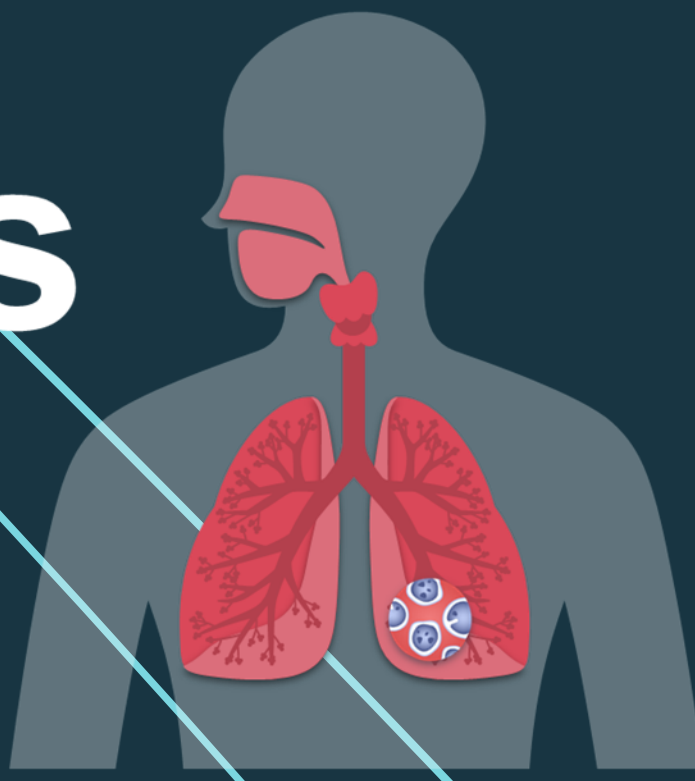




Profil épidémiologique des pathologies respiratoires chez l'enfant à l'Hôpital Militaire de Constantine



M.DJALLEB*1, A. DEHIMI 2, N Djebbar1, H MENZER1, T SAIDI 3, M LAIB 3 , A. HAMADA 4, B. BIOUD 2

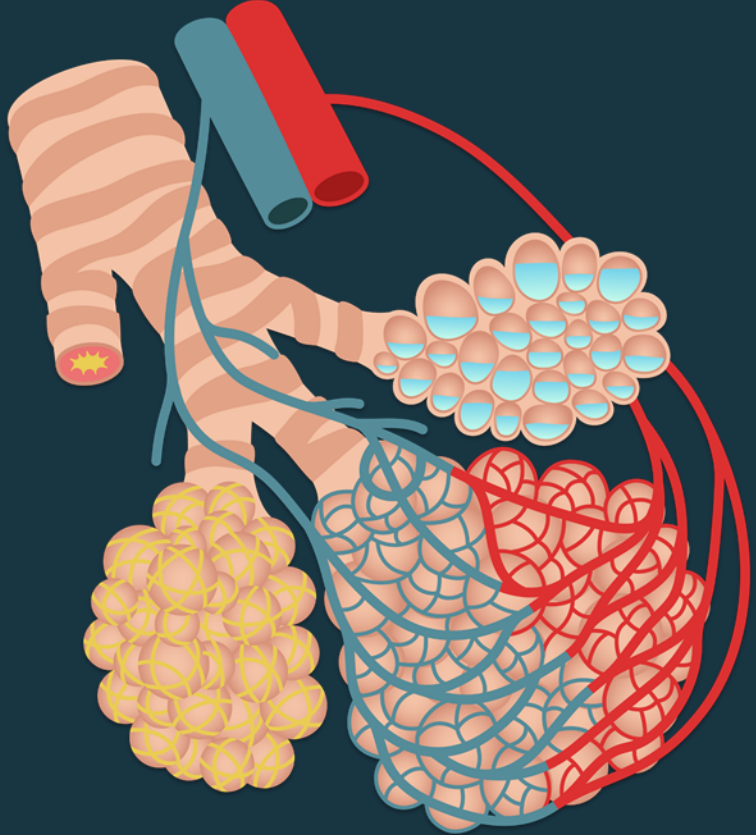
1 : Service de pédiatrie, Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine, Algérie.

2 : Service de Pédiatrie, Centre Hospitalo-Universitaire de Sétif, Algérie.

