

الأمراض التعفنفة عند الطفل ترجمة من الفرنسية إلى العربية

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :2014.

من طرف

السيدة : بشرى ضاهر
المزداة في : 08 أبريل 1988

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الظلمات الأساسية : الأمراض التعفنفة عند الطفل - تعريب العلوم الطبية- المعجم الطبي الموحد.
تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: سعيد بن عمر
أستاذ في طب الأطفال
السيد: أحمد عزيز بوصفيحة
أستاذ في طب الأطفال
الهرهد: محمد الرضائي
أستاذ في الجراحة الصدرية
الهرهد: أمينة مدثر
أستاذة في الطب الباطني
الهرهد: عبد الرحمان النعمان
أستاذ في الكيمياء الحيوية
الهرهد: نعيمة أمزوي
أستاذة في طب الأطفال
الهرهد: توفيق أليزيدي
أستاذ في اللسانيات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَبَّحَهُ اللَّهُ الْعَظِيمَ

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

و أن أصون حياة الناس في كافة أطوارها في كل الظروف و الأحوال،
بأذلا وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم وأن أستتر عورتهم وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله مسخرا كل الرعايتي
الطبية للقريب والبعيد، والصالح والطالح والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم المسخر لنفع الناس لا لأذاهم،

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني وأكون أخا لكل زميل في
المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانياتي، نقية مما يشينها

تجاه الله ورسوله والمؤمنين، والله على ما أقول شهيد.

قائمة الأساتذة

**UNIVERSITE HASSAN II AIN CHOCK
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
CASABLANCA**

Doyen de la Faculté :

Pr. Farid CHEHAB

Vice Doyens:

Pr. Mohammed BENNANI OTHMANI,

Pr. Nadia TAHIRI

Secrétaire Général:

M. Jamal TABARAK

Doyens Honoraires:

Pr. Ali DIOURI

Pr. Abdesslam SRAIRI

Pr. Abderrahim HAROUCHI

Pr. Najib OUARITI ZEROUALI

Pr A. FAROUQI

Pr.H.LOUARDI

Vice Doyens Honoraires:

Pr. H. BARROU

Pr A. QUESSAR

Pr F. DEHBI

Pr. Abdelkrim LARGAB

Pr. Mohamed KEBBOU

Pr. Adellatif CHERQAOUI

Pr. Ahmed IRAQI

Pr. Saïd BENCHEKROUN

Pr. Badie Azzamane MEHADJI

NOM	PRENOM	CADRE	Affectation
KHALEQ	KHALID	Professeur agrégé	Accueil des urgences
LOUARDI	EL HAUSSAINE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Accueil des urgences
MOUHAOUI	MOHAMMED	Professeur agrégé	Accueil des urgences
MOUSSAOUI	MOHAMMED	Professeur agrégé	Accueil des urgences
YAQINI	KHALID	Professeur agrégé	Accueil des urgences
ALLOUCH	MAROUANE	Professeur assistant	Cardiologie
AZZOUZI	LAILA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Cardiologie
DRIGHIL	ABDENASSER	Professeur agrégé	Cardiologie
HABBAL	RACHIDA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Cardiologie
NOUR EDDINE	MALIKA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Cardiologie
AJBAL	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie 1
KADIRI	BOUCHAIB	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie 1
BOUFETTAL	RACHID	Professeur assistant	Chirurgie 3
CHEHAB	FARID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie 3
RIFKI JAI	SAAD	Professeur de l'enseignement supérieur	Chirurgie 3
BENNOUNA	DRISS	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie 4
EL ANDALOUSSI	YASSIR	Professeur agrégé	Chirurgie 4
FADILI	MUSTAPHA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie 4
HADDOUN	AHMED REDA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie 4
MOUJTAHID	MOHAMED	Professeur de l'enseignement supérieur	Chirurgie 4
NECHAD	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie 4
OUARAB	Mohamed	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie 4
ALAMI AROUSSI	AZIZ	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie cardio vasculaire
ETTAOUMI	YOUSSEF	Professeur assistant	Chirurgie cardio vasculaire

MEHADJI	BADIE AZZAMAN	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie cardio vasculaire
CHEKKOURY IDRISSE	ABDELALI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie maxillo-faciale
SLIMANI	FAICAL	Professeur agrégé	Chirurgie maxillo-faciale
BAHECHAR	NAIMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie plastique
BOUKIND	EL HASSAN	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie plastique
CHLIHI	ABDESSAMAD	Professeur de l'enseignement supérieur	Chirurgie plastique
DIOURI	MOUNIA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie plastique
EZ-ZOUBI	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie plastique
BOUBIA	SOUHEIL	Professeur agrégé	Chirurgie thoracique
RIDAI	MOHAMMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie thoracique
AL ZEMMOURI	MOUNIA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie viscérale pédiatrique
FERRAM	NADIR	Professeur agrégé	Chirurgie viscérale pédiatrique
HAMMOUMI	ZINEB	Professeur agrégé	Chirurgie viscérale pédiatrique
SIBAI	HICHAM	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie viscérale pédiatrique
BENCHIKHI	HAKIMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Dermatologie
CHIHEB	SOUMIYA	Professeur de l'enseignement supérieur	Dermatologie
DAHBI SKALI	HAYAT	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Dermatologie
HALI	FOUZIA	Professeur agrégé	Dermatologie
KHADIR	KHADIJA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Dermatologie
CHADLI	ASMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Endocrinologie
EL AZIZ	SIHAM	Professeur agrégé	Endocrinologie
FAROUQI	AHMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Endocrinologie
HASSOUNE	SAMIRA	Professeur agrégé	Epidémiologie

MAAROUFI	ABDERRAHMANE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Epidémiologie
ALAOUI	RHIMOU	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gastro entérologie
BADRE	WAFAA	Professeur de l'enseignement supérieur	Gastro entérologie
BELLABAH	AHMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gastro entérologie
BIADILLAH	Med Cheikh	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gastro entérologie
HADDAD	FOUAD	Professeur agrégé	Gastro entérologie
HLIWA	WAFAA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gastro entérologie
FICHTALI	Karima	Professeur assistant	Gynéco B
BENHESSOU	MUSTAPHA	Professeur assistant	Gynécologie A
BENNANI	OMAR	Professeur assistant	Gynécologie A
BOUHYA	SAID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gynécologie A
BOUKAIDI LAGHZAOU	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gynécologie A
EL KARROUMI	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gynécologie B
ENNACHIT	SI MOHAMED	Professeur agrégé	Gynécologie B
BOUFETTAL	HOUSSINE	Professeur assistant	Gynécologie C
HERMAS	SAID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gynécologie C
MAHDAOUI	SAKHER	Professeur agrégé	Gynécologie C
SAMOUH	NAIMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gynécologie C
BEN CHEKROUN	SAID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Hématologie 20 Août
CHERKAOU	SIHAM	Professeur assistant	Hématologie 20 Août
HARIF	M'HAMMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Hématologie 20 Août
KHOUBILA	NISRINE	Professeur assistant	Hématologie 20 Août
LAMCHAHAB	MOUNA	Professeur assistant	Hématologie 20 Août
MADANI	ABDELLAH	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Hématologie 20 Août
QACHOUH	MERYEM	Professeur agrégé	Hématologie 20 Août
QUESSAR	ASMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Hématologie 20 Août

RACHID	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Hématologie 20 Août
EL BAKKOURI	JALILA	Professeur assistant	Laboratoire immunologie
BENNANI OTHMANI	MOHAMMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Informatique médicale
SERHIER	ZINEB	Professeur assistant	Informatique médicale
GARCH	ABDELHAK	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire anatomie
ROUADI	SAMI	Professeur agrégé	Laboratoire anatomie
BENNANI GUEBESSI	NISRINE	Professeur assistant	Laboratoire anatomie pathologique
IRAQI	AHMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire anatomie pathologique
KARKOURI	MEHDI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire anatomie pathologique
MAROUAN	SOFIA	Professeur assistant	Laboratoire anatomie pathologique
TAHIRI JOUTI	NADIA	Professeur Habilité	Laboratoire anatomie pathologique
ZAMIATI	SOUMAYA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire anatomie pathologique
BENKIRANE	FATIMA ZAHRA	Professeur assistant	Laboratoire biophysique
HJIYEJ ANDALOUSSI	LAMIA	Professeur habilité	Laboratoire biophysique
MAJIDI	BRAHIM	Professeur assistant	Laboratoire biophysique
BENAZZOUZ	IMANE	Professeur assistant	Laboratoire chimie biochimie
EL GUEDDARI	FATIHA	Professeur habilité	Laboratoire chimie biochimie
IBEN MOUSSA	SAMIR	Professeur habilité	Laboratoire chimie biochimie
KAMAL	NABIHA	Professeur agrégé	Laboratoire chimie biochimie
KHLIL	NAIMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire chimie biochimie
NAAMANE	ABDERRAHIM	Professeur assistant	Laboratoire chimie biochimie
SOUHAILI	ZINEB	Professeur habilité	Laboratoire chimie biochimie

DEHBI	HIND	Professeur agrégé	Laboratoire génétique humaine
NADIFI	SELLAMA	Professeur de l'enseignement supérieur	Laboratoire génétique humaine
HABTI	NORDDINE	Professeur habilité	Laboratoire Hématologie
OUKKACHE	BOUCHRA	Professeur agrégé	Laboratoire Hématologie
ABOUSSAOUIRA	TOURIA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire histologie
ANWAR	WAFI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire histologie
MARNISSI	FARIDA	Professeur agrégé	Laboratoire histologie
FELLAH	HASSAN	Professeur habilité	Laboratoire immunologie
BELABBES	HOURIA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire Microbiologie
EL M DAGHRI	NAIMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire Microbiologie
ZEROUALI OUARITI	KHALID	Professeur habilité	Laboratoire Microbiologie
RIYAD	MYRIAM	Professeur habilité	Laboratoire parasitologie
SOUSSE ABDALLAOUI	MAHA	Professeur agrégé	Laboratoire parasitologie
FILALI	HOUDA	Professeur agrégé	Laboratoire Pharmacologie
HAKKOU	FARID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire Pharmacologie
TAZI	ABDELOUAHHAB	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire Pharmacologie
OUAZZANI TAIBI	BAHIA	Professeur assistant	Laboratoire physiologie
SABRY	SANA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Laboratoire physiologie
SADIRA	ZAHRA	Professeur assistant	Laboratoire physiologie
CHAKIB	ABDELFATTAH	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Maladies infectieuses
MARHOUM EL FILALI	KAMAL	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Maladies infectieuses
MARIH	LATIFA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Maladies infectieuses

OULAD LAHSEN	AHD	Professeur assistant	Maladies infectieuses
SODQI	MUSTAPHA	Professeur agrégé	Maladies infectieuses
NANI	SAMIRA	Professeur agrégé	Médecine communautaire
ECHCHILALI	KHADIJA	Professeur assistant	Medecine interne
EL HAFIDI EL ALAOUI	FATIMA ZAHRA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Médecine interne
EL KABLI	HASSAN	Professeur de l'enseignement supérieur	Médecine interne
MOUDATIR	MINA	Professeur agrégé	Médecine interne
BELHOUSS	AHMED	Professeur assistant	Médecine légale
BENYAICH	HICHAM	Professeur agrégé	Médecine légale
ASCHAWA	HIND	Professeur agrégé	Médecine nucléaire
GUENSI	AMAL	Professeur agrégé	Médecine nucléaire
KEBBOU	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Médecine nucléaire
BENGHANEM GHARBI	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Néphrologie
EL KHAYAT	SELMA SIHAM	Professeur agrégé	Néphrologie
MEDKOURI	GHIZLAINE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Néphrologie
RAMDANI	BENYOUNES	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Néphrologie
ZAMD	MOHAMED	Professeur agrégé	Néphrologie
EL AZHARI	ABDESSAMAD	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurochirurgie
HILMANI	SAID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurochirurgie
IBAHIOIN	KHADIJA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurochirurgie
LAKHDAR	ABDELHAKIM	Professeur de l'enseignement supérieur	Neurochirurgie
NAJA	ABDESSAMAD	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurochirurgie
OUBOUKHLIK	ALI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurochirurgie
BERTAL	ABDERRAZZAK	Professeur agrégé	Neurochirurgie des urgences
CHELLAOUI	ABDELMAJID	Professeur agrégé	Neurochirurgie des urgences
EL KAMAR	ABDENBI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurochirurgie des urgences

