) est moins explicite que des chiffres bruts. Certaines tournures de phrases sont impropres scientifiquement, par exemple *les deux traitements comparés sont équivalents* ; il faut dire *cette étude n'a pas montré de différence significative entre les deux traitements*.

#### 2.– Deuxième partie :

Elle peut expliquer la signification des résultats (exemple : *originalité du travail, comparaison avec des références acceptées*) ou prendre en compte les limitations éventuelles engendrées par les conditions de l'étude (*spécificité du recrutement, biais*) Cette partie est souvent omise dans un abstract, faute d'espace. Et pourtant, elle peut être utile pour véhiculer le message que l'on veut faire passer. Affirmer davantage que le travail ne le permet est une erreur fréquente. Prudence et modestie sont de mise.

#### 3.–Troisième partie :

Elle peut suggérer des implications potentielles aux résultats et/ou des pistes de réflexion ou des recommandations pour un travail ultérieur. La spéculation, la généralisation et la digression doivent être bannies.

### Mots clés :

Ils portent sur des mots répertoriés dans les Index connus (Medicus par exemple), mais sans style télégraphique. Les mots clés sont tirés du titre et de l'ensemble des mots clés des paragraphes présentés.

Toutes les revues scientifiques biomédicales demandent aux auteurs d'accompagner leur résumé de mots clés.

L'utilité de ces mots clés est discutable puisque les bases de données comme *MEDLINE* (PubMed) sont indexées par des professionnels et n'emploient pas du tout les mots clés fournis par les auteurs.

Néanmoins, si l'on demande aux chercheurs de fournir des mots clés, ils devraient choisir de 3 à 5 termes (parfois jusqu'à 10) qui signalent les domaines généraux de la recherche, soit dans la liste de mots clés de la revue, ou dans *MeSH* si la revue n'offre pas de liste.

## Article didactique

**Tableau I :** Règles de base pour une rédaction scientifique claire, précise d'un résumé

- Bonne lisibilité : si la phrase est courte, simple et la tournure active (le sujet du verbe est actif).

- Temps au passé : pour décrire la méthode et les résultats

- Temps au présent : pour poser une question, décrire un fait ou émettre un jugement, le futur pour les perspectives.

- Les nombres cités dans le texte doivent être écrits en toutes lettres jusqu'à dix (un, trois, dix, 11), sauf s'ils apparaissent entre parenthèses ou s'ils sont suivis par une unité de mesure.

- Un nombre au début de phrase doit être écrit en toutes lettres

- Identification des groupes à l'aide de chiffres romains ou de lettres, tout comme l'emploi de sous-groupes doit être banni

- Quand un pourcentage concerne un petit nombre ou un faible échantillon, il est préférable d'arrondir au nombre entier le plus proche (exemple, 16,539% devient 17%).

- Pour les pourcentages, le séparateur est une virgule avec un chiffre après cette virgule (arrondir les derniers chiffres au chiffre rapprochant (exemple écrire 3,7% au lieu de 3,654%))

- Les chiffres sont séparés de leur unité par un espace insécable (exemple ; 110 mmHg) ; les abréviations d'unité sont invariables (24 kg) ; les chiffres supérieurs à 999 s'écrivent avec un espace pour identifier les milliers, millions (exemple 2 300 et 2 000 000).

- Les médicaments doivent être présentés sous leur nom générique (le nom commercial s'écrit en avlocardyl<sup>®</sup> ; les mots latins s'écrivent en italique (*alpha*, *in situ*, *E. coli*, *al.*, *a priori*)).

**Tableau II :** Construction d'un résumé ou d'un abstract

### Titre

- Informe et attire le lecteur (keywords)

### Introduction

- Ce qui est connu (background)

- Ce qui est inconnu et motive l'étude (study rationale)

- Question de recherche avec le ou les objectifs pour arriver à y répondre

### Méthode

- Protocole (study design)

- Qui, quoi, quand (who, what, where)

- Critère de jugement ou la méthode d'analyse (how)

### Résultats

- Caractéristiques de la (ou des) population(s) (study population)

- Résultats issus de la mesure (outcome, what)

### Conclusion

- Réponse précise à la question (so what)

- Éventuellement la signification des résultats (points forts et/ou limitation)

- Éventuellement les implications (et/ou suggestion)

### Ce qu'il faut retenir et faire pour l'écriture du résumé

- La section *Résultats* ne porte strictement que sur les résultats, et surtout pas de discussion des résultats. Éviter les interprétations trop hâtives mais autant que possible mettre en perspective et d'extrapoler la portée des résultats

- La dernière phrase du résumé doit contenir la conclusion et doit répondre à l'objectif principal de l'étude.

- L'écriture au temps présent est employée dans la formulation de l'hypothèse et pour la conclusion, alors qu'il est au passé pour les autres sections du résumé

## Article didactique

- Le résumé ne doit contenir que des informations suffisantes pour permettre aux chercheurs d'évaluer la pertinence de l'article.
- Toute mention de noms, lieux, et dates, doit être complète et précise
- Le résumé doit contenir tous les mots-clés et les concepts importants qui figureront dans l'index.
- Les meilleures tournures de phrase sont à la forme active (nous avons inclus des patients) et non passives (des patients ont été inclus). Elles doivent être simples, ne contenir qu'une idée (utiliser le mot rare que sporadique, et le verbe mesurer plutôt que quantifier).
- Dans le résumé, les auteurs doivent valider toutes les informations et les présenter sous forme synthétique pour permettre au lecteur de bien assimiler les résultats et comprendre.

### **Ce qui faut retenir et ne pas faire pour l'écriture du résumé**

- Concernant le style, évitez le langage familier (nous avons *astiqué* ou *décrassé* notre patient) ou le jargon médical (*bilanter* un patient)
- Faire état d'éléments qui ne sont pas dans l'article
- Renvoyer à des parties de l'article
- Employer des noms de marques, ou le nom d'établissement
- Ecrire des acronymes abrégés (sauf abréviations normalisées très connues)
- Insérer un tableau ou une figure dans le résumé
- Insérer des références bibliographiques, sauf lorsque les travaux d'un auteur font l'objet de votre article (dans ce cas, indiquez entre parenthèses : auteur, titre revue, numéro, année).
- Erreurs rédactionnelles de syntaxe doivent être soigneusement évitées : invalidation des conclusions d'une étude scientifique ou bien d'en altérer le message
- Erreurs de style (technique ou émotionnel) et les erreurs de français (grammaire, orthographe) ou de typographie (emploi des chiffres et des unités).

Si la qualité méthodologique d'une étude est importante pour transmettre un message scientifique, la présentation du message ne l'est pas moins.

- Evitez les jugements personnels sur la valeur et le mérite de l'article comme : *par ce modeste travail nous mesurons l'effet des résultats dans le cadre d'une extrapolation*

### **Contributions des auteurs au travail de recherche dans le résumé**

- Une lecture anonyme des articles en soumission est faite pour leur évaluation et leur acceptation ou leur rejet, en conséquence, le résumé l'est aussi.

Une attention particulière doit être portée sur le classement des auteurs selon leur mérite et le degré de participation au travail de recherche. Des inimités peuvent en résulter pouvant être responsable de conflits.

Pour éviter ces conflits, il est recommandé d'anticiper l'ordre des signataires avant de réaliser le travail de recherche et d'expliquer l'ordre de citation retenu à chacun.

- Par convention, le premier auteur est celui qui a rédigé le résumé et travaillé le plus dans l'étude (réalisation ou coordination). Tous les autres signataires doivent avoir participé à l'étude ou au travail de rédaction.

- Il est habituel de citer les auteurs dans l'ordre qui correspond au *prorata* (taux de participation) de leur contribution. En cas de contribution équivalente, l'ordre peut être décidé par ancienneté ou par ordre alphabétique.

- L'auteur cité en dernier n'est pas nécessairement celui qui a fourni la plus petite contribution (cette place est parfois attribuée au coordinateur de l'étude).

- Rappelons que tous les auteurs doivent avoir relu et approuvé l'abstract dans sa forme finale. Il ne faut surtout pas citer dans un abstract de congrès une information qui pourrait permettre de reconnaître auteurs (nom propre, ville ou référence à des travaux préalables). Un abstract qui ne remplirait pas cette condition pourrait être refusé.

## Article didactique

• Quand l'écriture du résumé est achevée et que la correction orthographique est effectuée, il faudra ensuite le faire relire et valider par tous les co-auteurs du travail. Un travail scientifique n'est jamais efficacement résumé sans un travail de rédaction intense et de nombreuses révisions.

### **Longueur du résumé**

• La longueur du résumé est souvent indiquée dans les instructions aux auteurs, données par chaque revue. Dans le système le plus souvent en vigueur pour les revues biomédicales (système *Vancouver* : Un petit groupe de rédacteurs de journaux médicaux s'est réuni initialement à Vancouver (Colombie britannique) en 1978 pour préparer et normaliser des recommandations sur la présentation des manuscrits destinés à publications.

• Ces règles de présentation, comprenant notamment les normes élaborées par la *US National Library of Medicine* pour la présentation des références bibliographiques. Le groupe de Vancouver est devenu le Comité international des rédacteurs de journaux médicaux qui se réunit chaque année.

• Elle est le fruit d'un effort pour réorganiser et réécrire la quatrième édition, en améliorant la clarté et en considérant d'autres thèmes que ceux initialement envisagés, comme les problèmes de droits, de respect de la vie privée, de description des méthodes

### **Résumés de revues systématiques et de rapports de cas**

• De nombreux articles de synthèse récents portent sur des revues systématiques, dans lesquelles des données contenues dans des rapports de recherche peuvent même être regroupées et analysées pour produire une méta-analyse ; dans ce cas, un résumé informatif présente la méthodologie et les résultats d'analyse.

• Un autre type de rapport de recherche souvent préparé par des stagiaires en médecine est le rapport de cas ou la série de cas. Encore une fois, le contenu et le format du résumé diffèrent. Le résumé est habituellement plus court que ceux portant sur des recherches originales, et certaines revues scientifiques refusent les résumés concernant ce type d'article.

Le cas échéant, les résumés doivent comprendre les éléments suivants :

• Pour les séries de cas, il y a lieu d'indiquer les critères de sélection des cas et le nombre de cas ainsi retenus.

**En conclusion**, l'élaboration d'un résumé d'article, en tant qu'outil d'évaluation des apprentissages relatifs aux aptitudes et à la compétence de lecture critique d'un article scientifique, nous semble, dans les conditions de son développement dans notre faculté, caractérisée par une double limite : cet outil est, d'une part, incomplet et il pose pour l'instant, un réel problème de fidélité de correction. En effet, l'épreuve de résumé permet uniquement de vérifier que l'étudiant a reconnu la structure de l'article et a compris la démarche des auteurs. Pour cette raison, le résumé devrait systématiquement être associé à un autre type d'épreuve, des questions rédactionnelles comme nous l'avons fait, et/ou des questions type Likert, qui vont, elles, explorer plutôt la capacité d'analyse et le sens critique.

### **Références**

1. International committee of medical journal. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 309-15, document aussi disponible on line et réactualisé en 2009 : <http://www.icmje.org>.
2. Ryan-Wenger NM. Guidelines for critique of a research report. *Heart Lung* 1192 ; 21 : 394-401.
3. Maisonneuve H, Lorette G, Maruani A, et al. *La rédaction médicale*. Paris : Wolters Kluwer, 2010.
4. Lebrun JL. *Guide pratique de rédaction scientifique : comment écrire pour le lecteur scientifique international*. Paris : EDP Sciences, 2007.
5. Salmi LR. *Lecture critique et communication médicale scientifique : comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique*. Paris : Elsevier Masson, 2012.
6. Taboulet P. Advice on writing an abstract for a scientific meeting and on the evaluation of abstracts by selection committees. *Eur J Emerg Med* 2000 ; 7 : 67-72.
7. Squires BP. Structured abstracts of original research and review articles. *CMAJ* 1990 ; 143 : 619-22.
8. Alexandrov AV, Hennerici MG. Writing good abstracts. *Cerebrovasc Dis* 2007 ; 23 : 256-9.
9. Pierson DJ. How to write an abstract that will be accepted for presentation at a national meeting. *Respir Care* 2004 ; 49 : 1206-12.
10. Andrade C. How to write a good abstract for a scientific paper or conference presentation. *Indian J Psychiatry* 2011 ; 53 : 172-5.
11. Baxt WG, Waeckerle JF, Berlin JA, et al. Who reviews the reviewers ? Feasibility of using a fictitious manuscript to evaluate peer reviewer performance. *Ann Emerg Med* 1998 ; 32 : 310-7.
12. Fraser HS. Writing a scientific paper. *West Indian Med J* 1995 ; 44 : 111-4.
13. <http://mesh.inserm.fr/mesh>.
14. Zeiger M. Telling a clear story in a clinical anaesthesiology paper. *Eur J Anaesthesiol* 1994 ; 11 : 313-20.
15. Instructions for authors. *JAMA* 2006 ; 295 : 103-11.
16. Squires BP. Statistics in biomedical manuscripts : what editors want from authors and peer reviewers. *CMAJ* 1990 ; 142 : 213-4

# Communications orales

## **ANALGESIE PERIDURALE POUR ACCOUCHEMENT – CONNAISSANCE, ACCEPTABILITE ET SATISFACTION MATERNELLE DE L'ANALGESIE PERIDURALE**

L. Senhadji<sup>1</sup>, B. Chouicha<sup>2</sup>, A. Benhamed<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service d'anesthésie-réanimation A centre hospitalo-universitaire d'Oran Algérie

<sup>2</sup> Service d'anesthésie- réanimation B centre hospitalo-universitaire d'Oran Algérie

<sup>1</sup> Service d'anesthésie-réanimation A centre hospitalo-universitaire d'Oran Algérie

### **Introduction**

La mise en place d'un protocole d'analgésie péridurale associant bupivacaïne 0,125% et fentanyl pour accouchement au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé de gynécologie et d'obstétrique Nouar Fadéla d'Oran a permis de réaliser une analgésie adéquate.

### **Objectifs**

Les objectifs assignés à cette étude, visent à évaluer la connaissance et l'acceptabilité des parturientes de la technique d'analgésie péridurale et de mesurer la satisfaction maternelle sur une échelle à classe sémantique.

### **Matériels et méthodes**

Il s'agit d'une étude observationnelle mono centrée réalisée au niveau de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) de gynéco- obstétrique Nouar Fadéla d'Oran. Ainsi 120 parturientes à terme avec une présentation céphalique, qui ont bénéficié d'une analgésie péridurale.

### **Résultats**

Concernant la connaissance de la technique : méconnaissance des parturientes de l'analgésie péridurale permettant la prise en charge de la douleur de l'accouchement dans 70% des cas. Dans 30% des cas, les parturientes prétendaient ou étaient en possession de quelques informations vagues sur la technique. La connaissance de l'analgésie péridurale selon la parité, montrait que dans 36% des cas les parturientes nullipares connaissaient la technique d'analgésie contre 64% qui ne connaissaient pas.

L'acceptabilité de l'analgésie péridurale par les parturientes : 88,3% des parturientes avaient accepté sur proposition l'accouchement sous cette forme d'analgésie. Les parturientes demandeuses ne représentaient que 11,7% des cas.

La satisfaction globale des parturientes a été évaluée dans le post partum immédiat et dans les heures qui suivent l'accouchement. Le choix de 3 réponses à caractère sémantique était appliqué pour un ordre pratique : – Pas satisfaite ou insatisfaction – Moyennement satisfaite – Très satisfaite

Nous avons pris en considération dans cette évaluation différents éléments, notamment le soulagement de la douleur grâce à la mesure par l'EVA, le vécu global de la technique, et la présence de complications anesthésiques, obstétricales ou néonatales.

Les parturientes très satisfaites de la prise en charge de la douleur durant le travail et l'accouchement représentaient 96,7% de la population d'étude.