3 : Service d'épidémiologie et de médecine préventive, Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine, Algérie.

4 : Service de pédiatrie, Hôpital Militaire Régional Universitaire de Ouargla, Algérie

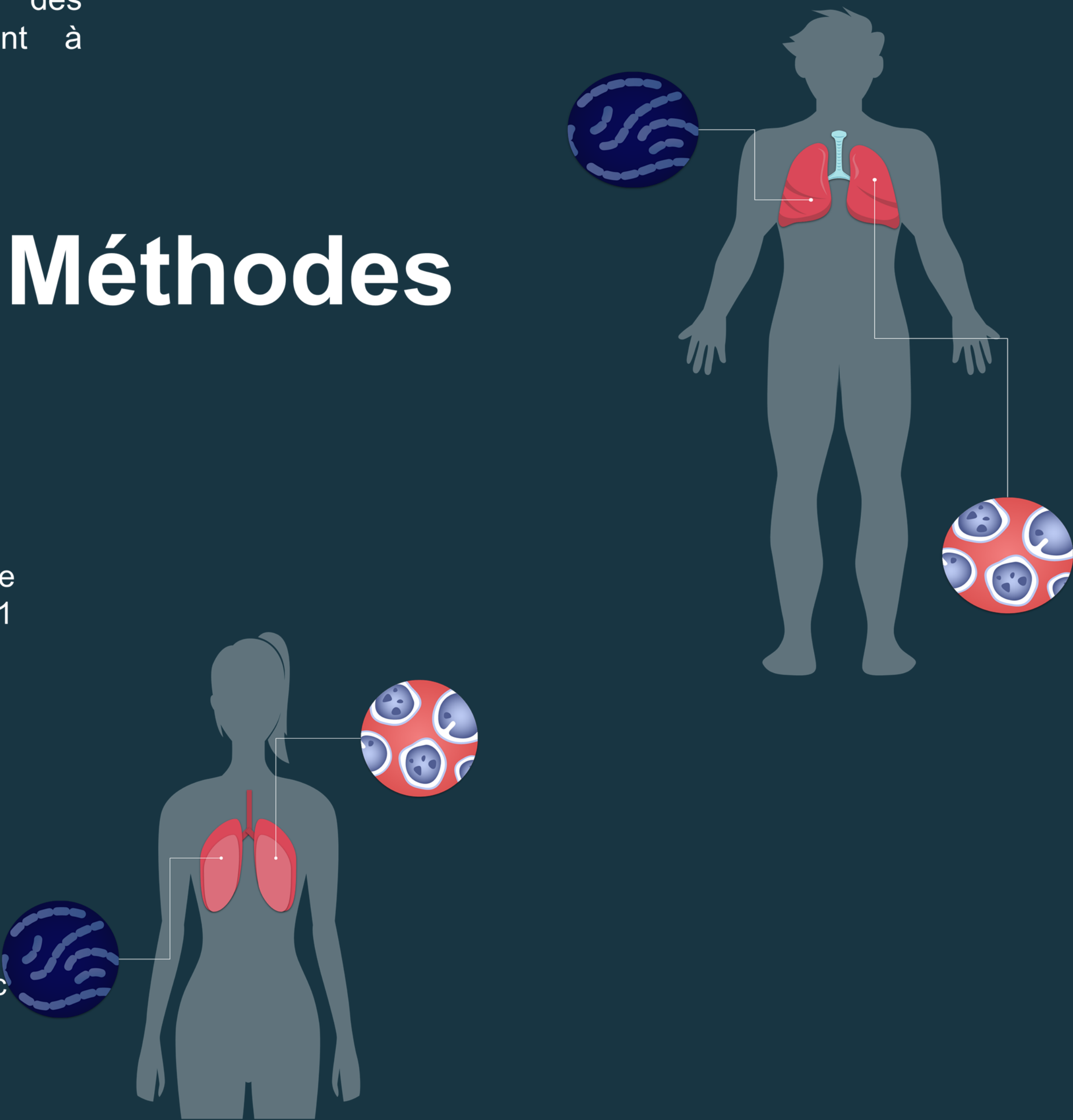
Introduction



Les pathologies respiratoires représentent un motif fréquent d'hospitalisation en pédiatrie. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil épidémiologique des pathologies respiratoires chez l'enfant à l'hôpital Militaire de Constantine. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil épidémiologique des pathologies respiratoires chez l'enfant à l'hôpital Militaire de Constantine.