EL MOUTAWAKIL	BOUCHRA	Professeur agrégé	Neurologie
EL OTMANI	HICHAM	Professeur assistant	Neurologie
RAFAI	MOHAMMED ABDOH	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurologie
SLASSI SENNOU	ILHAME	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurologie
AMRAOUI	ABDELOUAHED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Ophtalmologie
BENHMIDOUNE	LAILA	Professeur agrégé	Ophtalmologie
CHAKIB	ABDERRAHIM	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Ophtalmologie
EL BELHADJI	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Ophtalmologie
RACHID	RAYAD	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Ophtalmologie
ALLALI	BOUCHRA	Professeur agrégé	Ophtalmologie pédiatrique
EL KETTANI EL HAMIDI	ASMAA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Ophtalmologie pédiatrique
EL MAALOUM	LOUBNA	Professeur assistant	Ophtalmologie pédiatrique
ZAGHLOUL	KHALID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Ophtalmologie pédiatrique
ABADA	REDALLAH- LARBI	Professeur agrégé	ORL
JANAH	ABDELAZIZ	Professeur de l'Enseignement Supérieur	ORL
KADRI HASSANI	MOHAMED EL FATMI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	ORL
MAHTAR	MOHAMED	Professeur agrégé	ORL
ROUBAL	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	ORL
BJITRO	CHAFIK	Professeur assistant	Ortho traumatologie pédiatrique
ADNANE	FATIMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 1
AILAL	FATIMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 1
AMENZOU	NAIMA	Professeur agrégé	Pédiatrie 1
BOUSFIHA	AHMED AZIZ	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 1

JOUHADI	ZINEB	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 1
NAJIB	JILALI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 1
DEHBI	FATIMA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 2
JENNANE	FARIDA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 2
SALIMI	SOUNDOUSSE	Professeur agrégé	Pédiatrie 2
SLAOUI	BOUCHRA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 2
ABKARI	ABDELHAK	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 3
HACHIM	JAMILA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 3
ITRI	MOHAMMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 3
LASRY	FATINE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 3
MAANI	KHADIJA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 3
BENOMAR	SAID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 4
CHEMSI	MOUNIR	Professeur assistant	Pédiatrie 4
HABZI	ABDERRAHIM	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie 4
BOUAYED	KENZA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie générale
MIKOU	NABIHA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pédiatrie générale
LEHLIMI	MOUNA	Professeur assistant	Pédiatrie IV
AIT HAJ SAID	AMAL	Professeur assistant	Pharmacie
DERFOUFI	SANAE	Professeur assistant	Pharmacie
KHAYATI	YOUSSEF	Professeur assistant	Pharmacie
BENMOUSSA	ADNANE	Professeur agrégé	Pharmacie
BAHLAOUI	ABDELKRIM	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pneumologie
BAKHATAR	ABDELAZIZ	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pneumologie
BENJELLOUN	HANANE	Professeur assistant	Pneumologie
YASSINE	NAJIBA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pneumologie

ZAGHBA	NAHID	Professeur agrégé	Pneumologie
AFIF	MY HICHAM	Professeur de l'enseignement supérieur	Pneumologie 20 Aôut
AICHANE	ABDELAZIZ	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pneumologie 20 Aôut
EL KHATTABI	WIAM	Professeur agrégé	Pneumologie 20 Aôut
AGOUB	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Psychiatrie
BATTAS	OMAR	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Psychiatrie
EL YAZAJI	MERIEEM	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Psychiatrie
KADRI	NADIA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Psychiatrie
MCHICHI ALAMI	KHADIJA	Professeur agrégé	Psychiatrie
TALEB	AMINA	Professeur assistant	Radio thèrapie
EL BENNA	NAIMA	Professeur agrégé	Radiologie 20 Aôut
GHARBI	AMINA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiologie 20 Aôut
MOUSSALI	NADIA	Professeur agrégé	Radiologie 20 Aôut
ESSODEGUI	FATIHA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiologie centrale
KADIRI	RAJAA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiologie centrale
LEZAR	SAMIRA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiologie centrale
SIWANE	ABDELLATIF	Professeur agrégé	Radiologie centrale
CHIKHAOUI	NABIL	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiologie des urgences
KACIMI	OMAR	Professeur agrégé	Radiologie des urgences
TOUIL	NAJWA	Professeur agrégé	Radiologie des urgences
CHBANI	KAMILIA	Professeur agrégé	Radiologie pédiatrique
OUZIDANE	LAHCEN	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiologie pédiatrique
SALAM	SIHAM	Professeur agrégé	Radiologie pédiatrique
BENCHAKROUN	NADIA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiothérapie
BENIDER	ABDELLATIF	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiothérapie
BOUCHBIKA	ZINEB	Professeur agrégé	Radiothérapie

JOUHADI	HASSAN	Professeur de l'enseignement supérieur	Radiothérapie
SAHRAOUI	SOUHA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiothérapie
TAWFIQ	NEZHA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiothérapie
BENSAID	ABDELHAK	Professeur agrégé	Réanimation 20 Août
EL HARRAR	NAJIB	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation 20 Août
MILOUDI	YOUSSEF	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation 20 Août
NASSIK	HICHAM	Professeur agrégé	Réanimation 20 Août
BARROU	LAHOUCINE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation chirurgicale (17)
CHERKAB	RACHID	Professeur agrégé	Réanimation chirurgicale (17)
EL KETTANI EL HAMIDI	CHAFIK	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation chirurgicale (17)
HADDAD	WAFAA	Professeur agrégé	Réanimation chirurgicale (17)
IDALI	BRAHIM	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation chirurgicale (17)
CHLILEK	ABDELAZIZ	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation chirurgie pédiatrique
HMAMOUCHE	BEDREDDINE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation chirurgie pédiatrique
BENSLAMA	ABDELLATIF	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation des urgences médicales
AL HARRAR	RACHID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation des urgences chirurgicales (33)
BOUAGGAD	ABDERRAHMANE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation des urgences chirurgicales (33)
BOUDERKA	MY AHMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation des urgences chirurgicales (33)
BOUHOURI	SIDI MOHAMED AZIZ	Professeur agrégé	Réanimation des urgences chirurgicales (33)
HAMOUDI	DRISS	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation des urgences chirurgicales (33)

NSIRI	AFAK	Professeur agrégé	Réanimation des urgences chirurgicales (33)
CHARRA	BOUBAKER	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Réanimation des Urgences Médicales
EZZOUINE	HANANE	Professeur agrégé	Réanimation des Urgences Médicales
EL YOUSSEUFI	SMAEL	Professeur agrégé	Réanimation gynécologie
MOUSSAID	IHSANE	Professeur agrégé	Réanimation gynécologie
SALMI	SAID	Professeur de l'enseignement supérieur	Réanimation gynécologie
EL FATIMI	ABDELLATIF	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
LMIDMANI	FATIMA	Professeur agrégé	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
ETAOUIL	NOUFISSA	Professeur de l'enseignement supérieur	Rhumatologie
JANANI	SAADIA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Rhumatologie
MKINSI	OUAFA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Rhumatologie
RACHIDI	WAFAE	Professeur assistant	Rhumatologie
ABOUMAAROUF	MUSTAPHA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Traumato Orthopédie Pédiatrique
ARIHI	MOHAMED	Professeur agrégé	Traumato Orthopédie Pédiatrique
EL ANDALOUSSI	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Traumato Orthopédie Pédiatrique
BENJELLOUN	GHIZLANE	Professeur assistant	Unité de pédopsychiatrie
BENALI	BENNACEUR	Professeur agrégé	Unité de santé au travail
EL KHOLTI	ABDELJALIL	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Unité de santé au travail
WIFAQ	KAMAL	Professeur assistant	Unité de santé au travail
CHEMAOU	ATIMAD	Professeur agrégé	Urgences pédiatriques
GUEDDARI	WIDAD	Professeur agrégé	Urgences pédiatriques

ZINEDDINE	ABDELHADI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences pédiatriques
ARSSI	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences traumatologie (32)
FNINI	SALAH	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences traumatologie (32)
HASSOUN	JALAL	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences traumatologie (32)
MESSOUDI	ABDELJABBAR	Professeur agrégé	Urgences traumatologie (32)
RAFAI	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences traumatologie (32)
RAHMI	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences traumatologie (32)
BENSARDI	FATIMA ZAHRA	Professeur assistant	Urgences viscérales
BERRADA	SAAD	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences viscérales
EL HATTABI	KHALID	Professeur agrégé	Urgences viscérales
FADIL	ABDELAZIZ	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences viscérales
KHAIZ	DRISS	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences viscérales
LEFRIYEKH	MOHAMMED RACHID	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences viscérales
ZEROUALI OUARITI	NAJIB	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urgences viscérales
ABOUTAIEB	RACHID	Professeur agrégé	Urologie
BENNANI	SAAD	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urologie
DAKIR	MOHAMED	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urologie
DEBBAGH	ADIL	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urologie
MEZIANE	FATHI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urologie
RABII	REDOUANE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Urologie

كلمات الشكر:

يقول الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم:

"من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

إلى أستاذي الفاضل رئيس لجنة المناقشة

الأستاذ سعيد بن عمر

أخصائي في طب الأطفال

لقد كان لي عظيم الشرف أن تقبلوا ترأس لجنة مناقشة بحثي هذا، فتقبلوا مني عبارات الشكر والتقدير.

إلى أستاذي الفاضل المشرف على البحث

الأستاذ أحمد عزيز بوصفيحة

أخصائي في طب الأطفال

لقد كان الأستاذ الجاد المثالي الذي لا يخلف موعداً، ولا يبخل بإرشاداته وتوجيهاته العلمية النيرة، وكل ذلك بصدر رحب ولسان لين، فشكراً لكم جزيل الشكر على مجهوداتكم وجزاكم الله عنا كل خير.

إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ محمد الرضائي

أخصائي في الجراحة الصدرية

الأستاذة أمينة مدثر

أخصائية في الطب الباطني

الأستاذ نعمان عبد الرحمان

أخصائي في الكيمياء الحيوية

الأستاذة نعيمة أمنزوي

أخصائية في طب الأطفال

الأستاذ اليزيدي توفيق

أخصائي في التعريب

إنه لفخر أن أتشرف بقبولكم مناقشة هذه الأطروحة، تشجيعا منكم للبحث العلمي ودعمًا للغة العربية، وهذا من كريم خلقكم وتفانيكم في خدمة طلابكم وجزاكم الله خيرا ووفقكم لما يحب ويرضى.

كما أتوجه بالشكر الجزيل:

إلى فريق أساتذة مصلحة الأمراض التعفننية وضعف المناعة بمستشفى الأطفال الهاروشي: الأستاذ الجيلالي نجيب، الأستاذ أحمد عزيز بوصفيحة، الأستاذة فلطمة عدنان، الأستاذة زينب جوهادي، الأستاذة فلطمة أيلال والأستاذة نعيمة أمنزوي.

وإلى الأستاذة نعيمة الحافضي، أستاذة طب الأطفال بالرباط.

وإلى الأستاذ ألوو معروف أستاذ طب الأطفال ببينين.

وإلى الدكتور خالد المسناوي، الدكتور محمد المهدى الفارس، والدكتورة مديحة الغمراوي.

إهداء

إلى من سهرت بالليل ترقيني وكدت بالنهار تحرسني إلى أمي الغالية
فتيحة. أي كلمة شكر، كيفما كانت لن توفي امتناني واعترافي لك
بالتضحيات الكبيرة والجهود المضنية التي قمت بها لمساعدتي في جميع
مراحل دراستي.

إلى أبي الغالي أحمد و أختي مروة و إيمان.

إلى رفيق دربي وسندي وملاذي بعد الله إلى زوجي أحمد الذي شحذ
عزيمتي ولم يبخل علي لا بجهده ولا بوقته لمساعدتي في هذا البحث.

إلى ابنتي الحبيبة آية.

إلى روح جدي الذي رباني وعلمني أبجديات الحياة وعلمني الصبر
والعزيمة وكيف أحترم نفسي وغيري.

إلى جدتي وأخوالي عز الدين وعائلته، رضوان وعائلته، عبد الصمد
وعائلته، مختار وعائلته، عبد المولى وعائلته، إلى خالاتي سعيدة
وعائلتها، زينب وعائلتها لكم مني فائق التقدير والمحبة على تشجيعاتكم
المتواصلة.

إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل له مني كل
الشكر و التقدير.