### **Conclusion**

Nos parturientes sont jeunes, se présentant en salle de naissance avec un travail obstétrical algique voire hyperalgique. L'analgésie péridurale est méconnue de la plus part des parturientes est acceptée sur proposition des médecins anesthésistes réanimateurs en dehors de toute influence de l'âge et de la parité. La satisfaction globale élevée des parturientes est le résultat de la qualité de la prise en charge de la douleur en salle de naissance.

### **Mots clés**

Analgésie péridurale – Connaissance – Acceptabilité – Satisfaction maternelle

**PLACE DE LA MESURE DE LA PRESSION  
INTRAABDOMINALE PAR VOIE VESICALE  
DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES DE  
REANIMATION POLYVALENTE**

D. Elkebir<sup>1</sup>, F. Mazour<sup>1</sup>, H. Mokhtari-Djébli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service Anesthésie réanimation chirurgicale EHU Oran

<sup>2</sup> Service Urgences CHU Oran

[elkebir.djamila@hotmail.com](mailto:elkebir.djamila@hotmail.com)

**Introduction**

L'hypertension intra-abdominale (HIA) est un phénomène souvent méconnu car non mesuré.

Selon le grade de l'HIA, elle peut être la cause de complications dont l'insuffisance rénale, la détresse respiratoire et la défaillance cardiovasculaire.

Ces défaillances d'organes, exclusivement liées à l'HIA constituent le syndrome du compartiment abdominal (SCA) qui, en l'absence de traitement est léthal : le décès survient dans un tableau de défaillances multiviscérales. Le monitoring de la pression intraabdominale par voie vésicale permet un diagnostic précoce d'HIA et/ou du SCA.

**Objectif**

Mise en évidence de l'importance du monitoring de la PIA dans le diagnostic précoce d'HIA ou du SCA avec un objectif secondaire, celui d'élargir la procédure chez les patients de soins intensifs.

**Matériel et Méthodes**

Une étude mono centrique, prospective, observationnelle et comparative a été réalisée entre janvier 2013 et décembre 2013 en réanimation chirurgicale EHU d'Oran. Nous avons comparé deux groupes de 30 malades chacun, ayant au moins deux facteurs de risque d'HIA, soit en phase postopératoire de chirurgie abdominale majeure soit dans un contexte d'urgence. Contrairement au groupe 2, tous les malades du groupe 1, bénéficiaient du monitoring de la PIA.

**Résultats**

La moyenne d'âge de l'étude était de 58,3 ans avec une prédominance du sexe masculin à 63% (sex ratio supérieur à 1). En chirurgie réglée, la médiane des PIA post opératoires étaient de 14 mm Hg, versus une PIA médiane à 22 mm Hg pour les patients admis en urgence ( $p= 0,0001$ ). La fréquence de l'HIA était de 100% à l'admission des patients en réanimation et confirmait l'influence des facteurs de risque, cette fréquence diminuait à 50% après prise en charge thérapeutique. Concernant le syndrome du compartiment abdominal, la défaillance d'organe prédominante était rénale et s'associait à une PIA supérieure à 20 mm Hg. La fréquence de SCA était de 33,3% puis chutait à 3,3% après prise en charge thérapeutique. L'évolution était défavorable chez 13,0% des malades du groupe 1 versus 16,7% dans le groupe 2. Dans le groupe 1, la thérapeutique chirurgicale de réduction de la PIA était bénéfique chez 73,3 % (11/15) avec une évolution favorable dans 81,8% des cas et un délai de reprise chirurgicale inférieur à 24 heures alors que dans le groupe 2, les patients décédés avaient eu dans 33,3 % des cas un délai de reprise supérieur à 48 h.

**Conclusion**

Le monitoring de la PIA chez les malades du groupe 1, avait permis le diagnostic précoce de syndrome du compartiment abdominal et de poser plus rapidement les indications de reprises chirurgicales par rapport au groupe 2.

**Mots-clés**

Pression intra-abdominale, hypertension intra-abdominale, syndrome du compartiment abdominal, pancréatite aiguë grave, sepsis intraabdominal, défaillances multiviscérales, complications postopératoires, laparotomie écourtée, anévrysme abdominal.

### **DEVENIR ET QUALITE DE VIE DES MALADES APRES SEJOUR EN REANIMATION**

N. Chikh<sup>1</sup>, N. Chibani<sup>1</sup>, B. Ouldkadi<sup>1</sup>, B. Errouane<sup>1</sup>, A. Mechebbek<sup>1</sup>, H. Boubeki<sup>1</sup>, S. Mensour<sup>1</sup>, W. Derouiz<sup>1</sup>, M Mehali<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale EHU Oran

[n1chikh@yahoo.fr](mailto:n1chikh@yahoo.fr)

#### **Introduction**

Après leur séjour en réanimation, nombreux patients gardent des séquelles physiques et ou psychologiques et leur qualité de vie liée à la santé (QDVLS) est modifiée comparativement à la population de référence.

#### **Patients et méthodes**

Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2014 tous les malades ayant séjourné plus de 48h ont été revus à 3 et à 12 mois de leur séjour en réanimation médicale, par un réanimateur et la psychologue du service. Dans un dossier dédié à la CPR sont notés les données du patient, les données du séjour, son vécu, les séquelles à la sortie, les données de l'examen clinique, les troubles psychologiques évalués par (HADS et IES) et sa qualité de vie mesurée par le SF-36.

#### **Résultats**

À 3 mois, seuls 150 sont inclus soit un taux de (56,6%) et 109 patients à 1 an (41%); on observe 54% de femmes et 46% d'hommes (OR=1,2), l'âge moyen est de 36,2±16,36 ans. La durée moyenne du séjour est de 17,6±25,39j. Ainsi 64,6% ont été ventilés pour une durée moyenne de 8,6±23,6j. L'IGSII est de 33,73±17,9 et 38,7% sont sortis en GOS3 et 61,3% en GOS 4 et 5. Avant leur hospitalisation 39.4% des malades avaient un emploi ou étaient en formation, à 1an 65,8% les ont repris. A 3 mois 39.3% n'étaient pas autonomes contre 21% à 1 an. Les séquelles physiques les plus fréquentes à 3 mois de la sortie sont la douleur (n=68), les troubles moteurs (n=59), les troubles du sommeil (n=66), les troubles cognitifs (concentration n=53, mémoire n=34, l'attention n=36 et l'orientation n=5), les séquelles ORL (n=23), une asthénie (n=41) et d'autres troubles tel que le langage, la dyspnée, un syndrome parkinsonien, un syndrome de stress post traumatique (SSPT) 17,3%,

un syndrome anxio-dépressif 15%, une dépression 10% et une anxiété 6%. Une sédation légère et un souvenir du séjour sont corrélés à la survenue d'un SSPT (p=0,04 et p=0,002). A 1an, de nombreuses séquelles sont retrouvées avec presque la même fréquence qu'à 3 mois.

À 3 mois de la sortie la qualité de vie de nos malades est altérée et toutes les moyennes des scores des dimensions du SF-36 sont diminuées par rapport à la population algérienne de référence, à l'exception de la dimension GH; à 1 an la qualité de vie reste altérée et les scores des dimensions du SF-36 restent basse sauf dans les dimensions « BP, GH et VT ».

Cette altération est corrélée à l'âge, le sexe, à la gravité des séquelles physiques, les séquelles psychologiques, la durée de ventilation et à la durée d'hospitalisation.

#### **Conclusion**

Les scores d'évaluation de la qualité de vie liée à la santé (QDVLS) de nos patients après leur séjour en réanimation montrent que cette (QDVLS) est altérée aussi bien dans ses dimensions physiques et psychiques comparativement à celle de la population algérienne de référence. Une recherche des causes pouvant être responsable de cette altération, leur prise en charge et un suivi régulier de ces patients par une consultation post réanimation permettraient l'amélioration de la QDV de nos patients

#### **Mots-clés**

Qualité de vie liée à la santé (QDVLS), séquelles physiques, réanimation, syndrome anxio-dépressif, syndrome de stress post traumatique (SSPT), SF36

### **CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES DU POLYTRAUMATISE AU SERVICE DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE D'ORAN**

S. Benbernou<sup>1</sup>, Z. Benterki<sup>2</sup>, K. Bentria<sup>3</sup>, K. Bouyacoub<sup>1</sup>, A. Azza<sup>1</sup>, S. Iles<sup>1</sup>, H. Mokhtari<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UMC CHUOran <sup>2</sup> EPH de Ghardaïa <sup>3</sup> EPH de Relizane

E-mail : [gsoumia@hotmail.com](mailto:gsoumia@hotmail.com)

#### **Introduction**

Les polytraumatisés sont principalement provoqués par des accidents de la voie publique (AVP), qui deviennent la première cause de mortalité des hommes âgés de moins de 40 ans dans les pays industrialisés. Cette pathologie est fréquente en Algérie en raison du nombre important d'AVP. C'est dans cette optique que nous voulions réaliser une étude dans l'objectif était de connaître les caractéristiques cliniques radiologiques des polytraumatisés et de déterminer les facteurs de risque de survenue de décès.

#### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les observations de polytraumatisés admis au service de réanimation polyvalente des UMC CHU Oran entre Janvier 2014 et Juillet 2016.

- Critères d'inclusion : · Tous les blessés présentant au moins deux lésions, dont l'une met en jeu le pronostic vital.

- Critères d'exclusion : Patient présentant moins de deux lésions, hospitalisés au service de réanimation des urgences du CHU Oran. Les données ont été saisies, codées et analysées en utilisant le logiciel d'analyse statistique Epi Info™ 7.2.0.1 version 27/06/2016 en anglais. Une description globale de la population a été faite (moyenne d'âge, répartition en fonction du sexe, origine).

L'EXCEL 2016 a été utilisé après exportation des données à partir du logiciel Epi Info, la variable d'intérêt est la mortalité. Analyse uni variée a été faite pour expliquer la mortalité en fonction des différentes variables (données cliniques, données para cliniques, scores de gravité, radiologiques et thérapeutiques). Valeur et Khi2 sont calculés, avec un seuil de signification à 5%.

#### **Résultats**

Sur la période étudiée (31mois), 135 patients ont été inclus dans notre étude dont l'âge est supérieure ou égal à 16 ans, avec un intervalle des âges entre 16 et 89 ans. L'âge moyen des malades était de 34,07 ±15,38 ans. -l'âge moyen des survivants (30,83±13,08 ans) était inférieur à l'Age moyen des décédés (36,81 ± 16,68). L'AVP était à l'origine du traumatisme dans 76% des cas suivi par la chute retrouvé chat 17 % des patients. Les lésions les plus fréquentes étaient le thorax et le crâne suivi par les lésions de l'appareil locomoteur suivi par l'abdomen et enfin le rachis. L'association lésionnelle la plus fréquente était crâne-thorax. Association de 4 lésions étaient présentes chez 14 patients. L'état de choc était présent dans 66% des cas.

L'analyse univariée a montré que les principaux facteurs de survenue de décès étaient, l'âge (P=0,02), le score de Glasgow (P=0,0001), l'anisocorie (P=0,0009), l'état de choc (P= 0,0002), détresse respiratoire (p=0,002), une lésion crânienne (p=0,002), le décès était dû à l'hypertension intracrânienne dans 26% des cas, au choc hémorragique dans 15% et au SDRA chez 7% des polytraumatisés.

#### **Discussion**

Les facteurs de mortalité sont ceux retrouvés dans la littérature mais la mortalité globale (54%) reste élevée par rapport aux différentes séries de la littérature comme celle de Barrou et Martin.

#### **Conclusion**

La prise en charge du polytraumatisé ne s'improvise pas. Les équipes médicales doivent être coordonnées par un médecin urgentiste en pré hospitalier, un médecin anesthésiste-réanimateur à l'accueil. Certains gestes systématiques tels que la préparation de l'accueil permettent d'optimiser la gestion du temps. C'est en effet, entre autres, en stabilisant le plus vite ce type de patient que l'on peut espérer en améliorer la morbidité et la mortalité liées au choc post traumatique précoce. Ce dispositif tarde à être mis en place lentement en Algérie.

#### **Mots-clés**

Épidémiologie du polytraumatisé, UMC, AVP, score de Glasgow, hypertension intracrânienne, facteurs de risque de mortalité

### **RESULTATS DU REGISTRE DU LABORATOIRE DE RECHERCHE 'SURVEILLANCE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX 'DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ORAN : ANNEE 2017**

H. Mokhtari-Djebli<sup>1</sup>, S. Benbernou<sup>1</sup>, M. Goulman<sup>1</sup>, D. Alachaher<sup>1</sup>, M. Louail<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service des Urgences Médicales du CHUOran

[djeblihouria@hotmail.com](mailto:djeblihouria@hotmail.com)

#### **Introduction**

L'accident vasculaire cérébral (AVC) fait partie des grandes priorités de santé publique dans le monde. C'est la 1<sup>ère</sup> cause de handicap de l'adulte, la deuxième cause de démence et la 3<sup>ème</sup> cause de décès chez l'homme après les maladies coronariennes et le cancer (2<sup>ème</sup> cause de décès après le cancer chez la femme et 3<sup>ème</sup> cause de décès). C'est dans l'optique d'un recueil exhaustif de ce type de patients que des registres ont été créés dans plusieurs pays. Pour le registre d'Oxford (USA), l'AVC est plus fréquent que l'IDM : sur une population de 91 160 habitants étudiés de 2002 à 2005 parmi les pathologies cardiovasculaires, il y a eu 918 AVC et 856 syndromes coronariens aigus (45% vs 42%). Le risque de récurrence à 5 ans est de 30%-43%.

#### **Objectifs du registre**

- Analyse de l'incidence (tous les cinq ans)
- Etude des facteurs de risque
- Etude de la survie

#### **Matériel et Méthode**

Une cohorte pérenne de patients est admise pour AVC à la phase aiguë, des données nominatives, monocentrique.

Les paramètres étudiés sont : âge, sexe, antécédents médicaux, score de NIHSS, délai d'admission, délai du scanner, type d'AVC, signes radiologiques et évolution.

#### **Résultats :**

Dans notre étude l'AVC représente le premier motif d'hospitalisation au niveau du service des urgences médicales du CHU Oran avec 577 cas d'AVC sur 3537 hospitalisations, toutes pathologies confondues, ce qui représente une incidence de 16,31%. L'incidence hospitalière cumulée sur quatre ans était 2491 hospitalisations, elle a presque doublé passant de 464 hospitalisations en 2012-2013 à 832 cas en 2016-2017.

74.2% des AVC étaient ischémiques ; l'hémorragie intracérébrale était de 14,7% ; l'hémorragie sous arachnoïdienne était de 2,8% et la thrombose veineuse cérébrale était de 4%. L'HTA, le diabète et la cardiopathie emboligène sont les principaux facteurs de risque avec respectivement des fréquences de 61%, 7%, 32,8% et 18,9%.

#### **Discussion**

En comparant nos résultats à ceux de la littérature on remarque que Bouchenak en Algérie avait trouvé une incidence hospitalière de 42,22% au service de neurologie du CHU Tlemcen durant les années de 2001 à 2012 avec une incidence cumulée de 5006 hospitalisations. Le registre des AVC de Dijon rapporte une incidence de 2% par rapport à l'ensemble des hospitalisations. La prédominance du sexe féminin de notre série concorde avec les résultats au niveau national et maghrébin alors que l'étude de Framingham avait trouvé un sex ratio de 1,9. L'analyse multivariée a montré que l'âge était un des facteurs de risque de survenue de cette pathologie en effet d'après Rothwell dans sa série publiée en 2005, l'AVC double chaque décennie après l'âge de 55 ans.

#### **Conclusion**

Les AVC ont été longtemps considérés comme une fatalité, mais du fait des progrès en matière de diagnostic précoce, de prise en charge et de prévention, on a pu améliorer le pronostic à court et à long terme.