Malades & Méthodes

- .Nous avons examiné les dossiers médicaux des enfants âgés de 3 mois à 15 ans hospitalisés pour une pathologie respiratoire au service de pédiatrie de l'Hôpital Militaire de Constantine sur une période de six mois, du 1 janvier 2023 au 30 juin 2023. Ceux qui remplissaient les critères d'inclusion ont été identifiés.
- .Paramètres étudiés :
- .Paramètres sociodémographiques : âge, sexe, habitat
- .Paramètres cliniques
- .Paramètres radiographiques
- .Analyse statistique : Epi info 7
- .Les variables qualitatives : pourcentage avec $\pm$ écart type
- .Les variables quantitatives : moyennes avec $\pm$ écart type
- .Un test t de Student et un test du chi 2 ont été effectués.
- .Le seuil de signification était fixé à 5%.



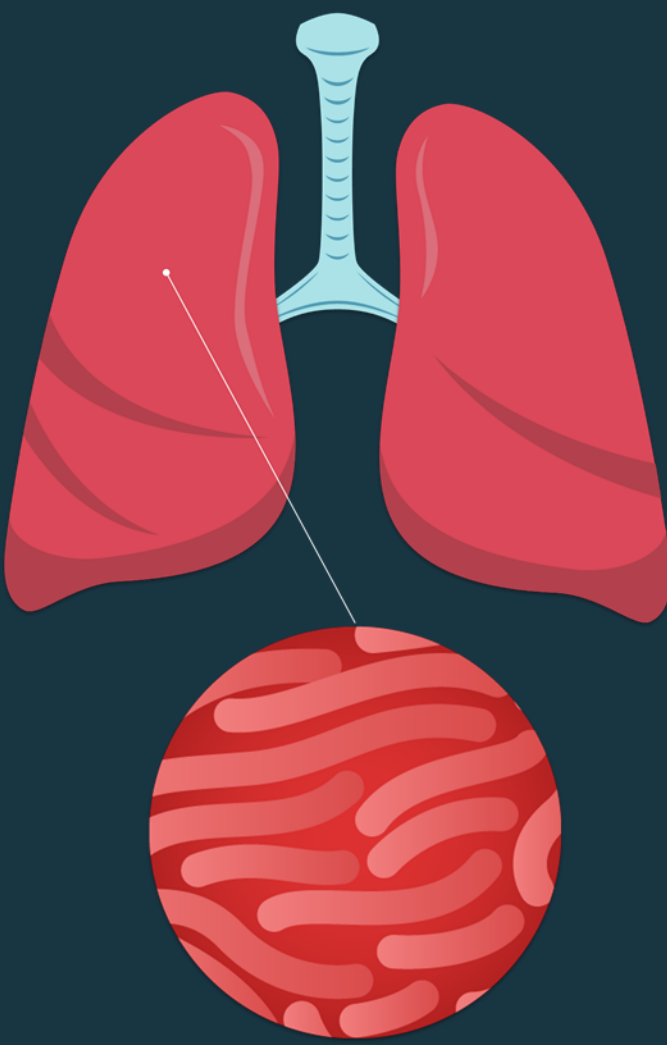
Discussion

Les motifs d'hospitalisation pour pathologie respiratoire chez l'enfant ont été largement dominés dans notre étude par deux pathologies : exacerbation d'asthme (10 cas) et la pneumopathie aigüe (15 cas). Ce qui peut indiquer que la prévalence de l'asthme mal contrôlé est en augmentation. Les bronchiolites ont représenté 21.6% des hospitalisations dans notre étude sans différence de sexe (sex-ratio de 1). Un résultat similaire a été retrouvé par Evenou et al, dans une étude réalisée en France entre octobre 2013 et mars 2014. Robinson et al ont montré que la saison du Virus Respiratoire Syncytial, responsable de la bronchiolite, débute entre novembre et janvier au Canada et persiste pendant quatre à cinq mois. Certains patients diagnostiqués initialement en tant que bronchiolite aigüe ont vu leur diagnostic redressé en laryngite virale, pneumopathie aigüe, inhalation de corps étranger et exacerbation de séquelles graves de virose. Ces pathologies sont connues pour constituer des diagnostics différentiels de la bronchiolite aigüe. Dans notre étude, les pneumopathies aigües ont représenté 40,5% des hospitalisations, alors qu'une étude réalisée au Mali sur une série de 2.261 enfants