إلى كل الأقارب والأصدقاء والجيران بلا استثناء.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"إنا أنزلناه قرآنا عربيا لعلكم تعقلون"

سورة يوسف، الآية: 2

صدق الله العظيم

دستور 2011:

"تظل العربية اللغة الرسمية للدولة، وتعمل الدولة على حمايتها وتطويرها وتنمية استعمالها"

رسالة ملكية:

"يأتي في المقام الأول، تراثنا المشترك، الذي يتمثل في الأساس في لغتنا العربية التي تستدعي منا اليوم وأكثر من أي وقت مضى، مجهودا خاصا لتنميتها وتأهيلها وجعلها تستفيد من دينامية خلاقية للبحث اللغوي في مجال الاستباق والتعريب والبحث العلمي من أجل امتلاك تكنولوجيا المعلومات، وضمان حضور أكثر وزنا في فضاءات الإعلام والاتصال، وهي مهمة لا يمكن أن تتأتى إلا في إطار مجهود مشترك، ومبادرات متكاملة بين بلداننا العربية ضمن مقاربة رصينة ومتوازنة،

ميثاق التربية والتكوين

".... يتم تدريجيا، خلال العشرية الوطنية للتربية والتكوين، فتح شعب اختيارية للتعليم العلمي والتقني والبيداغوجي على مستوى الجامعات باللغة العربية، موازاة مع توافر المرجعيات البيداغوجية الجيدة والمكونين الأكفاء."

توصيات منظمة اليونسكو

"أوصت منظمة اليونسكو باستخدام اللغة الوطنية في التعليم حتى أعلى مرحلة ممكنة لأن الدراسات أثبتت أن المتعلم باللغة الأم أكثر إستيعابا من المتعلم بغيرها، والاستيعاب عون على التمثل، وتمثل المعرفة هو السبيل إلى الابتكار والإبداع"

الفهرس

المقدمة

.....1.....

1- أهداف البحث

.....3.....

2- وسائل ومنهجية البحث:

.....3.....

3- النتائج:

.....6.....

.....7..... أ- مقرر الأمراض التعفنفة عند الطفل باللغتين العربية والفرنسية

.....196..... ب- معجم المصطلحات الواردة في المقرر بثلاث لغات (عربي - فرنسي - إنجليزي)

4- المناقشة:

.....214.....

أ- مناقشة الوسائل:

.....215.....

• المعاجم الطبية

.....215.....

ب- مناقشة النتائج:

.....218.....

• المقرر

.....218.....

- الشكل

.....218.....

- المضمون:

.....219.....

* إمكانية صياغة الدروس باللغة العربية

.....219.....

* نجاعة المعجم الطبي الموحد في الإحاطة بمصطلحات دروس الأمراض

.....219.....

التعفنفة عند الطفل.

ج-تدريس الطب باللغة العربية

.....221.....

.....221.....

- مدى تقبل الأستاذ والطالب المغربي لهذه المبادرة؛

.....222.....

- وضعية تدريس الطب في العالم العربي؛

.....226.....

- أهمية تدريس الطب باللغة العربية في العالم العربي؛

.....234.....

- إمكانات التحول لتدريس الطب باللغة العربية في المغرب؛

.....237.....

- التجارب المغربية لتقريب اللغة العربية في المجال الصحي؛

.....249.....

- دعم المشروع اللغوي في التعليم الطبي.

.....254.....

خاتمة

.....255.....

المراجع

.....264.....

خلاصة

مقدمة

إن إلقاء الدروس باللغة الفرنسية في كلية الطب يجعل الطالب المغربي لا يستوعبها بشكل كاف ، لأن لغة التدريس بعيدة عن لغته الدارجة وعن التكوين العلمي في الإعدادي والثانوي الذي يتم بالعربية. إن هذا الأمر يؤثر على كفاءة الطبيب المغربي وعلى تواصله مع مريضه ومع المجتمع ، ومع مهنيي الصحة على المستوى الدولي حيث تطغى اللغة الإنجليزية.

واللغة العربية هي أصل اللغة الدارجة المغربية التي تشكل اللهجة التواصلية بالمغرب ، كما أنها تتميز برصيد علمي تاريخي قوي خاصة في مجال الطب، وهي اللغة الرسمية في المغرب، وكذلك العامل الأساسي للانتماء الحضاري لأكثر من 350 مليون نسمة موزعة على شمال إفريقيا والشرق الأوسط، وعلاوة على ذلك، فاللغة العربية هي لغة القرآن الذي يتعبد به أكثر من 2 مليار نسمة في العالم.

ولتحسين استيعاب الطالب المغربي لدروس كلية الطب ، وتحسين تواصله مع المجتمع المغربي أو المجتمع الطبي العالمي، نرى أنه يجب الاستعمال التدريجي للغة العربية في العلوم الصحية ، مع الانتقال التدريجي إلى الإنجليزية ليس في مجال التدريس، وإنما كلغة ثانية تتم تقويتها قبل وبعد الباكلوريا.

والهدف من هذه الأطروحة هو إنجاز مقرر لدروس الأمراض التعفنفة عند الطفل باللغة العربية. وسنحاول في هذه الأطروحة الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. هل توجد في الساحة الطبية العربية معاجم تمكن من ترجمة المقرر؟
2. في حالة وجودها، هل هذه المصادر كافية للإحاطة بكل المصطلحات الدقيقة في هذا التخصص؟
3. مع وجود هذه المصطلحات، هل سنتوفق في صياغة الدروس باللغة العربية؟
4. ما مدى تقبل الأستاذ والطالب المغربي لهذه الدروس باللغة العربية؟

5. ما هي وضعية تدريس الطب في العالم العربي؟
6. أين تكمن أهمية تدريس الطب باللغة العربية؟
7. ما هي إمكانات التحول لتدريس الطب باللغة العربية في المغرب؟
8. هل من تجارب مغربية لتقريب اللغة العربية في المجال الصحي؟
9. كيف يمكن تدعيم المشروع اللغوي في التعليم الطبي؟

1. أهداف البحث

إن الهدف من البحث الذي نحن بصدد إعداده هو إنجاز مقرر للأمراض التعفنفة عند الطفل، وكذا تقييم مدى نجاعة المعجم الطبي الموحد في ترجمة مصطلحات هذا المقرر، وذلك من أجل المساهمة في تعزيز الفهم والإستعاب في هذا المجال، وكذلك لتحسين التواصل بين الأستاذ والطالب من جهة، وبين الطبيب والمجتمع المغربي من جهة أخرى.

ويندرج هذا العمل ضمن سلسلة من الأطروحات التي تناقش ب كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء، ويشرف عليها الأساتذة المهتمون بتعريب العلوم الطبية بغية بناء قاعدة معطيات تساهم في إغناء المكتبة العلمية المغربية.

وأملنا أن يكون هذا البحث إضافة نوعية، يجد فيه الباحث المهتم بتخصص الأمراض التعفنفة عند الطفل ضالته.

2. وسائل ومنهجية البحث:

أ. الاعتماد على ملخصات دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل للسنة الرابعة:

بداية اعتمدنا في هذا البحث على النسخة الأخيرة من ملخصات دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل لفريق أساتذة طب الأطفال رقم (1)، التي يتم تدريسها بالسنة الرابعة من الطب العام بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء، وهي عبارة عن أفكار مكتوبة على شكل power-point.

ثم عملنا على تحويلها إلى نصوص على شكل Word ، وطرنا لها أهدافا لنبين للطالب النقاط الأساسية والعملية التي يجب التركيز عليها، ووضعنا لها أيضا تصاميم مفصلة حتى يتيسر للطالب ترتيب أفكاره ويتمكن من متابعة الدروس بشكل جيد،

ثم قارنا الدروس المنجزة بدروس الأمراض التعفنفة عند الطفل المعتمدة بكلية الطب والصيدلة بالرباط، وكذا بللدروس المقدمة لطلبة الطب بكلية نونت الفرنسية وذلك عبر الرابط التالي: <http://umvf.univ-nantes.fr/pediatrie/liste-2.html>، وذلك بهدف الإحاطة بجميع المعلومات التي يجب أن يتلقاها طالب الطب العام.

كما قما بتدعيم الدروس ببعض المعطيات والإحصائيات الوبائية، لتقريب الطالب من نسبة انتشار الأمراض، ونسبة الوفيات التي تسببها، كما عملنا على تقوية الدروس بأخر مستجدات التدابير العلاجية والوقائية، وذلك بالاعتماد على عدة مراجع حديثة ومعتمدة، وكذلك على معطيات صادرة عن منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة المغربية. (وقد ضمنت مصادر هذه المعطيات ضمن قائمة المراجع الملحقة بالبحث).

وقد تمت المصادقة على هذه الدروس من طرف الأساتذة المتخصصين في الأمراض التعفنفة عند الطفل بمصلحة الأمراض التعفنفة وضعف المناعة بمستشفى عبد الرحيم الهاروشي بالدار البيضاء.

ب. ترجمة الدروس إلى اللغة العربية :

✓ ترجمة المصطلحات الطبية:

لترجمة المصطلحات الطبية قما في البداية بجرد للمعاجم المتوفرة في الساحة الطبية العربية، ثم أجرينا حولها بحوثاً، أكدت على ضرورة الاعتماد في تعريب أية مادة علمية طبية على المعجم الطبي الموحد (Unified Medical Dictionary) ، باعتباره نتاجاً لجهود مشتركة بين جميع بلدان العالم العربي في توحيد المصطلح العلمي الطبي.

وقد اعتمدنا الطبعة الورقية الرابعة للمعجم 2006 باللغتين العربية والإنجليزية، و على النسخة الإلكترونية 2009 التي تمكننا من الترجمة بخمس لغات (عربي-فرنسي-إنجليزي-ألماني-إسباني)، وقد حصلنا على هذين المرجعين، بصعوبة، من فرع منظمة الصحة العالمية بالرباط .

✓ صياغة الدروس باللغة العربية:

وبما أن المادة العلمية عموماً لا تحتوي إلا على نسبة 3.3 % من المصطلحات الطبية، كما أثبتت ذلك بعض الأبحاث، كان من الضروري اللجوء إلى معاجم لغوية لاستكمال ترجمة الدروس بشكل جيد، واعتمدنا في ذلك على المنهل (عربي-فرنسي) ومعجم الثقافة الثلاثي للطالب (عربي-فرنسي-إنجليزي).

✓ تقييم الدروس من طرف أساتذة اللسانيات وأطباء مهتمين بتعريب الطب:

بعد استكمال ترجمة دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل، قمنا بتسليم مسودة الدروس لأستاذ متخصص في اللسانيات، وكذا لدكاترة مقيمين متخصصين في طب الأطفال ومطلعين على المعجم الطبي الموحد لإعادة قراءتها وتصحيحها وتقييمها، وعملنا على الأخذ بعين الاعتبار الملاحظات وتضمن التصحيحات بالمسودة النهائية للدروس.

• استخلاص المصطلحات الواردة في دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل وجمعها في

معجم خاص بها:

وكمحلة أخيرة من بحثنا قمنا بتجميع المصطلحات الواردة في دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل في مسرد خاص بها، ووضعنا لها مرادفات باللغة العربية، حتى نيسر على الطالب فهم المصطلحات الطبية عند قراءته للمقرر باللغة العربية، خصوصا أن هذه الدروس موجهة لطلبة السنة الرابعة الذين اعتادوا على المصطلحات العلمية باللغة الفرنسية، ووضعنا أيضا مرادفات باللغة الإنجليزية باعتبار أنها اللغة التي تصدر بها مستجدات البحوث العلمية، واستعنا في ذلك ب Excel حيث مكننا من ترتيب جميع المصطلحات حسب ترتيب الحروف (Z-A) باللغة الفرنسية ومقابلتها بمرادفات باللغتين العربية والإنجليزية.

3. النتائج:

أ. المقرر:

يعد المقرر المحصل عليه ثمرة مجهود كبير، كان الهدف منه هو إنتاج مرجع باللغة العربية لطلبة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء، وكذا لإغناء المكتبة المغربية والعربية بإضافة نوعية في مجال الأمراض التعفنفة عند الطفل.

الأمراض التعفنفة عند الطفل

Pediatric infectious diseases

Pathologie infectieuse pédiatrique

Introduction à la pathologie infectieuse pédiatrique

La santé de l'enfant dans le monde est perturbée par deux grands fléaux que sont les maladies infectieuses et la malnutrition et, dans certains pays en transition sanitaire comme le Maroc, les maladies chroniques dont les cancers.

La mortalité des enfants de moins de cinq est toujours dominée par les maladies infectieuses. Selon les résultats de l'OMS, près de 75% des décès des enfants dans le monde étaient dus en 2011 à six affections principalement infectieuses : néonatales (prématurité, asphyxie et infections), pneumonies (18%), diarrhée (11%), paludisme (7%) VHI (2%) et rougeole (1%). La lutte contre les infections est tellement importante que quasiment tous les huit objectifs du millénaire pour le développement OMD en sont concernés.