La création de registre de ce type de pathologie de santé publique est obligatoire dans notre pays afin d'en améliorer la prise en charge.

#### **Mots-clés :**

Registre des AVC, facteurs de risque, incidence hospitalière de AVC, étude de Framingham

### **LES ADMISSIONS EN RÉANIMATION PÉDIATRIQUE CHU ORAN DES ÉTATS DE MAL CONVULSIFS UNE EXPÉRIENCE DE 8 ANS.**

D. Boumendil<sup>1,2</sup>, M.A Negadi<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> Réanimation Pédiatrique CHUO

<sup>2</sup> Laboratoire d'Accidentologie Pédiatrique (ACCIPED).

[mehdimimi3@yahoo.fr](mailto:mehdimimi3@yahoo.fr)

#### **Introduction**

L'état de mal convulsif (EMC) représente l'urgence neurologique la plus fréquente en pédiatrie. L'EMC réfractaire (EMCR) et a fortiori le super-réfractaire (EMCSR) peut être potentiellement mortel. Les guidelines sont mis à jour presque chaque année dans le but d'améliorer les résultats qui dépendent, entre autre, de l'étiologie sous jacente.

Le but de cette étude est de déterminer les étiologies, les facteurs de dévolution en EMC réfractaire et super-réfractaire des EMC admis en réanimation sur une période de 8 ans.

#### **Patients et méthodes**

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle avec une analyse rétrospective, incluant les enfants âgés de 1 mois à 15 ans, admis en réanimation pédiatrique CHU Oran, entre janvier 2008 et décembre 2015 pour un EMC.

On parle d'EMC en cas de crise convulsive d'une durée supérieure à 30 minutes ou en cas de crises successives sans retour à la conscience entre les crises. On parle d'EMC réfractaire lorsque les crises durent plus de 2 heures malgré l'administration de médicaments antiépileptiques correctement dosés. Si un EMC réfractaire ne parvient pas à être contrôlé en l'espace de 24 heures au moyen d'agents anesthésiques, on parle d'EMC super-réfractaire.

Les étiologies ont été regroupées en 5 catégories : idiopathique/cryptogénique, causes chroniques, causes aiguës, convulsions fébriles et les encéphalopathies progressives.

Le protocole thérapeutique est basé sur une benzodiazépine en première ligne, sur le phénobarbital IV en seconde ligne et en cas d'échec sur une anesthésie générale avec une perfusion continue de midazolam/ penthotal.

L'efficacité des traitements est définie par l'arrêt des crises dans les 20 minutes, sans récurrence dans les 6 heures (pour les deux premières lignes de traitement) et dans les 24 heures sous l'anesthésie générale.

#### **Résultats**

443 d'EMC ont été retenus pour cette étude ce qui représente 11,4% du total des admissions, avec 185 (41,8%) EMC réfractaire et 24 (5,4%) EMC super-réfractaire.

Les causes chroniques et les cas non identifiés étaient plus fréquents dans l'EMCSR, alors que les causes aiguës étaient fréquentes dans les l'EMCR et l'EMCSR. Les étiologies symptomatiques aiguës (OR 2,79, 95% IC 1,285 – 6,08 ; p= 0,01), la durée de l'EMC (OR 5,11, 95% CI 1,81 – 14,44 ; p =0,002), l'instabilité hémodynamique (OR 109,46 95% IC 13,26 – 903,49) sont des facteurs de risque indépendants d'EMCR.

Alors que la nécessité d'un support hémodynamique (OR 4,42, 95% IC 1,53 – 12,76 ; p= 0,006), les méningo-encéphalites (OR 6,81, 95% IC 2,42 – 19,19 ; p= 0,00001), les causes indéterminées (OR 47,23, 95% IC 6,49 – 343,88 ; p= 0,00001) sont des facteurs de risque indépendants d'EMCSR.

Les corticostéroïdes (10 patients), les immunoglobulines (4 patients), keppra (13 patients) topiramate (2 patients), ketamine (un patient) propofol (4), xylocaine (un patient) ont été utilisés dans le traitement de l'EMCSR. Les complications ont été plus fréquentes dans les EMCSR (54,1%). La mortalité globale était de 22,8%, alors qu'elle atteignait 47% dans l'EMCR et 45,8% dans l'EMCSR.

#### **Conclusion**

Les étiologies des EMC sont hétérogènes, le plus souvent la réponse au midazolam, même à forte dose est bien tolérée et efficace. L'EMCSR est une entité récemment définie et dont le succès thérapeutique dépend de la possibilité de traiter ou non la cause de l'EMC.

#### **Mots-clés**

Convulsion, Encéphalite, durée, enfant, réanimation, causes aiguës, anesthésie, midazolam.

### **ASSOCIATION CAPECITABINE-IRINOTECAN- BEVACIZUMAB EN PREMIERE LIGNE DE TRAITEMENT DES CANCERS COLORECTAUX METASTATIQUES EXPERIENCE DU SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE DU CHU ORAN**

Z. Behourah<sup>1</sup>, A. Bousahba<sup>1</sup>, A. Derkaoui<sup>2</sup>, Z. Fouatih<sup>2</sup>, L. Djellali<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'Oncologie médicale CHU Oran

<sup>2</sup>Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive CHU Oran

#### **Introduction**

Le cancer colorectal (CCR) représente un problème majeur de santé publique dans les pays occidentaux par sa fréquence et sa gravité. En Algérie, son incidence est plus faible mais en constante augmentation.

La prise en charge du CCRm a connu une avancée majeure ces dernières années, grâce à une approche médico-chirurgicale multidisciplinaire et au développement des traitements ciblés notamment les antiangiogéniques conduisant à un gain considérable en survie globale.

#### **Objectifs**

Ce travail a pour objectif d'étudier l'efficacité de l'association d'une chimiothérapie à base de Capécitabine et d'Irinotécan (CAPIRI) à un anti-VEGF, le Bévacicumab, en termes de survie sans progression (SSP), de réponse objective (RO), de survie globale (SG) et d'évaluer la tolérance et le bénéfice clinique chez les patients atteints de CCR métastatique en première ligne.

#### **Patients et méthodes**

Une étude observationnelle prospective a été menée au service d'Oncologie Médicale du CHU d'Oran entre Mars 2012 et Mai 2015. Les patients inclus étaient âgés de plus de 18 ans, tous atteints de CCRm non prétraité avec un indice de performance OMS  $\leq 2$ . Les patients ont reçu la Capécitabine 1000 mg/m<sup>2</sup> (800 mg/m<sup>2</sup> pour les patients > 65 ans) matin et soir pendant 14 jours associé à l'Irinotécan 240 mg/m<sup>2</sup> et du Bévacicumab 7,5 mg/kg à J1 toutes les trois semaines). Les patients répondeurs ou stables pouvaient recevoir un traitement d'entretien par Capécitabine-Bévacicumab jusqu'à progression de la maladie.

#### **Résultats**

Cinquante-deux patients atteints de CCR métastatique étaient inclus dans l'étude. Le sex-ratio était de 2,05 avec un âge moyen de 57,4  $\pm$  1,7 ans (IC 95%) et quatre-vingt-quatre pour cent des patients avaient un état général conservé (OMS 0-1). Un total de 395 cycles a été administré avec une moyenne de 7,6  $\pm$  0,4 cycles [3-16]. Vingt-trois patients (44,2%) avaient reçu une maintenance par Capécitabine-Bévacicumab avec une moyenne de 11,6  $\pm$  2,2 cycles [3-41] (IC 95%).

Après un suivi médian de 40 mois (IC 95% : 42-49), la médiane de SSP en intention de traiter (ITT) était de 11 mois (IC 95% : 7,8-14,2) avec un taux de SSP à 12 mois de 44,2%. Le taux de RO en ITT était de 39,2% (IC 95% : 27,5-52,2) avec un taux de contrôle de la maladie de 82,3%. La médiane de SG était de 20,8 mois (IC 95% : 16,5-25,1) avec un taux de SG à 2 ans de 39,2%. Les principales toxicités de grades 3-4 étaient représentées par la diarrhée (26,9%), la neutropénie (13,5%), l'asthénie (7,7%), les vomissements (7,7%), le syndrome main-pied (5,8%). Les toxicités attribuables au Bévacicumab étaient modérées principalement représentées par les événements thromboemboliques (7,7% ; G4 : 1,9%), l'hypertension artérielle (32,7% ; G3 : 1,9%) et les événements hémorragiques (G3 : 1,9%). *Des réductions de doses de Capécitabine et d'Irinotécan, secondaires à la toxicité, ont été nécessaires chez 36,5% et 28,8% des patients respectivement.*

#### **Conclusion**

CAPIRI-Bévacicumab en 1<sup>ère</sup> ligne de traitement du CCRm est efficace avec un profil de tolérance acceptable après adaptation des doses de Capécitabine et d'Irinotécan.

#### **Mots-clés**

Cancer colorectal métastatique, anti-angiogéniques, Bévacicumab, Capécitabine, Irinotécan.

### **PLACE DE LA LACTICO-DESHYDROGENASE (LDH) COMME FACTEUR PRONOSTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES NEUROBLASTOMES**

A. Boumeddane<sup>1</sup>, K.Maharas<sup>1</sup>, R. Bouhass<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de pédiatrie EHS Emir Abdelkader Oran. ALGERIE

<sup>2</sup>Service Hématologie et Thérapie Cellulaire EHU 1er Novembre Oran. ALGERIA

[boumedane.amaria@yahoo.fr](mailto:boumedane.amaria@yahoo.fr)

#### **Introduction objectif**

Le neuroblastome est la tumeur solide extra crânienne la plus fréquente de l'enfant se développe à partir du système nerveux sympathique remarquable par la diversité de ses présentations depuis les formes régressant spontanément jusqu'aux tumeurs de très mauvais pronostic

Etant donné la corrélation qui existe entre facteurs biologiques et génétiques il nous a paru intéressant d'analyser le taux de la LDH sérique qui peut représenter un facteur pronostique fiable pouvant être substitué à l'évaluation de l'amplification du MYCN

#### **Matériel et méthode**

Nous avons mené au service d'oncologie pédiatrique une étude portant sur 161 cas de neuroblastomes sur 10 ans. Les facteurs pronostic pris en considération sont l'âge, le stade, le taux d'LDH pour toute l'étude pour l'étude de la période 2007-2008 on a analysé deux autres facteurs pronostic la ferritinémie et le CD44

#### **Résultats**

Survie meilleure chez les malades âgés de moins d'un an par rapport aux plus d'un an

Une survie plus élevée dans les stades localisés par rapport aux stades métastatiques

La survie globale en fonction de la LDH à 3 ans est de 50% avec LDH normale 18% avec LDH élevée tous stades confondus Pour les stades localisés, le taux de la LDH à un impact très important sur la survie pour les stades métastatiques impact peu significatif.

La survie en fonction de la ferritinémie à 2,5 ans est de 85% avec ferritinémie normale 55% avec ferritinémie élevée Pour l'étude du CD44 la survie globale à 2,5 ans est de 88 % lorsque le CD44 est positif, 42% en cas de CD44 négatif.

#### **Conclusion**

Pour les stades localisés de neuroblastome le taux de la LDH CD44 et FERRITINE a un impact très important sur la survie. Par contre pour les stades métastatiques ce rôle est très peu significatif

#### **Mots clé**

Neuroblastome, cancer, enfant, LDH ,N myc, CD44

### **QU'EN EST-IL DU RETINOBLASTOME A L'OUEST ALGERIEN**

K. Kerrouche<sup>1</sup>, A. Boumedane<sup>2</sup>, A. Boubkeur<sup>3</sup>, K.Mahmoudi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'ophtalmologie EHS pédiatrique Canastel Oran

<sup>2</sup>Service d'oncologie pédiatrique centre Amir Abdelkader Oran

<sup>3</sup>Service de biologie moléculaire Université Mohamed Boudiaf Oran

[ophtalmo\\_kerrouche@yahoo.fr](mailto:ophtalmo_kerrouche@yahoo.fr)

#### **Introduction et objectif**

Le rétinoblastome est une tumeur maligne d'origine génétique, se développant aux dépens de la rétine immature. C'est le cancer intra oculaire le plus fréquent et spécifique de l'enfant âgé de moins de 5 ans. Malgré sa rareté et sa haute malignité, dans les pays développés, il est parmi les cancers les plus curables actuellement avec un taux de survie avoisinant 97%.

En Algérie, très peu d'études épidémiologiques sur le rétinoblastome ont été faites. Il reste cité parmi les cancers de l'enfant. Son diagnostic est souvent tardif, ce qui explique le taux de survie relativement faible.

Le but de ce travail est de décrire le profil épidémiologique et clinique du rétinoblastome à l'ouest Algérien et d'évaluer la survie de ces malades.

#### **Matériel et Méthodes**

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective, descriptive, regroupant tous les patients hospitalisés dans le service d'ophtalmologie de l'EHS pédiatrique de Canastel Oran du 1<sup>er</sup> Janvier 2002 au 31 Décembre 2015 pour la prise en charge d'un rétinoblastome.

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients résidants dans la région ouest et sud ouest Algérien présentant un rétinoblastome confirmé par l'examen clinique et radiologique ou anatomopathologique.

#### **Résultats**

Un total de 140 cas de rétinoblastome est colligé en 14 ans avec une moyenne de 10 cas/an. L'âge moyen au diagnostic est de 26,56 mois  $\pm$  24,63 mois; 36 mois pour le rétinoblastome unilatéral (RBU), 14,5 mois pour le rétinoblastome bilatéral (RBB).

Une légère prédominance masculine avec un sex-ratio =1,25 est retrouvée. 35% sont originaires des hauts plateaux et 74% habitent en zone rurale. Aucun facteur de risque de survenue de la maladie n'a été mis en évidence. Le rétinoblastome était unilatéral 65% (91cas), bilatéral 34,3% (48 cas) et trilatéral 0,7% (1cas). 40,7% (57 cas) sont des rétinoblastomes héréditaires dont 8,57% familiaux. Chez 22 cas (15,7%) la mutation génétique a été identifiée.

Les signes d'appels étaient : la leucocorie 58%, la buphtalmie 15%, le strabisme 13,6%, la cellulite orbitaire 10% et les autres signes 3,6%. Le délai moyen de consultation est long 4,14 mois [0,1-60 mois]. 96,5% des RBU et 69,8% des yeux de RBB étaient au stade D et ou E au diagnostic. L'énucléation était indiquée chez 96,5% des RBU et 59,37% des RBB. Le traitement conservateur a été utilisé chez 3,5% (3cas) RBU, 18,75% (18 yeux) des RBB.

Les facteurs de mauvais pronostic sont : délai long pour consulter, la buphtalmie et la cellulite orbitaire, les facteurs de risque histologiques majeurs (infiltration des parois et du nerf optique), infiltration de la moelle osseuse.

La survie globale est de 80%, elle est 90,2% dans les RBU et 72,9% dans les RBB.

Elle est faible en présence de facteurs de risque clinique buphtalmie (55,2%), d'infiltration de la moelle osseuse (65%) et en présence de facteurs de risque histologiques majeurs (52%).

#### **Conclusion**

Notre étude montre que le rétinoblastome est diagnostiqué à un stade tardif. L'identification, la détection des signes d'appels du rétinoblastome et l'orientation à temps vers l'ophtalmologiste sont les seuls garants d'un diagnostic précoce permettant d'améliorer le pronostic vital mais aussi visuel de cette maladie.

#### **Mots clés**

Rétinoblastome, épidémiologie, aspects cliniques, facteurs pronostiques, survie.