hospitalisés a révélé un taux beaucoup plus élevé (68.38%) d'enfants hospitalisés pour pneumopathie aigüe. Dans notre étude, les nourrissons étaient plus touchés par les pneumopathies aigües que les enfants, ce qui a été observé dans les études de Nagoan et al et Bakondé et al. Ceci pourrait s'expliquer par les conditions socioéconomiques défavorables dans les pays en voie de développement. L'absence de cas de coqueluche chez l'enfant s'explique par la large couverture vaccinale anticoquelucheuse en Algérie qui fait que seuls les jeunes nourrissons non protégés par les anticorps maternels et non encore complètement vaccinés sont à risque de contracter la maladie]. Certaines limites de cette étude doivent être signalées. Seuls les patients hospitalisés dans le service de de pédiatrie ont été pris en compte dans cette étude. Les patients hospitalisés dans les autres services de l'hôpital et les patients ayant consulté au service des urgences pédiatriques et traité en ambulatoire n'ont pas été inclus. Les patients présentant des formes graves de pathologies respiratoires nécessitant un support respiratoire sont quant à eux hospitalisés dans le service de réanimation pédiatrique. De même, des cas de bronchiolite aigüe du nourrisson peuvent être hospitalisés dans d'autres services notamment en période épidémique. Une étude similaire qui se baserait également sur une cohorte plus importante et une durée plus longue permettrait d'étudier plus de paramètres.

Conclusion

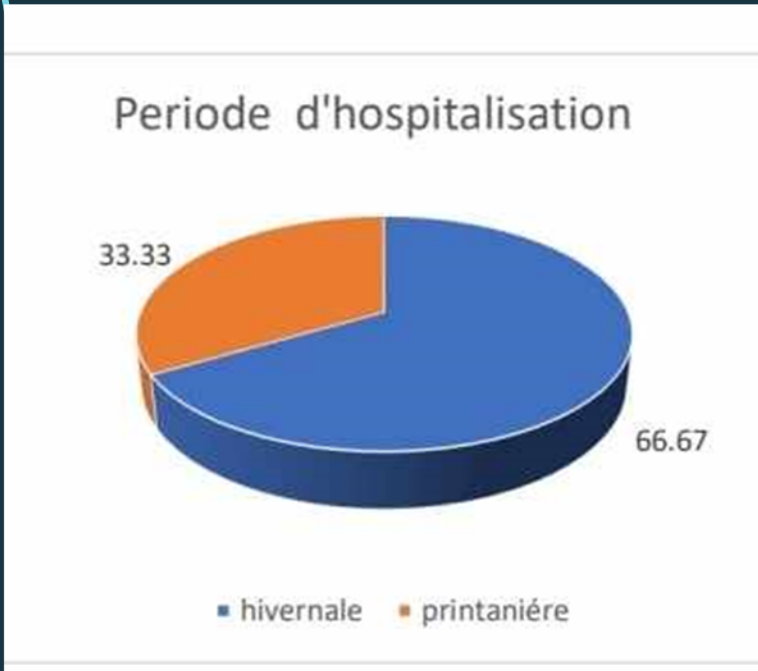
Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par les pneumopathie aigüe suivies d'exacerbations d'asthme et la bronchiolite aigüe.

En matière de détresse respiratoire, un diagnostic bien établi sur des données de sémiologie clinique, un traitement entrepris de façon précoce et adaptée, et une surveillance étroite du nourrisson ou de l'enfant autorisent le plus souvent, quelle que soit la cause de la pathologie, à porter un pronostic à court terme tout à fait favorable