Il est alors compréhensible que dans l'enseignement de pédiatrie destiné aux étudiants de médecine, une attention particulière soit accordée à l'infectiologie qui va au-delà des maladies infectieuses.

Les principales affections qui seront abordées dans cet enseignement sont celles qui sont responsables de la mortalité mais aussi de la morbidité des enfants dans le Royaume du Maroc ces dernières années. En 2008, selon les données rapportées dans une étude internationale sur la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, sur les 23 591 décès constatés au Maroc, 11 588 (49%) étaient dues à des infections : Pneumonies (17%) et Maladies diarrhéiques (12%).

Le contrôle de ces maladies infectieuses constituera une accélération vers l'atteinte des OMD et une amélioration de la croissance économique au Maroc.

مقدمة عن الأمراض التعفنفة عند الطفل

تتأثر الحالة الصحية للطفل عبر العالم بسبب آفتين رئيسيتين متمثلتين في الأمراض التعفنفة وسوء التغذية، كما يعاني الطفل في بعض البلدان التي تمر بمرحلة صحية انتقالية نحو الأمراض المزمنة ومنها السرطان (كالمغرب).

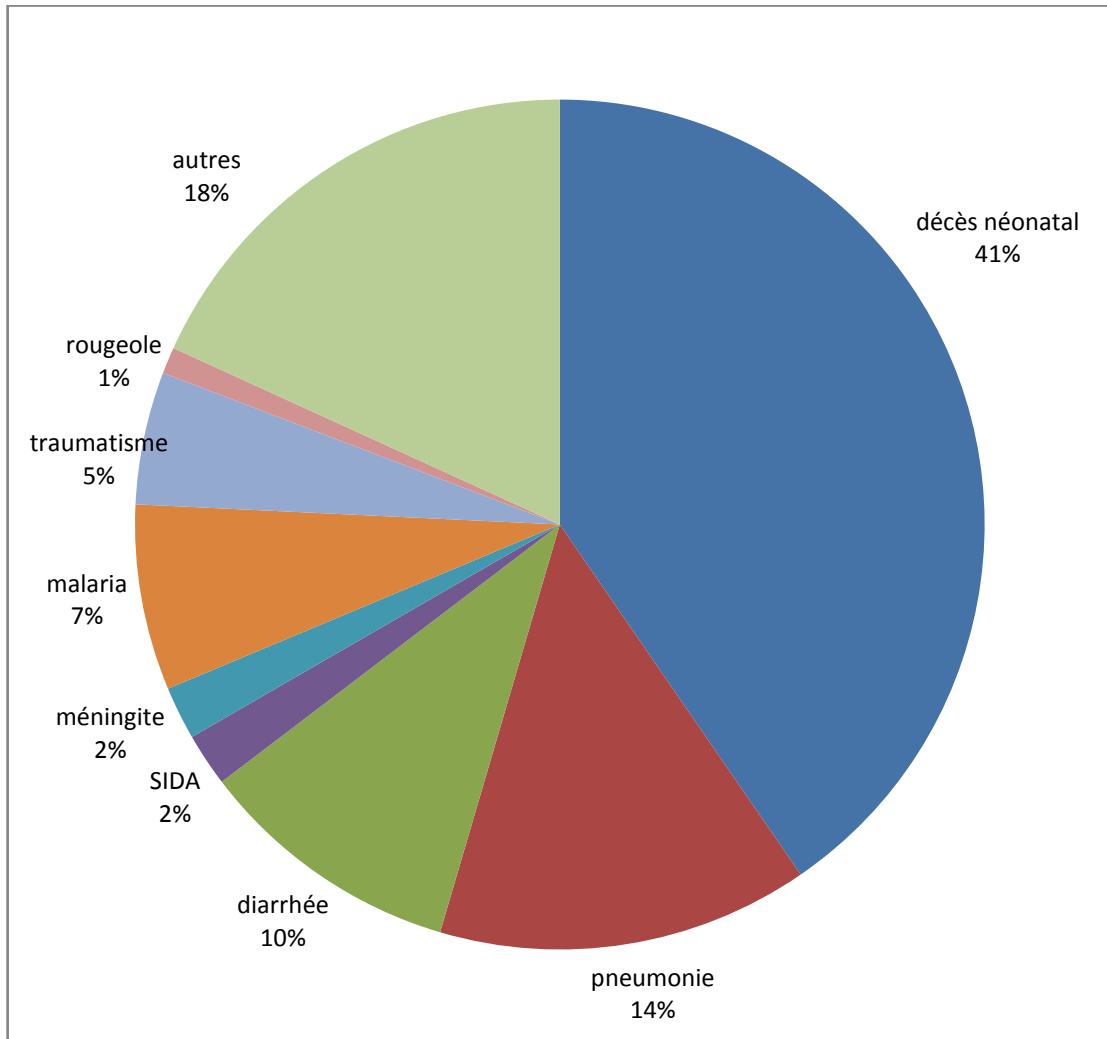
لا تزال الأمراض التعفنفة تهيمن على سبب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات، فحسب نتائج التحليل المنهجي للمعطيات المتوفرة لسنة 2011 عبر العالم، يرجع أسباب وفاة حوالي 75% من الأطفال لستة أمراض تتشكل أغلبها من الأمراض التعفنفة وتتنوع كالتالي: عند حديثي الولادة (الخداج، الاختناق، الأمراض التعفنفة)، التهاب رئوي (18%)، إسهال (11%)، ملاريا (7%)، ضعف المناعة المكتسب (2%)، الحصبة (1%)...؛ إذ يعد من المهم مكافحة الأمراض التعفنفة لتحقيق الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية.

ولكل هذه الأسباب نولي اهتماما خاصا بالأمراض التعفنفة عند الطفل ضمن مقرر تدريس طب الأطفال الموجه للطلبة الدارسين للطب العام.

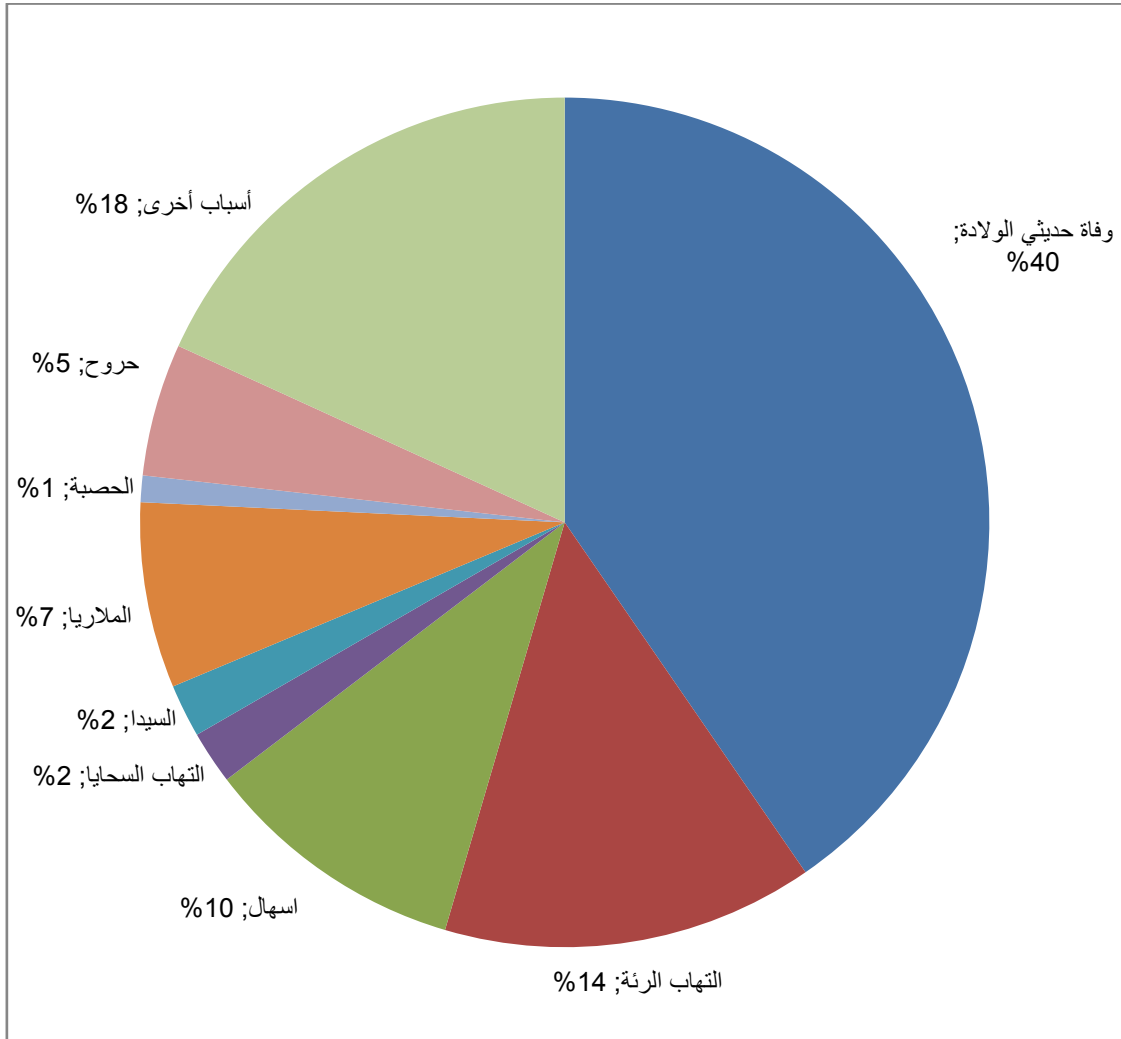
إن الأمراض التي سننظر لها من خلال هذا المقرر هي المسؤولة أساسا عن نسبة مهمة من وفيات الأطفال، وكذا عن الأمراض خلال السنوات الأخيرة في المغرب؛ ووفقا لبيانات نشرت في دراسة دولية عن نسبة وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات خلال سنة 2008، فمن بين 23591 حالة وفاة مسجلة في المغرب، 11588 حالة (49%) سببها أمراض تعفنفة، تتشكل أساسا من الالتهاب الرئوي (17%) والإسهال (12%). وبالتالي فالمقرر يضم دروسا حول الالتهابات الرئوية الحادة السفلى، وداء السل، والإسهال الحاد، والتهاب السحايا، والطفوح الجلدية الحموية، وضعف المناعة الأولى والثانوي.

وسيمكننا الحد من هذه الأمراض التعفنفة من تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وكذا من تحسين النمو الاقتصادي بالمغرب.

Causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en 2010 (OMS)



أسباب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات عبر العالم خلال سنة 2010 (منظمة الصحة العالمية)



Sommaire

1. Les infections respiratoires aiguës basses 14
2. La tuberculose 48
3. La diarrhée aiguë 70
4. Les méningites à liquide clair 92
5. Les méningites purulentes 114
6. Les éruptions fébriles..... 138
7. Les déficits immunitaires primitifs et secondaires.... 168

الفهرس

1. الالتهاب الرئوي السفلي الحاد.....15
2. داء السل.....49
3. الإسهال الحاد.....71
4. التهاب السحايا ذات السائل الصافي.....93
5. التهاب السحايا القيحي.....115
6. الطفوح الحموية.....179
7. ضعف المناعة الأولي والثانوي.....170

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES BASSES (IRAB)

DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

Objectifs :

- Établir le diagnostic clinique de Bronchite aigue, de Bronchiolite aiguë et de Coqueluche ;
- Evoquer cliniquement puis confirmer par des explorations paracliniques le diagnostic de pneumonie et de Staphylococcie pleuropulmonaire ;
- Poser l'indication d'une hospitalisation devant une infection respiratoire aiguë basse chez l'enfant à partir des signes cliniques ;
- Expliquer et planifier la prise en charge d'une bronchiolite aiguë non compliquée ;
- Prédire sur des éléments cliniques et radiologiques le diagnostic d'une pneumonie typique bactérienne (*Streptococcus pneumoniae* et *Hemophilus influenzae*) d'une pneumonie atypique (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia*) ;
- Connaitre les bases du traitement des IRAB.