### **IMPACT DE LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE PAR PROTHESE APRES MASTECTOMIE POUR CANCER (EXPERIENCE DU SERVICE)**

K. Belkharroubi <sup>1</sup>, O. Boualga <sup>1</sup>, S. Mohammed Kharoubi <sup>1</sup>, R. Graichi <sup>1</sup>, Y. Ikkache <sup>1</sup>, B. Krelil <sup>1</sup>, K. Rekaï <sup>2</sup>, B. Aarbaoui <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de Chirurgie Générale et Cancérologie «Ait-Idir-Ali» Centre Hospitalier et Universitaire, Oran, Algérie

<sup>2</sup> Centre Anti Cancer «Emir Abdelkader», Misserghine, Oran, Algérie

[bourabainekhadidj@yahoo.fr](mailto:bourabainekhadidj@yahoo.fr)

#### **Introduction**

Le cancer du sein représente 30% des cancers de la femme en Algérie, premier cancer féminin. Notre service prend en charge environ 160 cancers du sein par an. La moyenne d'âge est de 48 ans avec des extrêmes allant de 14 à 90 ans. La reconstruction après mastectomie pour cancer fait aujourd'hui, partie intégrante du traitement du cancer du sein et elle marque en général la fin du traitement. Il est donc licite de proposer une reconstruction mammaire à ces femmes mutilées physiquement et psychologiquement après amputation, essayant ainsi de restituer l'esthétique du sein. La reconstruction mammaire par prothèse est une technique innovante à Oran introduite en 2009 au service de chirurgie générale « Ait Idir Ali » au CHU Oran dans l'intérêt de diminuer l'impact psychologique de la mutilation qui est la mastectomie. Ses avantages sont : diminuer la douleur post mastectomie en retrouvant une symétrie des seins et améliorer la patiente sur le plan physique et psychologique.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact psychologique que peut apporter la reconstruction mammaire pour des malades mutilées physiquement et psychologiquement.

#### **Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive à recueil prospectif menée au service de chirurgie générale « Ait Idir Ali » au CHU d'Oran sur une durée de 07 années, de janvier 2009 à avril 2016, comportant 42 patientes âgées de 30 à 50 ans, ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire secondaire par prothèse seule après une mastectomie pour cancer.

#### **Résultats**

Les suites opératoires ont été simples chez 32 patientes, le drain aspiratif est enlevé à J3 post-opératoire et les patientes mises sortantes. Néanmoins 3 sepsis, 7 lymphocèles dont 5 déposes de prothèse ont été observés dans notre série. L'impact psychologique a été positif dans notre série chez 82% de nos patientes (relevé au décours des dialogues engagés avec celles-ci lors des consultations de contrôle).

#### **Conclusion**

Le sein est le symbole principal de la féminité, sa perte peut gravement altérer l'image corporelle entraînant des séquelles psychologiques, familiales, professionnelles et sociales. La reconstruction mammaire constitue une réponse à cette détresse psychique par la pratique d'une chirurgie plastique et réparatrice proposée à des patientes en rémission complète.

#### **Mots clés**

Sein, cancer, mastectomie, reconstruction, prothèse seule, impact psychologique.

### **ETUDE CLINIQUE ET GENETIQUE DE FAMILLES ALGERIENNES ATTEINTES D'EPILEPSIE**

A. Chentouf

Service de Neurologie, CHU d'Oran

Faculté de Médecine d'Oran

[amina.chentouf@yahoo.com](mailto:amina.chentouf@yahoo.com)

#### **Objectifs**

Cette étude vise à caractériser des familles comptant plusieurs individus épileptiques, à étudier les modes de transmission de l'épilepsie au sein de ces familles, à rechercher des variants génétiques de vulnérabilité à l'épilepsie, et à analyser les relations génotype/phénotype.

#### **Matériels et méthodes**

Des familles multiplex ont été recrutées au service de neurologie du CHU d'Oran entre décembre 2011 et décembre 2016. Tous les participants ont été évalués cliniquement et par des EEG. Les modes de transmission ont été déterminés à travers l'analyse généalogique. Après extraction de l'ADN génomique, des variants génétiques de susceptibilité à l'épilepsie ont été recherchés par hybridation génomique comparative sur micro-réseaux d'ADN (CGH-array) et par séquençage de nouvelle génération (NGS).

#### **Résultats**

Soixante cinq familles épileptiques ont participé à cette étude. L'âge moyen de début de la maladie était de  $9,5 \pm 6,1$  ans avec une légère prédominance masculine (sex ratio : 1,35). Les crises généralisées étaient légèrement plus fréquentes que les crises focales (50% vs. 40%). Le taux de consanguinité parentale était de 50%. Une concordance phénotypique a été constatée dans 2/3 des familles.

En tenant compte de l'analyse des pedigrees, l'épilepsie était transmise sur un mode autosomique dominant dans 44,6% des cas et autosomique récessif dans 35,4%. Les analyses génétiques ont permis d'identifier des mutations du gène EPM1 chez des patients atteints d'épilepsie myoclonique progressive, une mutation du gène RELN chez des individus avec épilepsie du lobe temporal (ELT) et schizophrénie, ainsi que des CNVs bénins et pathogènes. Par ailleurs, une mutation de novo (p.A39E) dans le gène GAL a été identifiée chez des jumeaux monozygotes atteints d'ELT, avec confirmation de l'implication du peptide muté dans le phénotype épileptique par des études in silico. Il s'agit de la première mutation du gène GAL décrite chez l'Homme, en rapport avec un phénotype épileptique.

#### **Conclusion**

Cette étude a permis de dresser les phénotypes, de déterminer les modes de transmission de l'épilepsie chez des familles algériennes multiplex, et d'identifier des variants génétiques connus mais aussi des néomutations pathogènes décrites pour la première fois chez l'être humain.

#### **Mots clés**

Epilepsie, génétique, LGI1, RELN, EMP1

### PHARMACOGENETIQUE ET OPTIMISATION THERAPEUTIQUE

F. Boudia<sup>1,2</sup>, W. Boughrara<sup>3</sup>, M. Arkane<sup>1</sup>, H. Fetati<sup>1,2</sup>, F.Z. Mekaouche<sup>1,2</sup>, F.Z. Moghtit<sup>4</sup>, A. Hamdani<sup>5</sup>, H. Toumi<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Département de pharmacie / Université d'Oran 1, Algérie

<sup>2</sup> Laboratoire de recherche en développement pharmaceutique/ Etablissement Hospitalo-universitaire d'Oran.

<sup>3</sup> Ecole Préparatoire en sciences de la nature et de la vie d'Oran (EPSNVO), Oran, Algérie.

<sup>4</sup> Centre universitaire d'Ain Témouchent, BELHADJ Bouchaib.

<sup>5</sup> Service de néphrologie-dialyse et transplantation, Etablissement Hospitalo-universitaire d'Oran (EHUO)/ Université d'Oran 1, Algérie

[boudiafatima@yahoo.fr](mailto:boudiafatima@yahoo.fr)

#### Introduction

La réponse aux médicaments est souvent variable d'un individu à l'autre, ce qui rend parfois leur utilisation difficile quand la marge thérapeutique est étroite. La pharmacogénétique étudie les mécanismes d'origine génétique intervenant dans la réponse aux médicaments dans le but d'optimiser les traitements médicamenteux, tant en termes d'efficacité que de sécurité d'emploi. En collaboration avec le service de biologie moléculaire et génétique le service de pharmacovigilance de L'EHUOran a entamé une nouvelle expérience à savoir l'impact de certains polymorphismes génétiques sur la réponse aux médicaments particulièrement les immunosuppresseurs tel le Tacrolimus.

#### Objectif

L'objectif de cette étude est de déterminer l'impact du polymorphisme du CYP3A5 c.6986A> G et ABCB1 c. 3435C> T sur la pharmacocinétique du Tacrolimus chez les transplantés rénaux à Oran.

#### Matériel et Méthodes

63 transplantés rénaux de l'Ouest algérien ont été inclus dans l'étude. Le dosage du tacrolimus a été réalisé par méthode immuno-enzymatique (EMIT) sur analyseur automatique des médicaments. Le génotypage a été réalisé par technique polymérase chain reaction-restriction fragment length polymorphism (PCR-RFLP) et les données ont été analysées par le test chi carré.

#### Résultats

Nos résultats suggèrent qu'il existe une distribution significative de la Concentration/Dose Ratio à J30 et J 90 post transplantation pour ces polymorphismes. Cependant, au sixième mois après la transplantation, le ratio concentration/dose présente une distribution significative uniquement pour le polymorphisme du CYP3A5 c. 6986A> G.

#### Conclusion

Ces résultats montrent qu'en dehors de la période initiale le polymorphisme du CYP3A5 c. 6986A> G et ABCB1 c. 3435C> T n'influencent pas la pharmacocinétique du Tacrolimus. Cependant, ces résultats doivent être confirmés sur un échantillon de patients beaucoup plus important.

#### Mots-clés

Transplantation rénale, optimisation thérapeutique, length polymorphisme, CYP3A5, génotypage.

### **ETUDE DES VARIATIONS SAISONNIERES DES CAS INCIDENTS DE SYNDROME CORONARIEN AIGU DANS UNE STRUCTURE HOSPITALIERE A ORAN**

R. Talhi<sup>1</sup>, K. Ouadah<sup>1</sup>, A. Azaiz<sup>1</sup>, M. Kefif<sup>1</sup>, K. Chenni<sup>1</sup>, D. Larbi<sup>1</sup>, A. Dida<sup>1</sup>, FZ. Merabet<sup>1</sup>, R. Tahari<sup>1</sup>, Y. Hammoudi<sup>1</sup>, A. Belgacem<sup>2</sup>, M. Bouziani<sup>1</sup>, A. Abdelouahab<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de Biostatistique, Faculté de Médecine d'Oran.

<sup>2</sup> Service de Cardiologie, Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran (HMRUO).

[randatalhi@yahoo.fr](mailto:randatalhi@yahoo.fr)

#### **Introduction**

En dépit de la diminution considérable de leur fréquence observée ces dernières années, les pathologies coronaires restent une cause majeure de mortalité et de morbidité dans le monde. L'épidémiologie du syndrome coronarien aigu (SCA) est caractérisée par une très grande variabilité temporelle et spatiale. Cependant les variations saisonnières, particulièrement les jours chauds et les jours froids ont tendance à avoir plus d'admissions pour les syndromes coronariens aigus.

#### **Objectif**

Décrire les variations saisonnières et mensuelles des cas incidents de SCA admis au niveau du service de cardiologie de l'HMRUO du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2015.

#### **Méthodes**

Étude descriptive, exhaustive, englobant tous les patients âgés de plus de 18 ans, admis pour SCA de 1<sup>er</sup> épisode. Sont exclus de l'étude, les SCA diagnostiqués lors d'une grossesse, les infarctus reconnus plus de 28 jours après l'apparition des symptômes et les infarctus muets, identifiés sans que l'on puisse dater le début des symptômes.

L'analyse des admissions a été réalisée selon les différentes saisons et la tendance évolutive du SCA sur trois ans a été déterminée graphiquement.

#### **Résultats**

Au total 153 cas de SCA ont été recrutés dans l'étude, dont 67% étaient diagnostiqués SCA avec sus décalage du segment ST (ST+) vs 33% (non ST+). L'âge moyen était de 64 ans  $\pm$  26 ans (34 à 85 ans) avec un sex ratio de 3. La notion de tabac était présente chez 40,5% des cas. 45% des patients étaient hypertendus et 38,6% diabétiques.

La tendance évolutive mensuelle du SCA (quelque soit le type), était marquée par deux pics le premier au mois de février et le second au mois d'août alors que l'évolution saisonnière du nombre d'admission chez les patients atteints d'un SCA de type (ST+) était marquée par une nette diminution entre le printemps et l'été contrairement à celles du SCA de type (non ST+) qui était stable durant toute l'année.

#### **Conclusion**

Cette étude montre la variation du taux d'admission des SCA à travers les différentes saisons. Le nombre d'admission augmente dans la saison froide et chaude mais cette distribution diffère d'un type à un autre dans notre population d'étude.

#### **Mots clés**

Syndrome Coronarien Aigu, cas incidents, variations saisonnières, Oran.

### **APPORT DE LA BIOLOGIE MOLECULAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA LEUCÉMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE - EXPERIENCE DU SERVICE DE BIOCHIMIE DE L'EHUORAN**

M. Nachi<sup>1,2</sup>, D. Guella<sup>1,2</sup>, A.ABED<sup>1,2</sup>, A. Hendel<sup>1</sup>, A. Besbas<sup>1,2</sup>, Z. Chellouai<sup>1,2</sup>, S.A.Benaissa<sup>1</sup>, Entasoltan<sup>3</sup>, MA.Bekadja<sup>2,3</sup>, O. Abou<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Service de biochimie, EHU 1<sup>er</sup> Novembre, Oran-Algérie.

<sup>2</sup>Université Ahmed Ben Bella d'Oran 1 / Faculté de médecine d'Oran

<sup>3</sup>Service d'Hématologie et de thérapie cellulaire, EHU 1<sup>er</sup> Novembre, Oran-Algérie.

[mouradnachi@yahoo.fr](mailto:mouradnachi@yahoo.fr)

#### **Introduction et Objectifs**

Dans le cadre de la prise en charge de la leucémie myéloïde chronique (LMC), les techniques de biologie moléculaire sont devenues les plus sensibles actuellement disponibles pour la caractérisation du réarrangement BCR-ABL<sub>1</sub> ainsi que pour sa quantification. Nous rapportons dans ce travail, les résultats de leur application chez les patients admis au niveau de l'EHU 1<sup>er</sup> Novembre d'Oran.

#### **Matériel et Méthodes**

L'étude a inclus 112 nouvelles suspicions de LMC. Une RT-PCR multiplex est d'abord effectuée pour typage et confirmation diagnostic. La quantification des transcrits BCR-ABL<sub>1</sub> se fait par QR-PCR selon les recommandations du European Leukemia Net (ELN). L'incidence cumulée de la réponse moléculaire majeure (ICRMM) et de la réponse profonde (ICRMP) est estimée par la méthode de Kaplan-Meier.

#### **Résultats**

72/112 patients (64%) ont été diagnostiqués, d'âge médian 48 ans. Le sexe ratio (H/F) est de 1,05. 43 patients (60%) exprimaient le type Mb3a2, 28 (39%) le type Mb2a2 et un patient le type e19a2. 55/72 patients atteints de LMC en phase chronique ont été suivis de façon prospective. Le suivi médian était de 24 mois [6 – 48 mois].

Le temps médian d'obtention de la RMM  $\leq 0,1\%$  est de 09 mois [3–24 mois]. L'ICRMM est passée de 50 % à 65% entre 12–18 mois de traitement.

L'ICRMP a également augmenté passant de 23% à 12 mois à 37 et 48 % respectivement à 18 et 24 mois. L'échec thérapeutique a été noté chez 18 patients (32%), dont 14 pour résistance primaire [3–18] et 4 pour perte de la RMM à 18 et 24 mois.

#### **Conclusion**

L'utilisation de la RT-PCR multiplex est indispensable d'une part, pour confirmer le diagnostic moléculaire et déterminer le type de transcrit et d'autre part, proposer un suivi moléculaire adapté.

La QR-PCR de par sa sensibilité et sa standardisation apporte, un puissant outil pour évaluer l'efficacité du traitement et déceler précocement les patients résistants apportant au clinicien un critère biologique décisionnel lui permettant de mieux adapter la thérapeutique.

#### **Mots clés**

LMC, Transcrit BCR-ABL<sub>1</sub>, RT-PCR multiplex, QR-PCR, RMM, RMP

### **INTERET DE L'ANALYSE CYTOMORPHOLOGIQUE DU SPERME DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE**

N. Belarbi-Amar<sup>1</sup>, R. Ghalamoun Slaimi<sup>1</sup>, K. Mebarek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire d'Histologie –Embryologie, Faculté de Médecine d'Oran

[nbelarbi31@yahoo.fr](mailto:nbelarbi31@yahoo.fr)

#### **Introduction et Objectifs**

L'analyse cytomorphologique du Sperme est un examen qui a une réelle puissance prédictive, et constitue une étape fondamentale de l'exploration du couple infertile.