Résultats

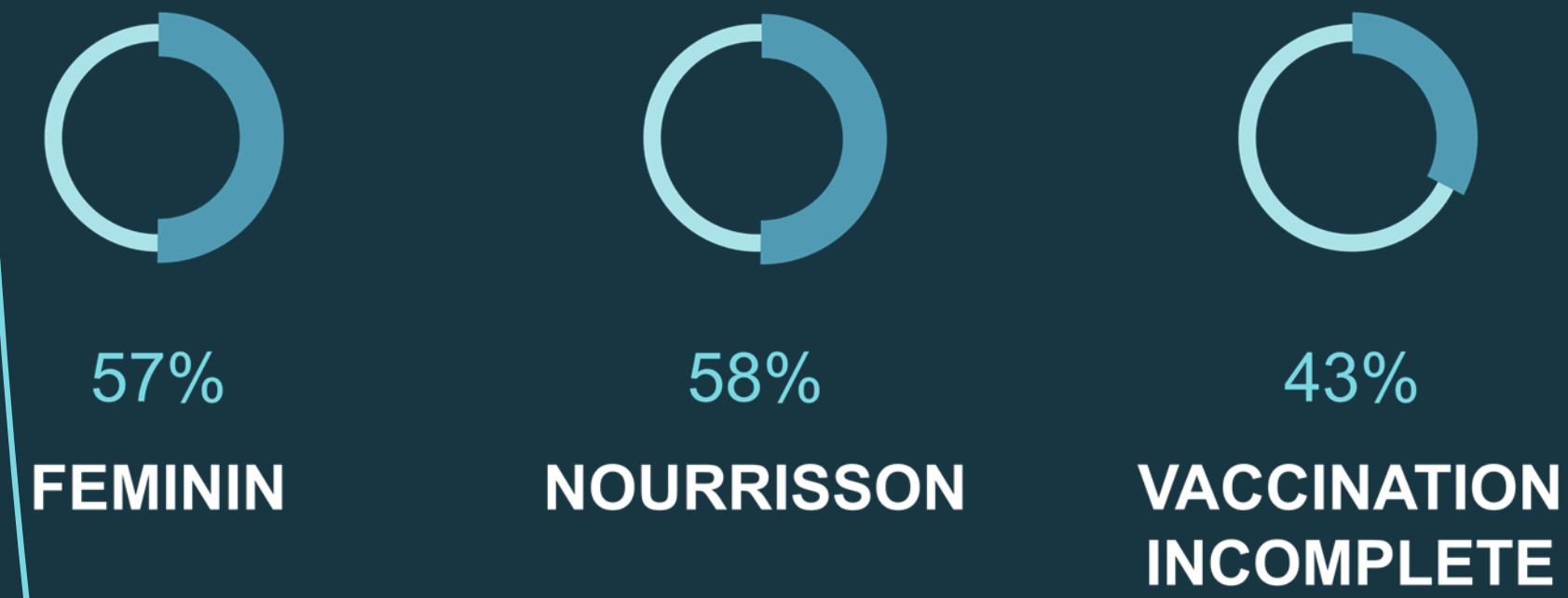
Sur 255 patients hospitalisés, 37 (14,5%) l'ont été pour une pathologie respiratoire. Les hospitalisations pour exacerbation d'asthme (%), bronchiolite aigüe (%) et exacerbations sur mucoviscidose étaient les motifs les plus fréquentes sans différence significative selon le sexe. Les hospitalisations pour pneumopathie aigüe ($p < 0,001$), exacerbation de séquelles graves de viroses et étaient plus fréquentes chez le nourrisson. Les hospitalisations pour pneumopathie aigüe et pour bronchiolite étaient plus fréquentes en période automnohivernale.



Répartition des malades en fonction du diagnostic et du sexe

	Féminin	Masculin	P
Exacerbation d'asthme	01	09	0.076
Pneumopathie	08	07	
Bronchiolite	04	04	
IMF	02	01	
Tuberculose pleuropulmonaire	01	0	

Caractéristiques sociodémographiques



Ressources

- Evenou D, et al. *Kinesither Rev*. 2017.
- Robinson JL, et al. *Paediatr Child Health*. 2015 Aug-Sep; 20(6): 321-33.
- Zorc JJ, Hall CB. *Pediatrics*. 2010 Feb; 125(2): 342-9
- Maiga B, et al. *Rev Mal d'Infec et de Microbio*. 2016; 27-32.
- Nagoan K, et al. *Pan Afr Med J*. 2012; 13:11
- Bakondé B, et al. *Med Afr Noire*. 1998; 45(7): 435-9.
- Ngombe LK, et al. *Pan Afr Med J*. 2014 Dec18; 19: 393.
- Wiley KE, et al. *Vaccine*. 2013 Jan 11; 31(4): 618-25.