Plan :

- I. Introduction
- II. Démarche diagnostique d'une IRAB :
 1. Interrogatoire
 2. Examen clinique
 3. Examen paraclinique
- III. Diagnostic et traitement des IRAB :
 1. Bronchites aiguës
 2. Bronchiolites virales
 3. Pneumonie aigue communautaire
 4. Staphylococcie pleuro-pulmonaire
 5. Coqueluche
- IV. Conclusion

الالتهابات الرئوية الحادة السفلى عند الطفل والرضيع

الأهداف :

- تكمن أهداف تدريس الالتهابات الرئوية الحادة السفلى في تمكين الطالب من:
 - معرفة كيفية تشخيص التهاب القصبات، التهاب القصبيات الحادة والسعال الديكي من خلال العلامات السريرية؛
 - معرفة كيفية تشخيص التهاب الرئة والجنبة بالعنقوديات من خلال عناصر سريرية وتصويرية؛
 - تحديد دواعي الاستشفاء في حالة التهاب رئوي حاد سفلي عند الطفل من خلال العلامات السريرية؛
 - شرح ووضع برنامج للتدابير المنزلية لعلاج التهاب القصبيات الحادة الغير المصحوبة بمضاعفات عند الرضيع؛
- معرفة كيفية تشخيص حالة التهاب الرئة النمطي البكتيري (العقدية الرئوية *Streptococcus pneumoniae*، المستدمية النزلية *Haemophilus influenzae*) وحالة التهاب الرئة غير النمطي (المفطورة الرئوية *Mycoplasma pneumoniae*، المدثرة *Chlamydia*) من خلال عناصر سريرية وتصويرية؛
- معرفة أساسيات علاج الالتهابات الرئوية الحاد السفلى.

التصميم:

- I. مقدمة
- II. خطوات التشخيص الإيجابي:
 1. البحث في سيرة وسوابق المريض
 2. الفحص السريري
 3. الفحوصات التكميلية
- III. تشخيص وعلاج الالتهابات الرئوية الحادة السفلى:
 1. التهاب القصبات الحاد
 2. التهاب القصبيات الفيروسي
 3. الالتهاب الرئوي الحاد المجتمعي
 4. التهاب الرئة والجنبة بالعنقوديات
 5. السعال الديكي
- IV. خلاصة

I. Introduction :

- Définition : Les IRAB regroupent toutes les infections des voies respiratoires qui se situent en dessous du larynx ; Il s'agit essentiellement de la bronchite, la bronchiolite, la pneumonie.
- Nous allons aussi étudier des IRA particulières par leur germe (coqueluche) ou leur gravité (staphylococcie pleuro-pulmonaires). Les pleurésies ne font pas parties des IRA.
- IRAB constituent un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale (OMS) :
 - 1^{ère} cause de mortalité chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans ;
 - Responsable de 1,9 million de décès d'enfant dans le monde, dont 70% en Afrique et en Asie du sud ;
 - 1^{ère} cause morbidité : 4 à 8 IRA par enfant par an ;
 - ✓ 1^{ère} cause de consultation au niveau des formations sanitaires de premier niveau avec proportion de 30 à 50 % ;
 - ✓ 1^{ère} cause d'hospitalisation : 30 % ;
 - ✓ 1^{ère} cause de consommation des médicaments (ATB) ;
 - ✓ Risque de séquelles respiratoires.

→ Programme National de Lutte contre les IRA: PNLIRA www.sante.gov.ma

- Principaux germes en cause:
 - Virus: *Virus respiratoire Syncytial VRS* (bronchiolite), *Myxovirus parainfluenzae* (bronchite), *Rhinovirus* ;
 - Bactéries: *Pneumocoque*, *Hémophilus influenza*, *Mycoplasme pneumonie*, *Staphylocoque aureus* ;
- Souvent de causes virales ne nécessitant pas d'antibiothérapie initiale systématique.
- La nécessité d'une prise en charge thérapeutique adéquate pour prévenir les séquelles respiratoires.

I. مقدمة:

- **تعريف:** تضم الالتهابات الرئوية الحادة السفلى التهابات المسالك الهوائية تحت البلعومية وتتمثل في التهاب القصبات، والتهاب القصيبات، والتهاب القصيبات، والتهاب الرئة، كما سندرس التهابات رئوية حادة تنفرد إما بطبيعة المتعضية الممرضة (السعال الديكي) أو بخطورتها (التهاب الرئة والجنبة بالعنقودية)؛
- **ملاحظة:** لا يدخل الانصباب الجنبي في تصنيف الالتهابات الرئوية الحادة.
- تشكل الالتهابات الرئوية الحادة السفلى معضلة كبيرة للصحة العمومية حيث نقتل:
 - أول سبب للوفاة عند الرضع والأطفال أقل من 5 سنوات؛
 - تتسبب في وفاة 1,9 مليون طفل عبر العالم، 70 % منها تتمركز في إفريقيا وآسيا الجنوبية؛
 - أول سبب للأمراض: بنسبة 4 إلى 8 التهابات رئوية حادة لكل طفل في السنة، وذلك لأنها:
 - ✓ أول سبب لزيارة الطبيب بالمستوى الأول للمصالح الطبية بنسبة 30-50 %؛
 - ✓ أول سبب للاستشفاء (30%)؛
 - ✓ أول سبب لاستهلاك الأدوية خاصة المضادات الحيوية؛
 - ✓ كما تشكل خطر بقاء عواقب تنفسية؛
- كل هذه الأسباب استوجبت وضع برنامج وطني للحد من الالتهابات الرئوية الحادة يدخل في إطار التدبير العلاجي المندمج لأمراض الطفل.
- أهم المتعضيات المسببة للمرض:
 - الفيروسات أهمها:
 - ✓ الفيروس المَخْلَوِي التنفسي *Virus respiratoire syncytial* (التهاب القصيبات)؛
 - ✓ فيروس مخاطي نظير النزلة الوافدة *Myxovirus parainfluenzae* (التهاب القصبات)؛
 - ✓ الفيروس الأنفية *Rhinovirus*.
 - البكتيريات منها: المَكْوَرَة الرئوية *Pneumocoque*، المُسْتَدْمِيَّة النَّزْلِيَّة *Hémophilus influenzae*، المَفْطُورَة الرئوية *Mycoplasme pneumoniae*، العُنْقُودِيَّة الذهبية *Staphylocoque aureus*.
- **ملاحظة:** غالبا ما يكون الفيروس هو المسبب الرئيسي للمرض ولا يستلزم الاستعمال الأولي للمضاد الحيوي.
- تستوجب هذه الالتهابات علاجا مناسباً وفعالاً لتجنب المضاعفات التنفسية.

Tableau 1: Pourcentage de mortalité par pneumopathie à travers le Monde chez les enfants moins de 5 ans***

	Monde	Maroc	France	Tunisie	Roumani*	Luxembourg**
2000	19	18	1	12	35	0
2010	18	15	4	7	29	0

*Maximin de mortalité dans le Monde **Minimim de mortalité dans le Monde

*** Source : statistiques sanitaires mondiales OMS

II. Diagnostic positif :

Le but de l'examen clinique est d'avoir une orientation étiologique, mais aussi d'évaluer la gravité de l'IRAB. Nous allons voir la démarche diagnostique commune des IRAB, puis nous analyserons cette démarche pour chaque maladie : bronchite, bronchiolite et pneumonie.

1. Interrogatoire :

- Age du malade : La bronchiolite est une maladie du nourrisson ;
- Contage viral : bronchiolite et bronchite ;
- Début de signes cliniques : aiguë ou progressif ;
- Fièvre et sa tolérance ;
- Toux et ses caractéristiques: sèche (début de la bronchite) ou productive (fin de la bronchite), quintes de toux (coqueluche) ;
- Rhinorrhée ou atteinte laryngée associée : plutôt d'origine virale ;
- Douleurs thoraciques associées ;
- Refus de téter.

2. Examen clinique : → Analyse clinique rigoureuse :

- Inspection de l'enfant au repos, dans les bras de sa mère:
 - Appréciation de l'état général: troubles de la conscience, teint gris ;
 - Recherche d'une cyanose ;
 - Fréquence respiratoire : tachypnée, signe le plus précoce et le plus fiable de l'existence d'une pneumonie ;

Tableau 2 : Fréquence respiratoire selon l'âge

<2 mois	2-12 mois	1an-3 ans	3-5 ans
>60 c/min	>50 c/min	>40 c/min	>30 c/min

الجدول رقم 1: نسبة الوفيات بالالتهابات الرئوية عبر العالم عند الأطفال أقل من 5 سنوات***

السنة	العالم	المغرب	تونس	فرنسا	رومانيا*	لوكسبورغ**
2000	19	18	12	1	35	0
2010	18	15	7	4	29	0

*أكثر نسبة الوفيات في العالم **أقل نسبة الوفيات في العالم

***المرجع: إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2013

II. التشخيص الإيجابي:

الهدف من الفحص السريري هو البحث عن سبب المرض، وكذا تقييم وخامة الالتهابات الرئوية الحادة السفلى. سنقوم في البداية بوضع خطوات تشخيصية مشتركة بين جميع هذه الالتهابات، ثم سنعمل على تحليل كل مرض على حدى.

1. البحث في سيرة وسوابق المريض:

يعد البحث في سيرة وسوابق المريض مرحلة مهمة في تشخيص المرض، والتي نتقصر فيها عن:

- سن المريض (يعد التهاب القصبيات مرض الرضع)؛
- عدوى فيروسية (التهاب القصبات والقصبيات)؛
- بداية العلامات السريرية: حادة أو تدريجية؛
- الحمى وشدة تحملها؛
- السعال وخصائصه: سعال جاف (بداية التهاب القصبات) أو منتج للبلغم (نهاية التهاب القصبات) أو على شكل شهقة (السعال الديكي)؛
- إصابة مصاحبة للحلق (سبب فيروسي)؛
- ألم صدري مصاحب؛
- رفض الرضاعة .

2. الفحص السريري:

- تتم معاينة الطفل وهو مرتاح بين ذراعي والدته، حيث يتم:
 - تقييم الحالة العامة: اضطراب الوعي، تلون رمادي للجلد، البحث عن الزراق؛
 - قياس سرعة التنفس (تزداد مع الحمى): التي يمكن أن تكشف عن تسارع التنفس الذي يعد العلامة الأولى على وجود التهاب الرئة؛

جدول 2: وتيرة التنفس حسب السن

أقل من شهرين	2-12 شهرا	1-3 سنوات	3-5 سنوات
<60 دورة/ الدقيقة	<50 دورة/ الدقيقة	<40 دورة/ الدقيقة	<30 دورة/ الدقيقة

- Analyse de la régularité du rythme respiratoire ;
- Analyse de la dyspnée, dans la bronchiolite, la dyspnée est expiratoire : le temps expiratoire est allongé.
- Recherche de signes de lutte respiratoire:
 - ✓ Définissent la détresse respiratoire (DR) et indiquent l'hospitalisation
 - ✓ Battement des ailes du nez (BAN) ;
 - ✓ Tirage à rechercher en sus-sternale, intercostal ou sous-costal.
- Geignements expiratoires : bruit de souffrance qui accompagne les détresses respiratoires sévères...
- Auscultation et percussion thoracique :
 - Râles crépitant se voient dans l'atteinte parenchymateuse ;
 - Le wheezing ou râles sibilants se voient dans les bronchiolites car ils correspondent à un rétrécissement œdémateux des bronchioles.
 - Le syndrome de condensation se voit dans la pneumonie ;
 - Le syndrome d'épanchement liquidien correspond à une pleurésie qui peut être primitive ou compliquant une pneumonie.
 - Le syndrome d'épanchement aérien qui correspond à un pneumothorax peut compliquer une IRA sévère.
- Signes de gravité indiquant l'hospitalisation :
 - Critère majeur: hypoxémie $SaO_2 < 92\%$, mesurée par l'oxymètre.
 - Autres Critères cliniques de gravité :
 - ✓ Trouble de conscience, cyanose, teint gris, apnée, signes de lutte respiratoires intenses (BAN +++);
 - ✓ $FR > 70$ C/min Nourrisson, $FR > 50$ C/min chez l'enfant ;
 - ✓ Refus de téter pour le nourrisson ;
 - ✓ Observance de l'antibiothérapie et surveillance à domicile incertaines, des conditions socio-économiques précaires.