Les anomalies décelées ont des répercussions sur la fécondance du spermatozoïde et sur le processus de reproduction.

Notre objectif est de déterminer les différentes anomalies morphologiques du sperme en rapport avec l'infertilité.

#### **Matériel et méthodes**

Notre étude rétrospective a porté sur 250 patients, sur une période de 2 ans consultant au niveau du service de Gynécologie-Obstétrique et d'Urologie du CHU d'Oran, pour infertilité primaire ou secondaire évoluant depuis 2 à 15 ans. Un examen spermologique complet a été réalisé dans notre laboratoire.

#### **Résultats**

Les anomalies de la tête des spermatozoïdes occupent la première position avec un taux de 64,4%, suivies par les anomalies du flagelle avec 26,4%, et par les anomalies de la pièce intermédiaire avec un taux de 9,2%. La microcéphalie représente l'anomalie morphologique la plus fréquente, avec un taux de 33,6%, suivie par les restes cytoplasmiques avec un taux de 11,2% et par les têtes effilées avec un taux de 9,2%, aussi nous avons identifié 5 syndromes de tératospermies monomorphes.

#### **Conclusion**

L'analyse de la morphologie des spermatozoïdes constitue une étape obligatoire dans le diagnostic et la prise en charge de l'infertilité.

Les anomalies de la tête des spermatozoïdes retentissent sur la fécondation, soit sur la pénétration de la zone pellucide (les anomalies de l'acrosome en particulier), soit lors de la fusion avec la membrane ovocytaire, et les anomalies du flagelle rendent le spermatozoïde inapte à traverser les voies génitales féminines.

Les syndromes de tératospermies monomorphes présentent des anomalies chromosomiques transmissibles d'où la difficulté de prise en charge.

#### **Mots clés**

Anomalies morphologiques, spermocytogramme, tératospermie, infertilité masculine.

### **ÉVALUATION DE LA CAPACITE ANTIOXYDANTE TOTALE ET ACTIVITE DE LA CATALASE DE LA SALIVE, CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE PARODONTITE AGRESSIVE**

S. Senouci<sup>1</sup>, D. Bouziane<sup>2</sup>, D. Ait yahia<sup>3</sup>, K. Kherboua<sup>4</sup>, M. Mehadj<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Département de pharmacie, Faculté de Médecine, Université d'Oran1

<sup>2</sup> Service Parodontologie Département de Médecine Dentaire, CHUO Faculté de Médecine, Université d'Oran 1

<sup>3</sup> Département de Biologie, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Université d'Oran1

<sup>4</sup> Service Laboratoire Central, Unité Immunologie HMRUO

<sup>5</sup> Service Laboratoire Central, Unité Immunologie HMRUO

[salima.senouci@yahoo.fr](mailto:salima.senouci@yahoo.fr)

#### **Introduction**

Les parodontites agressives sont caractérisées par une destruction massive plus ou moins accélérée des tissus parodontaux, survenant chez une population jeune et pouvant aboutir à la perte prématurée des dents.

La salive constitue un outil de diagnostic des maladies parodontales et systémiques, son prélèvement est facile, rapide et non invasif. La salive possède des systèmes puissants antioxydants de défense qui neutralisent les dommages oxydatifs. Un déséquilibre entre la production des radicaux libres et la disponibilité des antioxydants dans la salive semble être impliqué dans l'étiologie des maladies du parodonte.

#### **Objectifs**

L'objectif de cette investigation est d'explorer au niveau salivaire la capacité antioxydante totale mesurée par la technique ORAC (Oxygen Radical Absorbance Capacity) et activité de la catalase, chez les patients atteints d'une parodontite agressive comparés aux individus témoins.

#### **Matériel et méthodes**

Des patients (n = 20) souffrant de parodontite agressive âgés 24.73±6.18 sont recrutés au service de parodontologie, département de médecine dentaire (CHUO). Un groupe de vingt individus n'ayant aucune anomalie parodontale est considérée comme témoin. La salive des patients et des témoins a été prélevée et congelée à -40°C.

La capacité antioxydante totale de la salive est mesurée selon la méthode ORAC, L'activité de la catalase (CAT) est évaluée selon la technique de Hadwan & Abed, (2016).

#### **Résultats**

Nos résultats montrent qu'il y a une diminution significative de la capacité antioxydante totale de la salive chez les patients comparé aux témoins. Comparativement au groupe témoin, les patients atteints de parodontite présentent une atténuation de l'activité CAT. Par ailleurs, une corrélation négative est notée entre L'ORAC et la profondeur de poche parodontale et entre l'activité de la CAT et les paramètres cliniques chez les parodontites.

#### **Conclusion**

Le stress oxydatif joue un rôle primordial dans l'apparition et la progression de la parodontite agressive et semble être un vrai marqueur du diagnostic de la maladie.

#### **Mots clés**

Parodontite agressive, salive, stress oxydatif, capacité antioxydante totale, catalase

### **EVALUATION CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE D'UN MATERIAU A BASE DE SILICATE TRICALCIQUE DANS LES THERAPEUTIQUES D'APEXOGENESE**

N. Tahari<sup>1</sup>, S.A Serradj<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Maitre assistante Odontologie Conservatrice/Endodontie  
CHU Oran

<sup>2</sup> Professeur, Chef de service Odontologie  
Conservatrice/Endodontie CHU Oran

[nabila\\_65@yahoo.fr](mailto:nabila_65@yahoo.fr)

#### **Introduction et objectif :**

Les thérapeutiques conservatrices visent à préserver la vitalité pulpaire, étant donné que la pulpe, une fois stimulée, induit une régénération et une formation d'une apposition dentinaire et radiculaire. La nouvelle approche de la dentisterie restauratrice combinée à la mise sur le marché de nouveaux matériaux performants à base de silicate tricalcique tels que Biodentine est à la base de cette étude. L'objectif est d'observer les effets dentinogénétiques de ce matériau sur des dents permanentes immatures par des thérapeutiques d'apexogénèse.

Il s'agit d'une étude clinique monocentrique, avec bénéfice individuel direct, contrôlée, ouverte en simple insu.

#### **Matériel et méthode**

27 dents chez 18 enfants âgés entre 8 et 14 ans, ont été traitées par des procédures d'apexogénèse (pulpotomie partielle et totale) au service d'OCEndo du CHU d'Oran. Toutes les dents étaient immatures présentant des fractures coronaires pénétrantes ou non, ou des processus carieux étendus. L'étude a duré trois années. Les suivis clinique et radiologique ont été réalisés sur une période d'une année, à des intervalles de 15j, 1, 2, 3, 6 et 12 mois. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS.

#### **Résultats**

A six mois, 23 enfants sur 27 ont répondu au contrôle, et à douze mois, 14 patients ont été présents. Toutes les dents contrôlées ont montré des pulpes vivantes et des apex fermés (stade 10 de Nolla). Une dent a montré un échec de traitement à deux mois postopératoire.

#### **Conclusion**

Biodentine semble favorable pour les thérapeutiques d'apexogénèse.

#### **Mots clés**

Biodentine, apexogénèse, pulpotomie partielle

### **BIOPSIE HEPATIQUE PAR VOIE TRANSJUGULAIRE AVEC UNE AIGUILLE TR-CUT : EVALUATION DE L'EFICACITE ET DE LA SECURITE CHEZ LES PATIENTS A RISQUE HEMORRAGIQUE ELEVE**

M. Kaci<sup>1</sup>, T. Bassaid<sup>2</sup>, M. Baghdadi<sup>1</sup>, A. Loumi<sup>1</sup>, I. H. Bouassria<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service de Gastro-entérologie HMRU Oran

<sup>2</sup>Service de Radiologie HMRU Oran

<sup>3</sup>Service de Gastro-entérologie EHU Oran

#### **Introduction**

La biopsie hépatique par voie transjugulaire est une technique éprouvée pour obtenir des prélèvements histologiques du foie sans traverser la capsule de Glisson, chez des patients ayant une contre-indication à la voie transcutanée. Les objectifs assignés à ce travail étaient d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de cette méthode réalisée avec le guidage échographique pour la ponction de la veine jugulaire et une aiguille semi-automatique (Quick-Core) pour la biopsie hépatique, chez des patients à risque hémorragique élevé.

#### **Patients et méthodes**

29 patients consécutifs atteints d'une hépatopathie chronique diffuse avec une contre-indication à la voie percutanée ont bénéficié d'une biopsie hépatique par voie transjugulaire. Cette technique a été réalisée avec une aiguille semi-automatique et au moyen d'un guidage échographique pour la ponction de la veine jugulaire interne. La mesure de pressions a été réalisée de façon non systématique.

#### **Résultats**

La biopsie hépatique par voie transjugulaire a été indiquée pour troubles de la coagulation dans 14 cas (55,1%), ascite dans 3 cas (10,3%), hémodialyse dans 8 cas 27,5% et suspicion d'un foie cardiaque dans 2 cas (6,8%). La procédure a été réalisée avec succès dans 27 cas (93,2%). Le nombre moyen de passages par procédure de biopsie était de 2,1 (1–3 passages) avec un taux de fragmentation de 30,5%. Les prélèvements mesuraient en moyenne 13,5 mm (5–20) mm et comportaient 5,2 espaces porte (2–9).

L'analyse histologique a permis de préciser un diagnostic dans 77% cas. Deux complications mineures étaient répertoriées soit dans 6.8% des cas, aucune complication majeure n'est survenue.

#### **Conclusion**

La biopsie hépatique par voie transjugulaire est une technique simple et bien tolérée, l'utilisation du guidage échographique pour l'accès jugulaire et de systèmes de prélèvement semi-automatiques, offre plus de sécurité et une meilleure efficacité.

#### **Mots clés**

Biopsie hépatique transjugulaire, risque hémorragique, trouble de la coagulation, veine jugulaire interne, passage par procédure de biopsie

**ANALYSE DOCIMOLOGIQUE  
D'UNE EPREUVE D'EXAMEN  
EXEMPLE DU MODULE  
DE MEDECINE SOCIALE  
Y. Ghezini<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Laboratoire de recherche en pédagogie et développement didactique

<sup>2</sup> Service de médecine du travail de l'EHUO

[Younesetre@gmail.com](mailto:Younesetre@gmail.com)

### **Introduction**

Ces dernières années l'évaluation des épreuves d'examen en sciences médicales par les questionnaires à choix multiples (qcm) s'est imposée dans toutes les facultés de médecine. Le qcm peut évaluer les 4 premiers niveaux du savoir cognitif de la taxonomie de Bloom à savoir les connaissances, la compréhension, l'application et l'analyse. Il présente des avantages par rapport aux autres méthodes d'évaluation. Ainsi, il permet d'évaluer un grand nombre d'étudiant, de couvrir tout le programme d'enseignement et de simplifier la correction en garantissant l'objectivité. Enfin il se prête bien aux traitements statistiques.

Cependant il nécessite une validation avant chaque épreuve et une autre après chaque épreuve.

L'objectif est d'analyser une épreuve d'examen de graduation par l'analyse d'item

### **Matériels et méthodes**

Il s'agit d'épreuve du module de médecine sociale de février 2018 comportant 60 QCM. Les indices de difficulté et de discrimination ont été calculés en plus de la moyenne et des proportions.

### **Résultats**

Sur les 282 candidats, 279 ont obtenu plus de 10 de moyenne (79%). La moyenne des notes était de 10.86 et la médiane était de 11. Selon l'indice de difficulté (Pi), 23% des qcm étaient faciles, 62% de difficulté moyenne et 15% difficiles. Selon l'indice de discrimination (Di) 67% des QCM sont discriminantes et donc valides et 33% non discriminantes.

Parmi ce dernier groupe 7% étaient des qcm qui exploraient autres compétences que les compétences enseignées et favorisaient le groupe des faibles par rapport au groupe des forts. L'analyse des distracteurs révèle que 23 distracteurs sur les 300 que comportait l'épreuve posaient problème. Il s'agissait soit d'erreurs commises par l'enseignant, soit des réponses considérées justes par l'enseignant et pas totalement justes en réalité et inversement soit des réponses considérées fausses par l'enseignant et pas totalement fausses en réalité.

### **Conclusion**

Chaque épreuve d'examen à base de qcm doit être analysée à posteriori afin d'éliminer les qcm non discriminantes et ne garder que celles ayant un pouvoir discriminant. Ces dernières sont considérées comme des questions précieuses et doivent être retenues pour des examens futurs ou pour la constitution de banque de qcm.

### **Mots clés**

Evaluation docimologique, valeur discriminante, indice de difficulté, distracteur, épreuve d'examen

# Communications affichées

## PLACE DE LA RADIO-CHIMIOThERAPIE CONCOMITANTE DANS LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE DU CANCER DU CAVUM

R. Madouri<sup>1,3</sup>, H. Khaldi<sup>1,3</sup>, A. Boukerche<sup>2,3</sup>, A-F. Dali Youcef<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Service de Radiothérapie CHU Oran

<sup>2</sup>Service de Radiothérapie EHS en Oncologie Emir Abdelkader

<sup>3</sup>Faculté de Médecine-Université d'Oran1

[ra.mad91@yahoo.com](mailto:ra.mad91@yahoo.com)

### Introduction

Le cancer du nasopharynx (CNP) est connu depuis des millénaires. Suspecté 3000 ans avant J.C sur des momies égyptiennes, il est le premier cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) dans nos régions, avec 1500 à 2000 nouveaux cas par an. L'avènement de la radio-chimiothérapie concomitante à base de sel de platine, a amélioré la survie des patients. C'est pour cela qu'il nous a semblé utile d'évaluer cette stratégie thérapeutique. L'objectif de notre travail est de comparer en termes de survie globale les effets de la radio-chimiothérapie concomitante à base de cisplatine par rapport à la chimiothérapie première suivie de radiothérapie, pour les malades atteints du cancer du cavum au niveau du service de radiothérapie oncologie du CHU d'Oran.

### Patients et méthode

Il s'agit d'une étude phase IV qui compare deux cohortes : Une première cohorte, étudiée durant les années 2002-2003 et qui a reçu le traitement chimiothérapie première suivie de radiothérapie à une deuxième cohorte de 2004-2005 qui, elle, a reçu le traitement de radio chimiothérapie concomitante à base de cisplatine dans le service de radiothérapie oncologie du CHU d'Oran

### Résultats

Notre population d'étude comporte 200 cas de cancer du cavum, 64 femmes et 136 hommes. Nous constatons qu'il ya une prédominance masculine, de 68%, et 32% de sexe féminin, avec un sex ratio de 2,12.

La répartition des patients par tranches d'âge montre que la moyenne d'âge au diagnostic est de 40, 14 ± 1,06 ans ; la médiane est située à 42 ans avec des extrême de 14 et 73 ans. On remarque que plus de la moitié des cancers du cavum sont survenus à la tranche d'âge de 40 à 49 ans. Parmi nos patients 33% demeurent à Oran, 14% à Mascara, 10% à Mostaganem et les autres sont partagés à travers les différentes wilayas de l'ouest algérien. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome indifférencié, retrouvé dans 92% des cas. On note 7% de carcinome bien différencié et 1% de carcinome moyennement différencié. Pour la cohorte chimiothérapie première suivie de radiothérapie, le taux de survie moyen global est de 83,32 mois (IC à 95% : 76,62-90,03 mois), avec un plateau à 66.76% à partir du 67<sup>ème</sup> mois. La survie globale à 5 ans est de 67.97% et elle est de 66.76% à 8ans et pour la cohorte radio-chimiothérapie concomitante, on retrouve un taux de survie moyen sans récurrence locorégionale de 84.99 mois (IC à 95% : 80.55-89.43 mois) avec un plateau à 84.05% à partir du 52<sup>ème</sup> mois. Le taux de survie moyen global est de 89.91 mois (IC à 95% : 86.95-92.86 mois), avec un plateau à 79.99% à partir du 85<sup>ème</sup> mois.