- تحليل انتظام الوتيرة التنفسية؛
- تحليل ضيق التنفس في حالة التهاب القصيبات حيث يكون ضيق التنفس زفيريا (وقت الزفير طويل)؛
- البحث عن علامات المقاومة التنفسية التي تميز الضائقة التنفسية، وتستوجب الإستشفاء، وتتمثل في ضربات أجنحة الأنف أو انكماش بعض المناطق التي يجب تحديدها (فوق القص، بين الأضلاع أو تحتها) وتحديد شدتها؛
- أنين زفيري (صوت معاناة يصحب الضائقة التنفسية الوخيمة).
- عملية تسمع وقرع الصدر: يمكن عملية تسمع وقرع الصدر من البحث عن:
 - خرخرة فرقية (علامة على إصابة المتن)؛
 - أزيز وخرخرة صفيرية (تدل على تضيق القصبات الهوائية وتُلاحظ في التهاب القصيبات).
 - متلازمة التكاثف (تميز التهاب الرئة)؛
 - متلازمة الانصباب السائل (تدل على انصباب جنبي أولي أو ناتج عن التهاب الرئة)؛
 - متلازمة الانصباب الهوائي (تميز استرواح الصدر في حالة التهابات رئوية وخيمة).
- علامات الخطورة التي تستدعي الاستشفاء، والتي تتمثل في عدة معايير:
 - المعيار الرئيسي: نقص تأكسج الدم (أقل من 92%)؛
 - المعايير الأخرى:
 - ✓ اضطراب الوعي، الزراق، تلون رمادي للجلد، انقطاع التنفس، علامات المقاومة التنفسية الشديدة (ضربات أجنحة الأنف)؛
 - ✓ سرعة التنفس (أكثر من 70 دورة في الدقيقة عند الرضيع وأكثر من 50 دورة في الدقيقة عند الطفل)؛
 - ✓ رفض الرضاعة؛
 - ✓ تأكد الطبيب من عدم المتابعة المنزلية والإشراف على أخذ المضاد الحيوي نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية المتدنية.

III. CLASSIFICATION DES IRAB:

- Trachéite, bronchite, trachéobronchite ;
- Bronchiolite ;
- Pneumonie franche lobaire aigue ;
- Staphylococcie pleuro-pulmonaire ;
- Coqueluche ;

1. BRONCHITES AIGUËS :

- Origine virale. Exemple : *Myxovirus parainfluenzae*
- Symptomatologie :
 - Fébricule: 38° ;
 - Cathare oculo-nasal ;
 - Toux initialement sèche puis productive (expectoration mucoïde ou mucopurulente), pas de polypnée ;
 - Radiographie thoracique normale : pas d'indication ici.
- Pas d'antibiotique sauf surinfection.
- Évolution favorable en une semaine.

2. BRONCHIOLITES VIRALE, BV :

a. Définition :

- Inflammation des bronchioles d'origine virale.
- Maladie exclusive du nourrisson (< 2 ans).
- Saison: automno-hivernale.
- Cette IRAB est caractérisé par le sifflement et souvent précédée de signes d'infection respiratoire haute : rhinite, pharyngite.

b. Facteurs de risque de sévérité :

- 1^{er} année de vie (1 à 3 mois) ;
- Densité démographique ;
- Tabagisme passif ;
- Absence d'allaitement maternel..

.III تصنيف الالتهابات الرئوية الحادة السفلى:

- التهاب الرغامى، التهاب القصبات أو التهاب الرغامى و القصبات؛
- التهاب القصبيات؛
- التهاب رئوي فصي حاد واضح؛
- التهاب الرئة والجنبة العنقودية؛
- السعال الديكي.

1. التهاب القصبات الحاد:

- غالبا ما يكون التهاب القصبات الحاد ذو أصل فيروسي، وخاصة الفيروس المخاطي نظير النزلة الوافدة؛
- يتميز بحمى خفيفة (38°) مصحوبة بنزلة عينية أنفية؛
- و يكون السعال في البداية جافا ثم يصبح منتجا للبلغم (طرح بلغم مخاطي أو مخاطي قيحي)؛
- ليس هناك دواعي للتصوير الصدري (لأنه لن يظهر أي اختلال)؛
- لا نستعمل المضادات الحيوية إلا في حالة عدوى بكتيرية إضافية؛
- تظهر علامات الشفاء في غضون أسبوع.

2. التهاب القصبيات الفيروسي:

أ. تعريف:

يعد التهاب القصبيات الفيروسي التهابا رئويا حادا سفليا يحدث صغيرا عند الرضيع (أقل من سنتين)؛ ويكون مسبوقا بعلامات تدل على التهاب تنفسي علوي، كما يكون شائعا خلال موسمي الشتاء والربيع.

ب. عوامل الوخامة :

يكون التهاب القصبيات الفيروسي وخيما في الحالات التالية:

- رضيع لا يتجاوز السنة (خاصة بين شهر و3 أشهر)؛
- في حالة الكثافة الديموغرافية؛
- الطفل الذي يتعرض للتدخين القسري؛
- وفي حالة غياب الرضاعة الطبيعية.

c. Étiopathogène :

- Virus respiratoires : 2 virus principaux, impossible à différencier cliniquement
 - *Virus respiratoire syncytial (VRS) :*
 - ✓ agent majeur de BV +++ ;
 - ✓ 50% des cas hospitalisés ;
 - ✓ symptômes : 1 à 2 semaines après le contagage et durent environ 5 jours.
 - *Para influenza virus:*
 - ✓ 2éme agent ;
 - ✓ en automne et printemps avant et après l'épidémie du VRS.
- Terrain de gravité: Prématurité, cardiopathies congénitales, déficit immunitaire primitif (= héréditaire) ou acquis.
- Pathogénie :
 - Infection respiratoire virale due souvent au VRS ;
 - Infection très contagieuse, hivernale (petites épidémies) ;
 - Atteinte de tout le tractus respiratoire et/ou ORL mais prédomine au niveau des bronchioles ;
- Histologie :
 - Au niveau des bronchioles : infiltrat cellulaire, œdème et hypersécrétion avec au niveau de l'épithélium cilié une paralysie des cils, abrasion des cils, voire nécrose de la cellule épithéliale ciliée.
- Conséquences :
 - Clearance muco-ciliaire diminuée ;
 - Obstruction bronchiolaire ;
 - Dyspnée expiratoire avec râles sibilants ;
 - Troubles de ventilation :
 - ✓ Obstruction complète = Atélectasie ;
 - ✓ Obstruction incomplète = Emphysème.

ج. آفة الإراض:

- تكمن آفة الإراض في حالة الإصابة بالعدوى بالفيروسات التنفسية المتمثلة أساسا بفيروسين لا يمكن التفريق بينهما عرضيا:
 - الفيروس المخلوي التنفسي:
 - ✓ يعد الفيروس المخلوي التنفسي المتعضية الأساسية المسببة لالتهاب القصبيات؛
 - ✓ يهتل 50% من حالات الاستشفاء؛
 - ✓ تظهر الأعراض من أسبوع إلى أسبوعين بعد العدوى؛
 - ✓ تدوم 5 أيام.
 - فيروس نظير النزلة الوافدة:
 - ✓ يشكل فيروس نظير النزلة الوافدة ثاني متعضية مسؤولة عن التهاب القصبيات؛
 - ✓ خاصة في فصل الخريف والربيع قبل وبعد وباء الفيروس المخلوي التنفسي.
- تكمن خطورة المرض عند:
 - الخديج، الأطفال الحاملين لداء قلبي خلقي أو المصابين بنقص المناعة الخلقي أو المكتسب.
- الإراض:
 - ينتج التهاب القصبيات الفيروسي غالبا عن الفيروس المخلوي التنفسي؛
 - ويعد معديا جدا خصوصا في الشتاء (مسؤول عن وباء صغير)؛
 - وتشمل الإصابة كل المسالك التنفسية و/أو الأنفية-الأذنية-الحنجيرية، وتصيب القصبيات بشكل خاص؛
- علم الأنسجة:
 - على مستوى القصبيات نلاحظ ارتشاحا خلوي مع وجود دم وفرط في الإفراز؛
 - على مستوى الظهارة المهدبة هناك شلل الأجسام الهدبية، وسجع هذه الأجسام أو نخر الخلايا الظاهرية المهدبة.
- النتائج:
 - انخفاض جودة التصفية المخاطية الهدبية؛
 - انسداد القصبيات؛
 - ضيق التنفس مع صغير؛
 - اضطراب التهوية: انسداد كامل (أنخماص) أو انسداد جزئي (نفاخ).

d. Clinique :

- Le diagnostic de la BV est clinique (âge < 2ans):
 - La symptomatologie est souvent légère, mais peut être sévère.
 - Rinorrhée nasale, pharyngite et toux ;
 - Fièvre de 38 à 40 °C ;
 - Wheezing (sifflement audible à distance), râles sibilants (à l'auscultation)
 - Dyspnée expiratoire= freinage expiratoire.
 - Hypersonorité à la percussion : tympanisme ;
 - Parfois râles crépitants : se voient quand l'infection s'étend aux alvéoles, et on parle alors de broncho-alvéolite.
 - Dans les formes sévères : signes de lutte et/ou cyanose.

e. Examens complémentaires :

- Radiographie thoracique :
 - Indication : en cas de DR et/ou d'atteinte de l'état général.
 - Confirme le mécanisme de la pathologie bronchiolaire prédominante :
 - ✓ Distension thoracique bilatérale et symétrique car l'atteinte bronchiolaire est étendue à toutes les bronchioles = élargissement des espaces intercostaux et abaissement des coupes diaphragmatiques.
 - ✓ Hyperclarté bilatérale et symétrique des 2 champs pulmonaires ;
- NFS, CRP : si suspicion de surinfection ;
- Ag du VRS dans les sécrétions rhinopharyngées : intérêt épidémiologique seulement.

f. Critères d'hospitalisation :

- Risque potentiel de sévérité :
 - Age inférieur à 3 mois (risque d'apnées +++);
 - Terrain fragile : maladie cardio-pulmonaire sous-jacente, Déficit immunitaire, conditions socio-économiques et environnementales défavorables !
- **Signes de gravité de la détresse respiratoire :**
 - Tachypnée > 70 c/ mn ;
 - Intensité du tirage ;
 - Difficultés d'alimentation ;
 - Signes toxiques avec T° > 39°C, SaO2 < 92%.

د. المظهر السريري:

- يعتمد تشخيص التهاب القصيبات فقط على الفحص السريري (رضيع أقل من سنتين)؛
- يمكن أن يكون المظهر السريري طفيفا، كما يمكن أن يتطور ليصبح وخيما؛
- يتميز المظهر السريري لالتهاب القصيبات بالأعراض التالية: تَرَّ أنفي، التهاب الحلق و سعال مصحوب بحمى تتراوح بين 38 إلى 40 °؛
- يُمكن الفحص السريري من الكشف عن أزيز (يُسمع عن بعد) ، وخرخرة صفيرية (عند تَسْمَع الصدر).
- ضيق التنفس الزفيرى أو كبح زفيرى؛
- في بعض الأحيان نسمع خرخرة فرقية، والتي تظهر عند التهاب الأسناخ، ونتكلم في هذه الحالة عن التهاب القصبات والأسناخ؛
- في الحالات الوخيمة نلاحظ علامات المقاومة التنفسية وزراق.

هـ. الفحوصات التكميلية :

• التصوير الصدري :

- يُطلَب إجراء هذا الفحص إذا كان المريض يعاني من ضائقة تنفسية أو تدهور الحالة العامة، مما يُمكن من تأكيد أن الآلية الإراضية القصيبية هي الطاغية حيث يظهر:
- ✓ تمدد جانبي الصدر بشكل متناظر لأن الإصابة تشمل كل القصيبات، توسع الحيز بين الأضلاع وهبوط قبيبة الحجاب ؛
- ✓ فرط الشفافية للأشعة في المجالين الرئويين؛
- فحص الصيغة الدموية و قياس بروتين الالتهاب CRP: في حالة الشك في عدوى بكتيرية إضافية؛
- يتم البحث عن مستضد الفيروس المخلوي التنفسي في الإفرازات البلعومية الأنفية فقط بهدف إجراء دراسات وبائية.

و. دواعي الاستشفاء: نلجأ إلى إدخال المريض إلى المستشفى في حالة وجود:

- خطر كامن للوخامة، والمتمثل في:
- السن: أقل من 3 أشهر (بسبب خطر انقطاع التنفس)؛
- رضيع ضعيف البنية إما بسبب مرض قلبي-رئوي، ضعف المناعة أو الظروف الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية المتردية؛
- علامات الخطورة التي تدل على الضائقة التنفسية:
- تسرع التنفس (أكثر من 70 دورة في الدقيقة، تقييم شدة الانكماش)؛
- صعوبة التغذية؛
- علامات التسمم مع حمى فوق 39°، ونقص تأكسج الدم (لا يتعدى 92%).

g. Prise en charge thérapeutique :

- Aucun traitement curatif ;
- Le traitement est essentiellement symptomatique :
 - Position proclive dorsal à 30°, tête en légère extension, boissons abondantes, fractionnement des repas ;
 - Désencombrement du nez (aspirations naso-pharyngées) ;
 - Pas de sédatifs ni d'antitussifs ni de corticothérapie ;
 - Kinésithérapie respiratoire +++.
- Indications de l'antibiothérapie :
 - Fièvre d'apparition secondaire ;
 - Sécrétions purulentes à la kinésithérapie, surinfection bactérienne documentée ;
 - Malnutrition, immunodépression ;
 - Atélectasie ou pneumonie associées à la radiographie thoracique ;

h. Evolution d'une BV :

- Très souvent favorable (+/- kinésithérapie) ;
- A moyen et à long terme :
 - Survenue éventuelle de récurrences ;
 - posant le problème de diagnostic différentiel avec les autres causes de dyspnée sifflante: asthme (= 3 dyspnées sifflantes avant l'âge de 2 ans), corps étranger négligé (si sifflement, il est souvent localisé).
 - Guérison en une semaine ;
 - Récupération de l'activité muco-ciliaire en 3 à 4 semaines.

i. Prévention :

- Retard de mise en collectivité (crèches): au moins après 6 mois ;
- Lavage des mains avant tout soin donné au bébé ;
- Éviter les contacts avec les sujets enrhumés ;
- Isoler et regrouper les nourrissons malades.

و. التدابير العلاجية:

لا يوجد أي علاج نوعي شفاوي، فللعلاج يكون فقط عرضي ويشمل:

- وضع الرضيع عند النوم في وضعية مائلة ب 30° ورأسه ممتد قليلا إلى الوراء؛
- تقسيم الوجبات والإكثار من شرب الماء؛
- إزالة هدرمة الأنف (شفط بلعمي أنفي)؛
- عدم استعمال المهدئات، مضادات السعال والكورتيكويد؛
- الترويض التنفسي؛
- استعمال المضادات الحيوية فقط في حالة:
 - ظهور ثانوي للحمى؛
 - إفرازات قيحية (خاصة خلال الترويض) أو عدوى إضافية بكتيرية موثقة؛
 - سوء التغذية، ضعف المناعة؛
 - كشف التصوير الصدري عن انخماص أو التهاب الرئة؛

ز. تطور التهاب القصيبات الفيروسي:

- يتميز التهاب القصيبات الفيروسي غالبا بتطور حميد (بمساعدة الترويض)؛
- كما يمكن أن تظهر على المستوى المتوسط والبعيد:
 - انتكاسات والتي يمكن أن تطرح إشكالية التشخيص التفريقي مع الأسباب الأخرى لضيق التنفس الصفيري: كالربو (3 نوبات ضيق التنفس خلال السنتين الأولتين) ، وجسم غريب مهمل (في حالة صفيير موضعي)؛
- يشفى المريض خلال أسبوع، ويسترجع النشاط المخاطي العذبي خلال 3 إلى 4 أسابيع.

ح. الوقاية:

- تعتمد الوقاية من التهاب القصيبات الفيروسي على الإجراءات التالية:
- عدم وضع الرضيع في الحضانات قبل سن 6 أشهر؛
 - غسل اليدين قبل وبعد رعاية الرضيع؛
 - إبعاد الرضع عن الأشخاص المصابين بالزكام؛
 - عزل الرضع المرضى؛

3. PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

a. Nosologie :

- Pneumonie : atteintes infectieuses du parenchyme pulmonaire;
- Communautaire: attrapée en dehors de l'hôpital (à l'hôpital= nosocomiale)
- Broncho-pneumopathies aiguës : infections bronchiques et pulmonaires caractérisée par l'importance de la toux en plus des autres signes de la pneumonie.
- Agents infectieux :
 - < 3 ans : Virus, *Hemophilus influenzae* (sérototype différent de celui des méningites), *Pneumocoque* (de plus en plus résistant à la Pénicilline)
 - > 3 ans : *Pneumocoque* ;
 - Autres : *Staphylocoque*, *Chlamydia trachomatis* (nourisson) *Chlamydia pneumoniae* (enfant).

b. Manifestations Cliniques :

- Pas de signe pathognomonique de la pneumonie ;
- Symptômes variés et non spécifiques ;
 - Fièvre: début brutal 40° qui peut être absente chez le petit nourisson ou en cas d'infections à *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma pneumoniae* ;
 - Toux inconstante ;
 - Parfois douleurs thoraciques chez le grand enfant ;
 - Tachypnée : signe majeur doit être évalué sur 1 minute et interprété en fonction de l'âge;
 - Râles crépitants sont spécifiques mais inconstants ;
 - Syndrome de condensation : difficile à mettre en évidence chez le nourisson et le petit enfant, souvent, il n'y a qu'une matité ;
 - Dans les formes sévères : signes de lutte respiratoire (BAN++) ;

3. الإلتهاب الرئوي المجتمعي الحاد:

أ. التصنيف المرضي:

- يُعرَّفُ التهاب الرئة بإصابة عدوائية للمتن الرئوي ، ويعتبر مجتمعي إذا انعدى الطفل خارج المستشفى (ويسمى مستشفويا إذا انعدى الطفل داخل المستشفى)؛
- ويتميز الاعتلال القصي الرئوي الحاد بجمعه بين السعال وعلامات التهاب الرئة؛
- المتعضيات المسؤولة عن الإلتهاب الرئوي الحاد المجتمعي:
 - تطغى كل من الفيروسات، المستدمية النزلية (تختلف عن تلك المسببة لإلتهاب السحايا) والمكورة الرئوية (أصبحت أكثر صمودا أمام البنيسيلين) عند الأطفال أقل من 3 سنوات؛
 - وتعد المكورة الرئوية المتعضية الأكثر شيوعا عند الأطفال الذين تفوق أعمارهم 3 سنوات.
 - متعضيات أخرى: المتدثرة الحثرية (عند الرضيع)، المتدثرة الرئوية (عند الطفل) والعنقودية.

ب. المظاهر السريرية:

- لا يتميز الإلتهاب الرئوي بأية علامة واصمة، فالأعراض السريرية خلاله مختلفة وغير نوعية، والمتمثلة في:
 - الحمى التي تتميز ببداية فجائية و يمكن أن تصل إلى 40 °C، كما يمكن أن تكون غائبة عند الرضيع الصغير أو عند الإصابة بعدوى المتدثرة الحثرية؛
 - السعال : غير ثابت؛
 - ألم الصدر عند الطفل الكبير؛
 - تسارع التنفس الذي يعد علامة رئيسية لإلتهاب الرئة حيث يجب تقييمه خلال دقيقة كاملة وتحليل نتائجه بالاعتماد على سن المريض؛
 - خرخرة فرقية التي تعد إلى حد ما نوعية ولكنها غير ثابتة؛
 - متلازمة التكاثف (يصعب الكشف عنها عند الرضيع أو الطفل الصغير، ويمكن أن تتجلى فقط في وجود أصمية)؛
 - علامات المقاومة التنفسية في الحالات الوخيمة (ضربات أجنحة الأنف).

c. Examens complémentaires:

- Biologie: peu intéressante en pratique courante:
 - NFS (hyperleucocytose pour le pneumocoque)
 - CRP élevée ;
 - Hémocultures+++positive dans 10% des cas.
- Indications de la radiographie du thorax :
 - Toute suspicion de pneumonie à l'examen clinique impose la réalisation d'une radiographie pour confirmer le diagnostic ;
 - Nourrisson avec fièvre et tachypnée en dehors d'une bronchiolite virale typique ;
 - Enfants avec signes d'IRAB hospitalisés devant des signes de gravité ;
 - Fièvre aiguë sans orientation clinique FASOC: fièvre mal tolérée et/ou biologie perturbée ;
- Données radiologiques :
 - La radiographie thoracique confirme le diagnostique.
 - Opacité de type alvéolaire, segmentaire ou lobaire pouvant être étendue à tout un poumon ;
 - Pneumonie ronde : opacité presque arrondie, fréquente chez l'enfant < 8 ans (*pneumocoque+++*) ;
 - Infiltrats bilatéraux diffus: pensez plutôt à une cause virale ou à un *Mycoplasma pneumoniae*.
- Critères radiologiques de gravité :
 - Épanchement pleural associé;
 - Présence d'une pneumonie très étendue (plus de deux lobes) ;
 - Image d'abcès (abcédassions de la pneumonie, pensé à une cause locale ou générale favorisante).

ج. الفحوصات التكميلية:

- **الفحوصات البيولوجية:** اعتياديا لا تُمكن الفحوصات البيولوجية من تشخيص التهاب الرئة، وإنما لها دور توجيهي، حيث تظهر:
 - الصيغة الدموية: فرط الكريات البيضاء في حالة المكورة الرئوية، حيث تفوق 20000 عنصر/مم³؛
 - بروتين الالتهاب CRP مرتفع؛
 - زرع الدم +++ (يمكن من عزل المتعضية الممرضة) يكون إيجابيا في 10% من الحالات.
- **التصوير الصدري:**
 - يُمكننا التصوير الصدري من تأكيد التشخيص؛
 - **دواعي التصوير الصدري:** يطلب إجراء التصوير الصدري في الحالات التالية:
 - ✓ الشك في الإصابة بالتهاب الرئة من خلال الفحص السريري؛
 - ✓ رضيع مصاب بحمى وتسارع التنفس خارج إطار الإصابة بالتهاب القصبيات الفيروسي النمطي؛
 - ✓ طفل يعاني من أعراض التهاب رئوي حاد سفلي ثم إدخاله للمستشفى بسبب علامات الخطورة؛
 - ✓ حمى حادة بدون إشارات سريرية: حمى غير محتملة مع أو بدون اختلال بيولوجي.
 - **نتائج التصوير الصدري:** يمكن التصوير الصدري من الكشف عن:
 - ✓ عتامة من نوع سنخي فصي أو قطعي ويمكن أن يصيب كل الرئة؛
 - ✓ الالتهاب الرئوي الهائري هو الأكثر شيوعا عند الأطفال أقل من 8 سنوات (العقدية الرئوية)؛
 - ✓ رشيحة منتشرة في الجهتين: ناتجة عن التهاب رئوي فيروسي وأحيانا عن المَفْطورة الرئوية.
 - **معايير التصوير الصدري الدالة على الخطورة تكمن في ظهور:**
 - ✓ انصباب جنبي مصاحب؛
 - ✓ التهاب رئوي ممتد (أكثر من فصين)؛
 - ✓ خراج (يستدعي البحث عن أسباب موضعية أو عامة مساعدة)؛

- Radiographie de contrôle :
 - Inutile si bonne évolution clinique : apyrexie, normalisation de la fréquence respiratoire.
 - Le nettoyage radiologique est décalé par rapport à la clinique et nécessite 4 à 6 semaines.
- Le contrôle radiologique est indiqué en cas de non amélioration ou aggravation clinique, apparition d'un syndrome d'épanchement liquidien, pneumonie récurrente (corps étranger négligé ? déficit immunitaire ?) Pneumonie ronde car elle peut correspondre à une tumeur.

d. Indications d'hospitalisation :

Signes respiratoires	Critères radiologiques de gravité
- Hypoxémie SaO ₂ < 92%, mesurée par l'oxymètre, apparence toxique ; - FR > 70 C/min Nourrisson ; - FR > 50 C/min chez l'enfant ; - signes de lutte respiratoire intenses (BAN +++).	-Epanchement pleural ; - pneumonie très étendue (> 2 lobes) ; - image d'abcès.
Signes digestifs	Terrain
- refus de tétée ; - vomissement ; - déshydratation.	- âge < 6 mois, cardiopathie, déficit immunitaire, malnutrition sévère. -Observance de l'antibiothérapie et surveillance à domicile incertaines, - conditions socio-économiques précaires

e. Formes cliniques :

- Formes trompeuses :
 - Douleur abdominale intenses ressemblant à une appendicite aigue mais quand on évoque celle-ci, la radiographie du thorax est obligatoire ce qui permet de rectifier le diagnostique.
 - Syndrome méningé fébrile avec ponction lombaire normale. Ceci correspond à un méningisme dont l'une des causes est la pneumonie.