### Conclusion

Il ressort de l'étude du profil épidémiologique de notre population, que le cancer du cavum est un cancer fréquent, qui touche l'adulte jeune avec une prédominance masculine. L'étude comparative des deux schémas thérapeutiques (chimiothérapie première suivie de radiothérapie et la radio chimiothérapie concomitante), dans le traitement du cancer du cavum pour les stades évolués a montré une différence très significative en termes de survie globale.

### Mots clés

Cancer du cavum, Radio-chimiothérapie concomitante, Survie.

**CARCINOMES DU NASOPHARYNX CHEZ L'ENFANT.  
EXPERIENCE DU SERVICE DE RADIOTHERAPIE  
ONCOLOGIE DU CHU ORAN**

H. Khaldi<sup>1,2</sup>, R. Madouri<sup>1,2</sup>, M. Aid<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Service de Radiothérapie CHU Oran

<sup>2</sup>Faculté de Médecine-Université d'Oran1

[khaldihouria@yahoo.fr](mailto:khaldihouria@yahoo.fr)

**Introduction**

Les carcinomes du nasopharynx chez l'enfant représentent 5% de l'ensemble des tumeurs solides de l'enfant et 28,6% des tumeurs de la sphère otorhino-laryngologique. Le type histologique est dominé par les carcinomes indifférenciés de type nasopharyngé qui sont sur le plan étiopathologique en étroite relation avec les infections virales à l'Epstein Barr virus. Sur le plan clinique, ils se caractérisent par des formes localement évoluées.

**Objectifs**

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, les moyens thérapeutiques et les différents résultats post thérapeutiques.

**Méthodologie**

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de 34 cas de cancer du nasopharynx traités de 1984 à 1997 au service de Radiothérapie Oncologie du CHU d'Oran. Tous les enfants ont été traités par radiothérapie externe au Cobalt 60 en réalisant deux champs latéraux englobant le nasopharynx et les aires ganglionnaires cervicales supérieures et moyennes. Une réduction médullaire à 42-45 Gy, permettant de délivrer une dose de 60 à 65 Gy sur le site tumoral. Un champ antérieur sus claviculaire a été pratiqué jusqu'à la dose de 45 Gy.

**Résultats :**

Chez l'enfant, le pic est situé à 16 ans avec 47.1%. L'âge moyen est égal à 14.29±0.37 ans (Extrêmes : 8-16 ans). Le carcinome du nasopharynx est plus fréquent chez le garçon. Le sex ratio est égal à 1,42(20 garçons et 14 filles). Le type histologique prédominant est le carcinome épidermoïde indifférencié (UCNT) avec 94,6% des cas.

Les tumeurs classées T1, T2, T3 et T4 représentent respectivement 14,7 %, 17,6%, 26,5% et 41,1%.

Pour les adénopathies, N0 représentent 14,7%, N1 20,6%, N2 20,6% et N3 44,1%. Six enfants ont présenté des métastases d'emblée (17.6% des cas). Tous les patients ont bénéficié d'une radiothérapie. On a adopté un fractionnement classique chez nos patients délivrant 1,8 à 2Gy par séance et 5 séances par semaine. Les séquelles tardives de la radiothérapie sont de l'ordre de 26.5%. Parmi nos patients, 25,7% ont présenté des récives dont 5,7% de récives locales, 17,1% de métastases et 2,9% de récives locorégionales et métastases. La Survie globale est de 70,6% à 3 ans et 64,7% à 5 ans.

**Conclusion**

Le carcinome du nasopharynx est une tumeur relativement fréquente chez l'enfant de l'ouest algérien. Les tumeurs volumineuses avec de grosses adénopathies prédominent. Il s'agit d'un cancer radiocurable et chimiosensible. Il est nécessaire de faire des protocoles coordonnés afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.

**Mots clés**

Carcinomes du nasopharynx, Epidémiologie, Traitement, Récidives, Survie.

### **DEPISTAGE CYTOLOGIQUE ET BIOMOLECULAIRE DU PAPILLOMA VIRUS HUMAIN DANS LE CANCER DU COL**

A. Bendouda, T. keroumi, A. Merbouh, FZ. Boudia, A. Mokaddem .

[amel1500@hotmail.com](mailto:amel1500@hotmail.com)

#### **Introduction**

Dans l'histoire d'un cancer on décrit généralement plusieurs étapes, qui se déroulent parfois sur de nombreuses années .Avant d'apparaître cliniquement un cancer a déjà une longue évolution .Lorsqu'il a acquis la taille de 2 cm de diamètre, cela fait plusieurs années qu'il évolue et il a eu le temps d'envahir les tissus qui l'entourent .Avant d'en arriver à ce stade, il a ce que l'on appelle la (phase pré clinique), ou le cancer est trop petit pour entraîner des anomalies évidentes .Mais on peut le repérer grâce à *des techniques de dépistage*

#### **Objectifs**

- Découvrir le cancer au stade le plus précoce possible, c'est au stade de carcinome in situ, ou mieux de dysplasie
- De cibler une population à risque afin qu'elle soit surveillée
- Mettre en place des unités de dépistage dans les différentes structures sanitaires afin de prévenir la survenue du cancer
- Informer d'un risque de survenue d'un cancer et permettre aux individus d'avoir une attitude personnelle et médicale de prévention

#### **Matériels et Méthode**

Notre étude porte sur 300 patientes de la région de Béchar (EPH), le dépistage peut être fait de deux façons :

Par la méthode cytologique

Il s'agit de technique conventionnelle peu coûteuse qui peut être disponible au niveau de toutes les structures sanitaire par l'organisation d'unité de dépistage du cancer

Par les techniques de biologie moléculaire

Il s'agit de technique dont le dépistage se fait à l'échelle de l'ultra structure, visant à découvrir les populations à risque qui présentent une prédisposition génétique dont le génotype prédispose à une maladie cancéreuse.

#### **Discussion**

Le cancer du col utérin, son développement est étroitement associé à l'infection par certains types oncogènes de papilloma virus humain HPV. Il est précédé par des altérations dysplasiques de l'épithélium de surface qui peuvent être détectées par le frottis cervical. Les méthodes de PCR représentent aujourd'hui, avec la capture d'hybrides, une technique de référence pour la détection de l'ADN des HPV. Elles reposent sur l'utilisation de systèmes d'amorces à large spectre permettant de répondre à la grande diversité des génotypes HPV.

#### **Conclusion**

Le cancer du col utérin constitue un réel problème de santé publique, en particulier dans les pays en développement. Pourtant ce cancer peut guérir lorsqu'il est traité tôt. Son dépistage par frottis cervico-vaginal est efficace, mais s'avère insuffisant pour détecter certaines lésions de bas grade ou des atypies cellulaires à haut risque d'évolution cancéreuse. L'association au frottis classique d'une recherche de papillomavirus oncogène par des méthodes de biologie moléculaire améliore la sensibilité du dépistage, et permet l'instauration plus précoce d'un traitement curatif. Les essais actuels de vaccination contre les papillomavirus oncogènes représentent un espoir fondé de limiter ce cancer.

#### **Mots clés**

Dépistage cytologique, Unité de dépistage, PCR, FCV, HPV

### **MUTATIONS DE RESISTANCE AUX INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE DANS LA LEUCÉMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE : A PROPOS DE QUATRE CAS.**

M. Nachi<sup>1,2</sup>, D. Guella<sup>1,2</sup>, A. Hendel<sup>1</sup>, A. Abed<sup>1,2</sup>, A. Besbas<sup>1,2</sup>, Z. Chellouai<sup>1,2</sup>, S.A. Benaïssa<sup>1</sup>, Entasoltan<sup>3</sup>, MA. Bekadja<sup>2,3</sup>; O. Abou<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Service de biochimie, EHU 1<sup>er</sup> Novembre, Oran-Algérie.

<sup>2</sup>Université Ahmed Ben Bella d'Oran 1 / Faculté de médecine d'Oran

<sup>3</sup>Service d'Hématologie et de thérapie cellulaire, EHU 1<sup>er</sup> Novembre, Oran-Algérie

[mouradnachi@yahoo.fr](mailto:mouradnachi@yahoo.fr)

#### **Introduction/Objectif**

L'apparition de mutations dans le domaine tyrosine kinase (DTK) de la protéine ABL<sub>1</sub> constitue un des mécanismes de résistance le plus étudié dans la leucémie myéloïde chronique. Nous présentons 04 cas de mutations retrouvées chez un groupe de patients qui ont développé une résistance aux inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK).

#### **Matériel et Méthodes**

Recherche de mutations par un séquençage direct bidirectionnel de l'allèle réarrangé du gène ABL, après une PCR nichée des domaines d'intérêt.

#### **Résultats**

4/18 patients (22%) ont présenté au moins une mutation de résistance :

Cas N°1 : Âgé de 20 ans, exprimant le type b3a2 et à scores de Sokal et EUTOS élevés : Deux mutations, une après 6 mois de traitement par Imatinib (IM) (ITK 1<sup>ère</sup> génération), la Q252H qui substitue la Glutamine en Histidine, une deuxième après 12 mois de traitement par Dasatinib (Das) (ITK 2<sup>ème</sup> génération), la T315I qui substitue la thréonine en Isoleucine.

Cas N°2 : Âgée de 61 ans, exprimant le type b3a2 et ayant un score de Sokal intermédiaire et EUTOS faible : Une mutation de résistance à 24 mois de traitement par IM, la M244V qui substitue la Méthionine en Valine.

Cas N°3 : Âgé de 51 ans, exprimant le type b3a2 et à scores de Sokal et EUTOS élevés. Mis sous IM en première intention puis basculé à 3 mois au Das pour absence de réponse hématologique complète. 6 mois après, le patient était toujours résistant : Présence de la Mutation V299L qui substitue la Valine en Leucine.

Cas N°4 : Âgée de 29 ans, exprimant le type e19a2 et à scores de Sokal et EUTOS élevés. Perte de la réponse moléculaire à 18 mois : Présence d'une double mutation E355G et M244V.

#### **Conclusion**

L'apparition de mutations dans le DTK de la protéine ABL<sub>1</sub>, constitue une cause importante de résistances aux ITK. Leur recherche reste indispensable afin d'apporter au clinicien un critère biologique décisionnel lui permettant de mieux adapter la thérapeutique.

#### **Mots clés**

LMC, ITK, Résistance, Mutation DTK, PCR nichée, Séquençage

### **LYMPHOME HODGKINIEN DE L'ENFANT, MODALITÉ DIAGNOSTIQUE, ÉVALUATION DES PROTOCOLE UTILISÉ À L'OUEST ALGÉRIEN CENTRE EMIR ABDELKADER CEA ORAN**

A. Boumeddane<sup>1</sup>, K.Maharas<sup>1</sup>, R. Bouhass<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de pédiatrie EHS Emir Abdelkader Oran. ALGERIE

<sup>2</sup>Service Hématologie et Thérapie Cellulaire EHU 1er  
Novembre Oran. ALGERIA

[boumedane.amaria@yahoo.fr](mailto:boumedane.amaria@yahoo.fr)

#### **Introduction**

La maladie de Hodgkin est une forme particulière de lymphome. Exceptionnelle avant l'âge de 2 ans et sa fréquence augmente avec l'âge. Son pronostic est globalement bon.

#### **Objectifs**

Etudier le profil épidémiologique du Lymphome Hodgkinien(LH) chez l'enfant, les différentes étapes de la prise en charge diagnostique et thérapeutique, et les résultats thérapeutiques.

#### **Méthodes**

Etude rétrospective de 47 patients LH, originaires de l'Ouest et Sud-Ouest Algérien, recrutés de 2012 à 2016, évalués en fonction de leur profil épidémiologique, prise en charge diagnostique et thérapeutique.

#### **Résultats**

La grande majorité de nos patients proviennent de la wilaya d'Oran (20%), suivi des wilayas limitrophes. Prédominance masculine sex ratio à 1,8. Le LH n'a pas été retrouvé chez les enfants de moins de 4 ans, Les formes étendues (ST III et IV) représentent en moyenne 63%. Les types histologiques dominés par le type scléro-nodulaire SG pour MDH90 81% SSE 70% SG à 2ans pour le protocole Euronet 100%vs 93% pour MDH90 Les facteurs pronostics ayant eu un impact sur la survie dans **cette** sont : le sexe les formes Bulky par rapport au non Bulky, et les stades.

#### **Conclusion**

Le pronostic de la maladie de Hodgkin est globalement très bon, les progrès récents réalisés permettent de diminuer la lourdeur des traitements dans les formes habituelles par le choix de protocoles moins toxiques (moins d'alkylants, d'anthracyclines) afin de réduire les risques : Infertilité, cardiopathie, cancers secondaires.

#### **Mots clés**

Maladie d'Hodgkin, profil épidémiologique, cancer de l'enfant, type histologique scléronodulaire.

### **OPTIMISATION HEMODYNAMIQUE EN CHIRURGIE VALVULAIRE**

D. Benali Ammar<sup>1</sup>, F. Mazour<sup>2</sup>, Z Mentouri chentouf<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Service d'anesthésie réanimation chirurgicale EHUOran

<sup>2</sup>Service d'anesthésie réanimation pédiatrique

[dalila503400@gmail.com](mailto:dalila503400@gmail.com)

#### **Introduction et Objectifs**

L'optimisation hémodynamique est une stratégie de prise en charge des patients à risque. Le maintien de l'homéostasie du système cardiovasculaire en peropératoire permet de diminuer l'incidence des complications postopératoires et de réduire ainsi, la mortalité et la morbidité postopératoires.

Notre étude a pour objectif de mesurer l'impact de l'optimisation hémodynamique sur la mortalité et la morbidité postopératoires en chirurgie valvulaire. Secondairement, le profil épidémiologique des patients est également déterminé.

#### **Matériel et Méthodes**

Etude observationnelle prospective longitudinale mono centrique qui a inclus tous les patients opérés en chirurgie valvulaire durant une année. L'optimisation hémodynamique a été obtenue par l'optimisation du remplissage vasculaire et l'utilisation d'inotropes. Le monitoring incluait les indices dynamiques de précharge-dépendance, le test de lever de jambes passif et les paramètres d'oxygénation tissulaire. Les patients ont été séparés en 02 groupes, les répondeurs (objectifs hémodynamiques atteints) et les non répondeurs (objectifs hémodynamiques non atteints)

#### **Résultats**

Quatre vingt quatorze patients ont été inclus. Le profil épidémiologique des patients observés est celui d'un adulte jeune d'un âge moyen de 41 ans, sans comorbidités importantes mais avec des valvulopathies symptomatiques et évoluées. Les valvulopathies essentiellement rhumatismales, sont des atteintes surtout mitrales sténosantes, volontiers bi ou tri valvulaires. Les interventions les plus réalisées sont des remplacements mécaniques et sont pratiquées en urgence dans un quart des cas.

La mortalité et la morbidité postopératoires précoces ont été influencées par l'optimisation hémodynamique, une différence statistiquement significative a été constatée entre les patients répondeurs et les non répondeurs pour la mortalité ( $p : 0.000$  avec OR : 0.52 [0.35-0.72]), la durée de ventilation artificielle ( $p : 0.04$ ), le nombre de patients présentant des complications ( $p : 0.049$ , OR : 0.11 [0.08-0.29]) et le nombre de complications constatées ( $p : 0.015$ , OR : 0.21 [0.15-0.39]).

#### **Conclusion**

Cette étude confirme l'impact positif de l'optimisation hémodynamique sur la mortalité et la morbidité postopératoires en chirurgie valvulaire.

#### **Mots clés**

Valvulopathies, optimisation hémodynamique périopératoire, chirurgie à risque, chirurgie cardiaque, morbidité postopératoire, mortalité postopératoire.

## **LA TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE ENJEUX ET PERSPECTIVES**

A.Ouardi<sup>1</sup>, B.Oujidi<sup>1</sup>, Y.Gheziel<sup>2</sup>, Y.Berrabah<sup>1</sup>, A.Bennani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Pneumologie B CHU Oran

<sup>2</sup>Laboratoire régional de référence Oran

### **Introduction**

La tuberculose multirésistante (TBMR) pose un problème majeur de santé publique notamment en Asie et en Afrique et est définie par la perte de sensibilité du bacille aux deux antituberculeux les plus actifs, INH et Rifampicine au moins. Elle découle des mauvaises pratiques du traitement et du non-respect des directives de l'OMS pour la prise en charge de la tuberculose

### **Matériels et méthodes**

Les tendances épidémiologiques à la hausse de la multirésistance partout dans le monde nous ont incité à organiser le dépistage et le suivi des cas et à mener une étude descriptive et longitudinale dans les wilayas de l'Ouest Algérien pour étudier le profil épidémiologique, estimer sa prévalence et dégager des stratégies de prise en charge. Sur une période de 5ans étaient inclus tous les patients présentant une TBMR documentée et ceux en échec thérapeutique après deux régimes de chimiothérapie tuberculeuse dont un de 8 mois

### **Résultats**

Le nombre des patients suivis était de 97, des tests de sensibilité ont été faits pour 82% des patients. La moyenne d'âge était de 29ans avec un sex ratio de 1.4 Seulement 4% des malades avaient un bon niveau socio-économique et 5% avaient un niveau d'instruction satisfaisant. Le défaut d'observance des traitements antérieurs s'observait dans la moitié des cas notamment chez les jeunes de sexe masculin Le taux de succès au traitement de seconde intention avoisinait les 61% après une durée de 2ans, les décès 15.46%, les perdus de vue 9.27% et les échecs 14.4% La prévalence de la multirésistance parmi les cas déjà traités dans l'Ouest Algérien était estimée à 16.8%

### **Conclusion**

Maitriser l'émergence des bacilles multirésistants reviendrait à appliquer rigoureusement les recommandations du plan national de lutte antituberculeuse et à diagnostiquer précocement la résistance par des tests de sensibilité fiables, en recourant de plus en plus aux méthodes de diagnostic rapide et offrir à chaque cas un traitement individualisé et un suivi adapté.

### **Mots clés**

Tuberculose multi résistance, profil épidémiologique, observance du traitement, Ouest algérie

### **ENQUETE SUR L'UTILISATION D'ANTIBIOTIQUE NON PRESCRIT CHEZ LES ENFANTS ENQUETE TRANSVERSALE A L'EHS CANASTEL**

H .Dekiou<sup>1</sup>, F.Belaoun<sup>1</sup>, B Chahmi<sup>1</sup>,D.Ouabdesselam<sup>1</sup>,  
R.bourahla<sup>1</sup>, H.messaoud<sup>1</sup>,

A. Tadjeddine<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Service d'épidémiologie et de médecine préventive- EHS  
Canastel Oran

[djemaipchdro@gmail.com](mailto:djemaipchdro@gmail.com)

#### **Introduction**

L'automédication par les antibiotiques pose problème dans les pays en développement où ces médicaments sont facilement disponibles souvent sans ordonnance médicale.

Si l'automédication des adultes est en pleine évolution, celle des enfants risque de suivre le même chemin.

Notre objectif est d'évaluer la fréquence de l'automédication par les antibiotiques ainsi de décrire les pratiques des parents.

#### **Matériels et méthodes**

Une étude transversale descriptive a été menée au moyen d'un questionnaire rempli auprès des parents ramenant leurs enfants pour consultations au niveau de l'EHS Canastel durant une période de quatre semaines.

#### **Résultats**

Au total, 164 questionnaires ont été remplis, il en résulte que 91,46% ont déjà automédié au moins une fois leurs enfants dont 80% sont des femmes.

30% des parents automédiquent leurs enfants « souvent » et 24% « rarement » ; plus de la moitié déclarent qu'ils sont informés pour automédiquer leurs enfants et la principale source était le médecin (85%), les parents disent automédiquer leurs enfants pour la fièvre 81%, la rhinopharyngite 63%, la toux 60% et écoulement nasal 36%.

L'Amoxicilline était l'antibiotique le plus communément utilisé (61%), et les pharmaciens étaient la principale source d'approvisionnement des antibiotiques (85%).

#### **Discussion**

La fréquence de l'automédication dans notre étude est élevée (91.46%) vs l'enquête sur l'utilisation d'antibiotiques non prescrits chez les enfants d'une communauté urbaine de Mongolie qui est de 42.7%, les mères occupent la première place concernant l'automédication (71%) qui rejoint les autres études. Les motifs d'automédications la plus fréquente était la fièvre et la rhinopharyngite. L'antibiotique le plus utilisé est l'Amoxicilline suivi de l'Augmentin et l'Erythromycine, qui rejoint les autres études.

#### **Conclusion**

Une augmentation de la fréquence d'automédication par les antibiotiques entraîne une augmentation de la résistance aux antibiotiques, l'information et la sensibilisation du grand public ainsi que l'application de la réglementation en matière de vente des antibiotiques sont des mesures indispensables pour éviter l'automédication.

#### **Mots clés**

Automédication, antibiotiques, non prescrit, les enfants

### ETAT DES LIEUX SUR LA PHARMACOVIGILANCE A L'EHUO

FZN. Mekaouche, H. Zitouni, F. Boudia, A. Saleh, A. Lardjam, H. Fetati, A. Berradia, F. Bechir, H. Belmekki, R. Bouguesri, A. Bouleriel, H. Toumi  
Service de Pharmacovigilance EHU d'Oran, Faculté de Médecine d'Oran, Laboratoire de Recherche en Développement Pharmaceutique  
[mekapharm@hotmail.com](mailto:mekapharm@hotmail.com)

#### Introduction

Les médicaments ont indéniablement joué un rôle majeur dans la prolongation de la durée de vie et l'amélioration de sa qualité. L'efficacité absolue du médicament reste un levier d'innovation, sa balance bénéfique/risque n'est pas toujours assurée et il n'a pas toujours les effets escomptés.

Avant leur mise sur le marché, la connaissance sur les effets indésirables des médicaments est incomplète. Une fois mis sur le marché, débute la phase IV d'étude des médicaments. Des années durant, le médicament se prescrit avec moins de précaution à un grand nombre de malades très hétérogènes et souvent en association avec d'autres médicaments. C'est à ce moment que des effets indésirables jusque-là méconnus peuvent apparaître d'où la nécessité de la mise en place d'un système de pharmacovigilance.

La pharmacovigilance représente l'ensemble des méthodes de détection, d'évaluation, d'information et de prévention des risques d'effets indésirables des médicaments.

Plusieurs études ont montré que la survenue fréquente des effets indésirables les plus sévères se fait généralement à l'hôpital et qu'une proportion importante d'effets indésirables est à l'origine d'hospitalisations. En plus, les conséquences liées aux effets indésirables en milieu hospitalier en termes de durée de séjour, de mortalité et de coûts sont considérables. Il apparaît donc nécessaire le développement de la « pharmacovigilance hospitalière » visant à diminuer l'incidence d'effets indésirables en milieu hospitalier. La méthode de surveillance la plus utilisée en pharmacovigilance est la notification spontanée. Cependant la sous-déclaration des effets indésirables des médicaments est fréquente dans de nombreux pays et constitue un obstacle important à l'évaluation en pharmacovigilance.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude qui a pour objectif général de faire l'état des lieux sur la pharmacovigilance à l'Etablissement Hospitalo-Universitaire d'Oran (EHUO).

#### Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant de l'année 2011 à l'année 2017, réalisée sur des dossiers archivés de déclarations collectées au niveau du service de Pharmacovigilance de l'EHUO. La collecte de déclaration se faisait par deux méthodes la « notification spontanée » et la « pharmacovigilance active » en ciblant certains services cliniques.

#### Résultats

Nous avons recensé 217 déclarations. Elle concernait 56% de patients de sexe féminin et 46% de sexe masculin. L'âge variait de 5 à 78 ans avec une moyenne de 46 ans. L'effet indésirable le plus observé était la toxidermie médicamenteuse. Pour les médicaments incriminés, il s'agissait essentiellement selon la classification ATC des anti infectieux suivis par les anticancéreux.

Concernant l'évolution des déclarations par année, on remarque en 2011, un faible taux de notification. C'est pour cela nous avons décidé d'installer une démarche active au niveau de quelques services où un résident de référence assistait aux staffs chaque semaine. Cette démarche a permis l'augmentation du nombre de déclaration. Les déclarations émanaient essentiellement des services où la démarche active a été installée

Ceci met en évidence la nécessité d'une communication permanente entre tous les acteurs de santé concernés pour stimuler les déclarations et sécuriser les traitements médicamenteux.

#### Conclusion

Les effets indésirables médicamenteux représentent une cause importante de morbi-mortalité. La prévention primaire et secondaire de ces effets indésirables relève de leur notification systématique et l'analyse minutieuse de l'imputabilité médicamenteuse. La pharmacovigilance reste une discipline clinique et scientifique dynamique qui continue à jouer un rôle crucial dans la réponse aux problèmes posés par un nombre sans cesse croissant de médicaments de plus en plus puissants, qui ont tous un potentiel inévitable et parfois imprévisible de nuisance.

#### Mots clés :

Pharmacovigilance, médicament, professionnels de santé

**ASSOCIATION DES CORMOBIDITES  
CARDIOVASCULAIRES AUX EXACERBATIONS  
DE BRONCHO- PNEUMOPATHIES  
CHRONIQUES OBSTRUCTIVES**

B. Oujidi<sup>1</sup>, Y .Berrabah<sup>1</sup>, , A. Bennani<sup>1</sup>, N. Bendimered<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> service de pneumo-phtisiologie B, CHU Oran

<sup>2</sup> service de biostatistique, faculté de médecine d'Oran

[Oujidib@yahoo.fr](mailto:Oujidib@yahoo.fr)

### **Introduction**

La broncho pneumopathie obstructive chronique(BPCO) constitue un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Souvent associée aux comorbidités cardiovasculaires qui présentent un impact clinique sur la maladie. L'évolution de la BPCO est émaillée par la survenue de l'exacerbation, facteur pronostique majeur.

### **L'Objectif de l'étude**

est de décrire les facteurs pronostiques liés a la survenue de l'exacerbation et de décrire les caractéristiques cliniques des malades BPCO présentant une comorbidité cardiovasculaire.

### **Matériel et méthodes**

Etude descriptive longitudinale, sur cohorte historique de malades suivis en consultation BPCO du service de pneumo-phtisiologie du CHU Oran. Pour rechercher les facteurs de risque de la survenue d'exacerbations, identifiées en consultation. Une analyse par régression de Cox a été réalisée. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 19.

### **Résultats**

Sur 231 malades inclus, 49% des sujets ont présenté au moins une exacerbation de BPCO. 55% des malades avaient une comorbidité cardiovasculaire, qui étaient associés au score m MRC de la dyspnée ( $p<0.004$ ); au score CAT de la qualité de vie ( $p<0.01$ ) et au GOLD 2011 ( $p<0.02$ ).

En analyse multivariée, le modèle final a retenu les facteurs prédictifs de survenue d'exacerbation qui étaient ; les cardiopathies ischémiques , avec un hazard ratio de 3,547 IC 95% [ 1.284 – 9.789] , $p<0.01$  et le grade D de la classification GOLD 2011 avec hazard ratio de 5,493 IC 95% [ 2.251 – 13.404], $p<10^{-3}$ .

### **Conclusion**

Il est important de développer et de standardiser les moyens d'identifications des exacerbations pour le patient et pour le médecin. Comme il est impératif d'intégrer le suivi des BPCO dans un cadre pluridisciplinaire pour la prise en charge des comorbidités cardiovasculaires qui restent les plus fréquentes pour cette pathologie progressive et handicapante.

### **Mots clés**

BPCO, exacerbations, comorbidités cardiovasculaires

**PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABETIQUE  
DESEQUILIBRE DANS UN MILIEU SPECIALISE EN  
AMBULATOIRE : QUELS RESULTATS ?**

MS. Merad, Z. Benzian, F. Mohammedi.  
Service d'endocrinologie-diabétologie clinique Larribere  
CHU du Dr Benzerdjeb Oran (Algérie).

[mms4819@yahoo.fr](mailto:mms4819@yahoo.fr)

**Objectif**

Étudier les pratiques d'intensification des traitements chez les patients diabétiques de type 2 orientés pour la première fois en milieu hospitalier spécialisé et suivis en ambulatoire.

**Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective de 235 cas de patients diabétiques type 2 suivis en ambulatoire avec évaluation des différents paramètres dont l'HbA1C à 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans, réalisée au service d'Endocrinologie-diabétologie du C.H.U. d'Oran sur 02 ans, l'analyse statistique est réalisée sur le SPSS 20.

**Résultats**

L'âge moyen était de  $56,5 \pm 1,03$  ans et 86,1% des patients avaient moins de 75 ans, 59,6% étaient des femmes, l'ancienneté du diabète était  $7,03 \pm 0,52$ . L'IMC moyen était de  $27,9 \pm 0,4$  kg/m<sup>2</sup>, avec 68,3 % de patients obèses, et l'HbA1c moyenne à la première consultation était de  $7,96 \pm 0,3$ .

70,45% des patients avaient un antécédent familial de diabète, une HTA (52,2 %), une rétinopathie (15%) et un tabagisme actif (7,03 %).

Le traitement initial du diabète comporte 43,3 % des patients en monothérapie, 21 % pour ceux en bithérapie et 1,5 % pour les patients en trithérapie alors que 43,4% d'entre eux sont déjà insulinés dès le début. Parmi les patients inclus, 54,5% ont bénéficié d'une intensification à la première consultation, 35,1% dans les 6 mois, 27,3 % à 12 et 24 mois. Il y a une différence significative [ $p < 0,05$ ] entre l'HbA1C moyenne de départ et l'HbA1C moyenne de chaque consultation de suivi, malgré tout plus d'un tiers des patients restent loin des objectifs dont 13 % est due à une inertie thérapeutique objective.

**Conclusion**

La prise en charge du patient diabétique type 2 en milieu spécialisé après échec de son suivi en externe permet une amélioration significative de son profil glycémique et de l'HbA1C, cette amélioration se maintient en cours du suivi jusqu'à 24 mois malgré une certaine inertie thérapeutique.

**Mots clés**

Patient diabétique, intensification, milieu spécialisé, inertie.

### **IDENTIFICATION ET CARACTERISATION DES GLYCOPROTEINES PAR SPECTROMETRIE DE MASSE**

B. Addad<sup>1</sup>, H. Makrelouf<sup>1</sup>, R. Assaoui<sup>1</sup>, R. Ramzi<sup>1</sup>, L. Iles<sup>1</sup>, F.Z. Lahouel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire de Biochimie CHU, Oran

Email : [b\\_addad@yahoo.fr](mailto:b_addad@yahoo.fr)

#### **Introduction**

L'étude des glycanes impliqués dans la biologie des glycoprotéines est un domaine d'extrême importance pour la compréhension de certains cancers, où les glycanes des cellules tumorales sont profondément modifiés.

#### **Objectifs**

Mettre au point l'analyse d'une glycoprotéine ciblée. Etude structurale des glycoprotéines et glycanes par spectrométrie de masse de l'intégrine  $\alpha3\beta1$ .

#### **Matériels et méthodes**

Afin de pouvoir caractériser les interactions entre les glycoprotéines et la matrice extracellulaire ou cellulaire nous avons orienté notre travail, sur l'analyse quantitative et qualitative des glycosylations portées par les glycoprotéines des cellules de carcinome de colon humaines (HT-29) et (SW-620) par spectrométrie de masse MALDI-TOF.

Nous avons focalisé notre attention sur la caractérisation de la micro-hétérogénéité des protéines N-glycosylées. La stratégie utilisée est basée sur l'analyse de chaînes de glycanes et l'utilisation des ions diagnostiques issus de la fragmentation spécifique des N-glycanes pour obtenir la distribution des différentes glycoformes portées par un même peptide.

#### **Résultats**

Par comparaison des profils de glycosylation d' $\alpha3\beta1$ , l'intégrine des cellules cancéreuses a montré une sialylation plus élevée dans les cellules métastatiques, une moindre fucosylation, la présence de structure de branchement et la présence de résidus sulfatés dans les deux sous-unités de cette intégrine.

On a également montré que l'intégrine  $\alpha3\beta1$  peut jouer un rôle dans la migration cellulaire des cellules SW-620 par ses propriétés d'adhérence sur les protéines de la matrice extra cellulaire.

#### **Conclusion**

Les techniques analytiques que nous avons pu réaliser dans notre travail apporteront, sans doute, une aide diagnostique, et pronostique aux cliniciens.

#### **Mots clés**

Glycoprotéines, Spectrométrie de masse MALDI-TOF. Intégrine  $\alpha3\beta1$ , sialylation, fucosylation.

### **L'ALLERGIE AUX PROTEINES DU LAIT DE VACHE CHEZ LE NOURRISSON : EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE ETUDE D'UN RECRUTEMENT DE L'OUEST ALGERIEN.**

A. Bouchetara<sup>1</sup>, K. ELMecherfi<sup>2</sup>, N. Rahmoun<sup>3</sup>, A. Laredj<sup>4</sup>, N. Herouel<sup>4</sup>, G. Boudraa<sup>5</sup>, M. Touhami<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Service de maladies infectieuses pédiatriques de l'EHS Canastel,

<sup>2</sup> Laboratoire de Physiologie de la Nutrition et Sécurité Alimentaire, Université d'Oran Ahmed Benbella.Oran

<sup>3</sup> Département de génétique moléculaire appliquée, Faculté des Sciences et de la vie, Université des Sciences et de la Technologie d'Oran-Mohamed Boudiaf, Oran ;

<sup>4</sup> Service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU d'Oran ;

<sup>5</sup> Service de pédiatrie C, CHU d'Oran.

[bouchetaraa@gmail.com](mailto:bouchetaraa@gmail.com)

#### **Introduction**

L'objectif est d'établir le profil clinique, épidémiologique, thérapeutique et évolutif des patients allergiques aux protéines de lait de vache (APLV), en s'intéressant aux facteurs de risque et particulièrement l'atopie familiale.

#### **Patients et méthodes**

C'est une étude analytique chez des patients allergiques aux protéines de lait de vache à partir d'un recrutement rétrospectif sur dossiers de patients suivis de 1987 à 2011, dans les deux services de pédiatrie à Oran (service de Pédiatrie « C » du CHU Oran et le service de gastroentérologie et nutrition de l'EHS Canastel) et d'un recrutement prospectif au niveau du dernier service de 2011 à 2015.

#### **Résultats**

1041 patients ont été recrutés:772 en rétrospectif et 269 en prospectif. La notion d'atopie familiale est présente chez 57,15 % des cas. Les tableaux cliniques d'atopie chez les membres des familles sont surtout respiratoires puis cutanés. Nos patients sont nés prématurés dans 6,60% des cas et par césarienne dans 38,82 % des cas.

La notion de prise du biberon sensibilisateur est notée chez 45,29 %.L'âge moyen d'introduction du LV est de 31,24 jours  $\pm$  50,37 alors que l'âge moyen du début des troubles est de 2,09  $\pm$  2,86 mois.

L'âge moyen au diagnostic est de 03,45  $\pm$  3,23 mois.

Les signes digestifs isolés ou associés sont majoritaires chez nos patients (93,75 %).Les moyens diagnostiques : 140 dosages des IgE spécifiques au LV ont été effectués dont 56,43% étaient positifs.

Nos patients APLV à formes IgE ou non IgE médiées ont respectivement présenté des signes digestifs (84,81% ; 88,52%), des signes cutanés (40,50% ; 49,18%) et des signes respiratoires (26,58% ; 21,31%) ; 119 tests cutanés ont montré une sensibilisation au LV dans 56,30% des cas.

L'âge moyen d'acquisition de la tolérance du LV est de 13.32  $\pm$  8.21 avec des extrêmes allant de 5 mois à 6 ans.

#### **Conclusion**

L'APLV est très peu étudiée en Algérie, notre étude vient enrichir ce sujet.

#### **Mots clés**

APLV, lait de vache (LV), enfant, atopie familiale, biberon sensibilisateur, sensibilisation, diététique.

**ETUDE DES FACTEURS PRONOSTIQUES DE SURVENUE DE GROSSESSE CHEZ LES COUPLES INFERTILES PRIS EN CHARGE EN DEHORS DE FIV/ICSI**

N. Belhachemi, B. Chafi, F. Hakim, W. Arabe Mohand, S. Boucif, A. Naim, A. Abdelouahab, K. Chenni, D. Larbi.

[inesse06@hotmail.com](mailto:inesse06@hotmail.com)

**Introduction et Objectif**

L'infertilité est définie par l'OMS par l'échec de survenue d'une grossesse clinique après 12 mois de rapports sexuels non protégés et après six mois si la femme a plus de 35 ans.

L'assistance médicale à la procréation (AMP) permet la prise en charge des couples infertiles par de nombreuses techniques : injection intra- cytoplasme du spermatozoïde (ICSI), fécondation in vitro (FIV), insémination intra-utérine (IIU).

Cependant le traitement des couples infertiles ne se limite pas à l'AMP. Mais bien au contraire avec des moyens les plus simples la proportion de grossesses naturelles est loin d'être négligeable.

En effet, ce mode d'obtention de grossesse dépend des facteurs pronostiques de l'infertilité pour une prise en charge spécifique. Ces facteurs pronostiques sont représentés par le type primaire ou secondaire de l'infertilité, de la durée d'infertilité, de l'âge de la femme et à un degré moindre l'âge de l'homme, ainsi qu'aux facteurs étiologiques de l'infertilité.

Cette étude a été menée aux fins d'identifier les facteurs pronostiques de survenue de grossesse chez les couples infertiles pris en charge en dehors de FIV/ICSI.

**Matériels et méthodes**

C'est une étude prospective, d'un échantillon fait de 605 couples infertiles sur 760 couples infertiles pris en charge au sein du service de gynécologie obstétrique de l'établissement hospitalier et universitaire (EHU) d'Oran soit 79.6% de la cohorte. C'est une étude mono centrique s'étendant sur 4 ans de janvier 2009 à décembre 2012.

L'étude des facteurs pronostiques de survenue ou non de grossesse hors FIV/ICSI s'est faite sur des comparaisons statistiques.

Les comparaisons statistiques ont été réalisées entre deux groupes de la population, d'une part celle ayant fait une grossesse (n= 147) et d'autre part celles n'ayant pas réussi à concevoir (n= 458). Ensuite une analyse uni variée à 20% des facteurs pronostiques de survenue de grossesse après prise en charge des couples infertiles et un modèle de régression logistique binaire ( $\alpha= 5\%$ ) sur la probabilité de survenue de grossesse chez des couples infertiles pris en charge, ont été réalisés.

**Résultats**

Le nombre de grossesses obtenu après prise en charge en dehors de FIV/ICSI était de 147 grossesses pour une population de 605 couples ce qui correspond à 24.3%.

L'analyse multi variée de survenue ou non de grossesses selon les facteurs pronostiques de l'infertilité a permis de mettre en évidence l'influence négative du tabagisme passif chez la femme (mari tabagique actif), de l'infertilité primaire par rapport à la secondaire, l'âge de la femme de plus de 35 ans et celui de l'homme de plus de 45 ans ainsi que l'oligo-asthéo-teratospermie sévère.

**Conclusion :**

Les facteurs de survenue d'une grossesse sont intimement liés aux facteurs pronostiques de l'infertilité. L'âge de la femme et de l'homme, le type et la durée d'infertilité, l'origine et la cause de cette infertilité, sont déterminants du pourcentage de réussite et du délai de survenue de la grossesse en dehors de FIV/ICSI.

Le domaine de la reproduction humaine est un domaine qui justifie la plus grande attention, ne serait-ce que du fait de la forte prévalence des troubles de la fertilité dans la population. Ce domaine de recherche est par nature multidisciplinaire.

**Mots clés**

Couple infertile, Facteurs pronostiques, Infertilité primaire et secondaire, Age de la femme et de l'homme, Origine de l'infertilité, grossesse.

### **UTILISATION DES SUBSTANCES NATURELLES POUR LA DESINFECTION DES EAUX DES GERMES INDUISANT LES INFECTIONS URO-GENITALES**

T. Kerroumi, A. BendoudA, A. Mokkaem, A. Merbouh, F. Boud

[nabiltoufik09@yahoo.fr](mailto:nabiltoufik09@yahoo.fr)

#### **Introduction**

L'hydrochimie permet la caractérisation de ces aquifères et montre un faciès chimique pour la nappe phréatique de la région de Bechar, Par ailleurs l'objectif principal de cette étude est d'améliorer les connaissances sur le système aquifère et désinfection des eaux souterraines et sélectionner une analyse complète de tous les points d'eau existants (puits, forages et sources). L'analyse descriptive des paramètres physicochimiques va nous aider à révéler une variété des processus d'acquisition de la minéralisation. et la variation des concentrations des ions majeurs (Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, SO<sub>4</sub><sup>2-</sup>, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> et Cl<sup>-</sup>) et les variables physicochimiques (conductivité électrique, minéralisation et le pH) des eaux de différents niveaux aquifères de la région. Cette variabilité de la minéralisation est fonction des caractéristiques lithologiques des aquifères et des réactions d'échange et de la dissolution qui cause la contamination ou qui transmet l'infection.

Le système de désinfection de l'eau des puits par la brique poreuse est efficace, mais il a des nombreuses contraintes d'ordre pratique (la pose des briques dans les puits) et des problèmes techniques. Cette ancienne méthode est remplacée actuellement par un nouveau procédé de désinfection par le chlore.

#### **Objectifs**

Dans notre travail on a utilisé des substances naturelles de la région de Béchar sud-ouest d'Algérie, l'extrait aqueux de la plante zilla macroptera dans un échantillon de puits, cours d'une étude épidémiologique à Bechar où les maladies urogénitales à transmission hydrique ont une allure endémo épidémique avec des pics élevés à la fin de la saison estivale.

- Cette étude permet aussi de décrire les caractéristiques générales des puits dans cette wilaya.

#### **Matériels et Méthode**

##### **1.- Matériel Végétal**

Il est constitué par les parties aériennes de la plante zilla macroptera récolté dans la journée en Mars 2014 à côté de la route de Lahmar région de Béchar. Séchées dans une salle à la température ambiante, à l'abri du soleil et sont ensuite broyées finement au mortier. La poudre obtenue est conservée à la température ambiante jusqu'au moment de l'extraction.

##### **2. Matériel D'étude Phytochimique :**

- Solvant (eau distillée)
- Soxhlet pour la préparation de l'extrait - Plaque de gel de silice Goo F254 (phase stationnaire)
- Solvants et réactifs nécessaires à l'étude phytochimique
- Cuve pour chromatographie sur couche mince Lampe U.v. à deux longueurs d'onde (254 et 366 nm)

##### **3. Etude Chimique et Biochimique de la Plante :**

Obtention des extraits aqueux La poudre végétale (150 g) soumise à une extraction au soxhlet avec 250 ml d'eau distillée chauffée à reflux pendant vingt (20) minutes à 100 °C. Après refroidissement, on procède à la filtration et à la centrifugation de l'extrait. Le filtrat obtenu est ensuite lyophilisé et conservé au Laboratoire à l'abri de la lumière et de l'humidité pour les tests de la désinfection et l'étude phytochimique. Screening phytochimique Il a été effectué dans le but de déterminer une relation entre les constituants chimiques et les paramètres physicochimiques de l'eau. Ce screening est réalisé par l'analyse qualitative et complété par la chromatographie sur couche mince.

##### **4. Etude physicochimique de l'eau :**

Prélèvement et conservation des échantillons pour l'analyse physicochimique de l'eau.

#### **Discussion**

Les principaux groupes chimiques mis en évidence par la caractérisation phytochimique sont :

- des composés stéroïdiques et triterpéniques
- des saponosides
- des flavonoïdes
- des alcaloïdes

Dans cette analyse on remarque que les substances naturelles qui provoquent l'oxydation sont aussi efficace pour la désinfection de l'eau.

Dans le traitement de l'eau destinée à la consommation, l'oxydation sert à modifier les matières organiques et inorganiques de l'eau, ce qui permet ensuite de les en extraire, de les biodégrader ou de les détoxifier.

#### **Conclusion**

Les aquifères constitués de schistes et argilites semblent beaucoup moins affectés par ce type de pollution. Le fer et le zinc montre une même dynamique d'accumulation dans les eaux de forages. Cette accumulation serait liée à des processus de réduction par les microorganismes, à l'issue de cette étude nous pouvons formuler la recommandation suivante :

Interdire l'utilisation des eaux des forages pollués non traitées qui posent un risque de santé publique.

#### **Mots-clés**

Désinfection, germes induisant les infections urogénitales, caractérisation phytochimiques, eau de forage

# APPEL A SOUMISSION

Mesdames, Messieurs, Chères Consoeurs, Chers Confrères

La Faculté de Médecine d'Oran afin de répondre aux nouvelles exigences médicales et éthiques annonce la création de la Revue des Sciences Médicales d'Oran (RSMO), qui offrira un excellent moyen d'information et d'actualisation des connaissances et des compétences.

Cette revue est destinée à la publication des travaux de thèses de doctorat, des résultats de travaux de recherche et des articles originaux.

Elle s'adresse aux chercheurs universitaires, aux spécialistes ainsi qu'aux omnipraticiens.

La RSMO de par ses publications rendra plus visible et valorisera ainsi les travaux accomplis par nombre de confrères et de chercheurs et elle reflétera l'image de notre faculté.

Afin de nous permettre une exploitation plus aisée des soumissions, nos confrères sont invités à se conformer aux recommandations que vous retrouverez sur le site web de la faculté de médecine d'Oran <http://www.facmed-univ-oran.dz>

En vous remerciant pour votre collaboration.

P/Le Comité de Rédaction

La rédactrice en Chef

**Djamila BOUZIANE**

The image shows a screenshot of the website for the Faculty of Medicine of Oran. At the top, there is a navigation bar with the URL <http://www.facmed-univ-oran.dz> highlighted in a red box. The website header includes the logo of the University of Oran (جامعة وهران) and the Faculty of Medicine of Oran (كلية الطب وهران). Below the header, there is a main navigation menu with categories: La Faculté, Les départements, Formation, Recherche, and Plus. A sidebar on the left contains a list of menu items: ACTUALITES, FORMATION, LABORATOIRES, THESES, ASSURANCE QUALITE, and REVUE DE LA FACULTE. The main content area features a large logo for RSMO (Revue des Sciences Médicales d'Oran) with the text 'REVUE DES SCIENCES MÉDICALES D'ORAN FACULTÉ DE MÉDECINE D'ORAN'. To the right of the RSMO logo, there is a smaller version of the RSMO logo and a button labeled 'Revue de la Faculté' with a right-pointing arrow. Below this, there is a small image showing a group of people sitting at desks in a classroom or lecture hall.

**R**

**S**

**M**

**O**