■ التصوير الصدري للمراقبة:

- ✓ تعد المراقبة التصويرية لالتهاب الرئة ال ذي يتطور بشكل إيجابي غير ضرورية، حيث تُظهر تنظيها تصويريا متأخرا بالنسبة للأعراض السريرية من 4 إلى 6 أسابيع؛
- ✓ ويجب إجراؤها في حالة الالتهاب الرئوي الذي يتطور بشكل سلبي مع وجود مضاعفات، أو ظهور متلازمة انصباب مائي أو هوائي، أو انتكاس الالتهاب الرئوي (في هذه الحالة يجب البحث عن جسم غريب؟ ضعف المناعة؟)، أو التهاب رئوي دائري لأنه يمكن أن يكون ورما؛

د. دواعي الإستشفاء:

علامات تنفسية	علامات تصويرية تدل على الوخامة
- نقص تأكسج الدم (أقل من 92%)، علامات تسمم الدم.	- دبيلة جنبية،
- سرعة التنفس (>70 دورة/الدقيقة عند الرضيع و <50 دورة / الدقيقة عند الطفل)؛	- التهاب رئوي ممتد (أكثر من فصين)،
- انقطاع التنفس، علامات المقاومة التنفسية الشديدة (ضربات أجنحة الأنف)؛	- صورة خراج.
علامات هضمية	الحالة الصحية للطفل
- رفض الرضاعة؛	- السن < 6 أشهر، اعتلال قلبي، ضعف المناعة، سوء التغذية
- قيء؛	الوخيم؛
- اجتفاف.	- عدم التأكد من المتابعة المنزلية والإشراف على المضاد الحيوي أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية المتدنية.

هـ. المظاهر السريرية:

● المظاهر الخادعة:

- ألم بطني شديد يشبه ألم التهاب الزائدة (لكن يظل طلب إجراء التصوير الصدري إجباريا، بحيث قد يُمكن من تعديل التشخيص السببي)؛
- متلازمة سحائية حموية مع بزل قطني سليم يمثل التهاب السحايا الكاذب، ومن بين أسبابه التهاب الرئة؛

- Pneumonie atypique :
 - *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* ou *trachomatis* ou Virus ;
 - Age : souvent après 4 ans ;
 - Début progressif avec fébricule, céphalées, malaise ...
 - Radiographie thoracique: opacité non systématisée ;
 - Traitement: macrolides.
- Pneumonie sévère : *Staphylocoque aureus*.
- f. **Traitement :**
 - **En l'absence de signes de gravité :**
 - **< 3 ans :**
 - ✓ Amoxicilline : 80 - 100 mg/kg/j en 3 prises x10 j ;
 - ✓ Amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j) pour les non vaccinés par l'anti-Hib.
 - **> 3 ans :**
 - ✓ Tableau de pneumonie franche lobaire aigue PFLA : amoxicilline 80 - 100 mg/kg/j en 3 prises x10 j ;
 - ✓ Si tableau de pneumonie atypique, à *Mycoplasme* ou à *Chlamydia* : macrolide 50 mg/kg/j pendant 5 jours.
 - CAT après une évolution de 48 heures:
 - ✓ Si *Pneumocoque*, l'apyrexie est obtenue en 24 heures : ne rien faire
 - ✓ Si persistance de la fièvre : pleurésie ? abcès? : faire radiographie thoracique de contrôle ;
 - ✓ Si la radiographie ne montre pas de complication: c'est probablement une infection à *Mycoplasme* : remplacer amoxicilline par les macrolides.
 - **Si signes de gravité :**
 - Hospitalisation :
 - < 3 ans : amoxicilline+acide clavulanique (100 mg/kg/j en IV) : risque de *Staphylocoque* ou *Hemophilus influenzae* bêtalactamase + ;
 - > 3 ans :
 - ✓ PNO : amoxicilline **150** mg/kg/j en 3 prises ;
 - ✓ Si pas d'amélioration et après élimination de complication: ajouter un macrolide.

- التهاب الرئة غير النمطي:
 - يمكن أن ينتج التهاب الرئة غير النمطي عن المنفطرة الرئوية، المتدثرة الرئوية أو الحثرية، أو عن بعض الفيروسات، ويصيب غالبا الأطفال الذين تفوق أعمارهم 4 سنوات، وتكون بدايته تدريجية بظهور حمى خفيفة، صداع الرأس وتوعك، كما يظهر التصوير الصدري عتامة غير منظمة (إصابة خلالية)، ويعالج بالماكروليد.
 - التهاب رئوي وخيم: غالبا ما يكون ناتجا عن العنقودية الذهبية.
- و. العلاج :
- في حالة غياب علامات الخطورة :
 - أقل من 3 سنوات :
 - ✓ أموكسيسيلين 80-100 مغ/كغ/اليوم ثلاث مرات في اليوم لمدة 10 أيام؛
 - ✓ أموكسيسيلين+حمض كلافيلانك 80 مغ/كغ/اليوم عند غير الملقحين ضد المستدمية النزلية.
 - أكثر من 3 سنوات:
 - ✓ مظهر الالتهاب الرئوي الفصي الواضح الناتج عن المكورة الرئوية: أموكسيسيلين 80-100 مغ/كغ/اليوم (ثلاث مرات في اليوم) مدة 10 أيام؛
 - ✓ مظهر الالتهاب الرئوي غير النمطي الناتج عن المنفطرة الرئوية يعالج بالماكروليد لمدة 5 أيام؛
 - يظهر التطور الإيجابي خلال 48 ساعة، و في حالة المكورة الرئوية فيظهر خلال 24 ساعة؛
 - إذا استمرت الحمى فهذا يدل على وجود انصباب أو خراج، مما يستدعي طلب تصوير صدري للمراقبة، أما إذا لم يكشف التصوير عن أي مضاعفات، فهذا يدل على أن العدوى ناتجة عن المفطرة الرئوية وهي تعالج بالماكروليد.
 - في حالة وجود علامات تدل على الخطورة:
 - يجب إدخال المريض للمستشفى وإعطائه المضاد الحيوي المناسب؛
 - أقل من 3 سنوات :
 - ✓ أموكسيسيلين+حمض كلافيلانك 100 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد؛
 - ✓ وذلك لتجنب خطر التهاب الرئة والجنبة بالعنقودية والمستدمية النزلية بيتالاكتاماز+.
 - أكثر من 3 سنوات :
 - ✓ في حالة الشك في الإصابة ب المكورة الرئوية: أموكسيسيلين 150 مغ/كغ/اليوم ثلاث مرات في اليوم تقاديا لاحتمال أن تكون المكورة الرئوية ذات حساسية متدنية للبنيسيلين؛
 - ✓ في غياب التحسن وبعد حذف أي مضاعفات يمكن إضافة الماكروليد.

4. STAPHYLOCOCCIE PLEURO-PULMONAIRE (SPP):

a. Introduction :

- Infection pulmonaire à *Staphylocoque doré* pathogène associant une septicémie, une pneumonie, une pleurésie et des troubles digestifs ;
- Affecte le nourrisson dans la première année de vie (< 3 mois +++);
- Porte d'entrée cutanée: abcès du sein ou panaris chez la mère, impétigo ou folliculite du nourrisson;
- Grave, nécessite un diagnostic et un traitement urgent si non décès ou séquelles pulmonaires.

b. Clinique :

- Syndrome toxi- infectieux:
 - Fièvre ou hypothermie ;
 - Teint gris pâle, geignement, refus de téter ;
 - Marbrures, collapsus.
- Signes digestifs : météorisme abdominal, diarrhée, vomissements ;
- Signes respiratoires: toux, polypnée, signes de lutte.

c. Radiographie thoracique +++

- Opacités de **progression rapide** sur les radiographies successives indiquées par la rapidité de l'évolution clinique;
- Epanchement pleural (90%): depuis le simple comblement du cul de sac, ligne bourdante, grande pleurésie ;
- Bulles: hyper-clartés finement cerclées (40 à 60%)
- Pyo-pneumothorax ;
- Parfois radiographie normale au tout début.

d. Autres explorations :

- Ponction pleurale: systématique dès ligne bordante → pus+ isolement du germe ;
- NFS: hyperleucocytose à polynucléaires ;
- Hémodultures++ ;
- Prélèvements des portes d'entrées ;

4. التهاب الرئة و الجنبّة بالعنقودية:

أ. مقدمة:

- التهاب الرئة والجنبّة بالعنقودية هو التهاب رئوي ناتج عن العنقودية الذهبية الممرضة ، ويمكن أن يكون مصحوبا بتسمم الدم، التهاب الرئة، انصباب جنبي أو اضطراب هضمي؛
- يهيب الرضع خلال سنتهم الأولى (خاصة قبل سن الثلاثة أشهر)؛
- تكون بؤرة الدخول غالبا جلديّة إما عن طريق خراج الثدي أو داجس عند الأم، أو قوَباء والتهاب الجُرَيّات عند الرضيع؛
- تعد خطيرة وتستلزم تشخيصا وعلاجا استعجاليين حتى نتفادي حدوث مضاعفات رئوية مزمنة أو وفاة الرضيع.

ب. المظهر السريري: يكشف المظهر السريري عن:

- متلازمة سمية إعدائية:
 - حمى أو انخفاض الحرارة؛
 - تلون رمادي شاحب للجلد، أنين، رفض الرضاعة؛
 - تلون رخامي للجلد، وهط؛
- علامات هضمية: تطبل البطن، إسهال، قيء؛
- علامات تنفسية: سعال، تسرع التنفس، علامات المقاومة التنفسية.

ج. التصوير الصدري:

- يظهر التصوير الصدري المتتالي الذي يستدعي إجراءه سرعة التطور السريري عتامة ذات تطور سريع، انصباب جنبي(90%)، ابتداء من امتلاء الرذبات إلى الإنصباب المهم، فقاعات (هي عبارة عن فرط الشفافية للإشعاع، وتكون دائرية الشكل)، التهاب الصدر القيحي الغازي وأحيانا يكون التصوير سليما في البداية.

د. فحوصات أخرى:

- بزل الجنبّة: يتم إجراء بزل الجنبّة كلما كان الإنصباب مهما مما يمكن من عزل المتعضية الممرضة؛
- الصيغة الدموية: تكشف عن فرط الكريات البيضاء وخاصة متعدّدات النواة؛
- زرع الدم؛
- أخذ عينة من بؤرة الدخول.

e. Traitement :

- Hospitalisation obligatoire ;
- Soins intensifs pour correction du choc: remplissage vasculaire ;
- Antipyrétiques, oxygène ;
- Bi-Antibiothérapie bactéricide anti staphylocoque IV: pénicilline M ou amoxicilline-acide clavulanique + aminoside ;
- Drainage de l'empyème pleural.

5. La COQUELUCHE :

a. Épidémiologie :

- Due à *Bordetella pertussis* (bacille de Bordet et Gengou) ;
- Très contagieuse, par contact direct, pendant 3 semaines ;
- Forme du nourrisson : < 3 mois même s'ils sont vaccinés (protection inconstante) contaminés par des enfants ou des adultes non vaccinés.
 - Forme plus grave (formes atypiques) ;
 - Quintes asphyxiantes, apnées ;
 - Surinfections pulmonaires fréquentes ;

b. Le diagnostic est clinique :

- Période de début :
 - toux non spécifique mais émétisante et nocturne ;
 - fébricule modérée : 38°C ;
- Période des quintes (10 jours plus tard):
 - secousses de toux aboutissant à une courte pause expiratoire avec cyanose, puis reprise inspiratoire ample et bruyante en chat de coq, 4 à 10 fois de suite, suivies souvent d'une expectoration épaisse et de vomissement ;
 - le tout sans fièvre ;
 - état respiratoire et général **normaux entre quintes** ;
- Phase de déclin: 10 jours après, espacement des quintes.

٥. العلاج:

- يعد الاستشفاء ضروريا في حالة الإصابة بالتهاب الرئة والجنبة بالعنقوديات؛
- يجدر البدء بتصحيح حالة الصدمة التي تستدعي ملء وعائي؛
- ينصح باستعمال مضاد الحمى والأوكسجين؛
- تستعمل المضادات الحيوية المضادة للعنقودية عبر الوريد مثل ال بنيسيلين M، الأموكسيسيلين- حمض كلافيلانك مصحوبة بالأمينوزيد؛
- كما يتم نزح الدبيلة الجنبية.

5. السعال الديكي:

أ. مقدمة:

- تعد البورديتيلة الشاهوقية (عصية بودية- جينغو) المتعضية المسؤولة عن السعال الديكي ، وهي معدية جداعن طريق التماس المباشر كما أن المريض يظل معديا لمدة ثلاثة أسابيع؛
- يعدى الرضيع الذي لا يتجاوز سنه ثلاثا أشهر غير الملقح ضد السعال الديكي (وحتى لو كان ملقحا لأن الحماية غير ثابتة) وذلك من طرف طفل أو كبير غير ملقح مصاب بالمرض؛
- يكون المرض خطيرا عند الرضيع الصغير وذلك بسبب إمكانية حدوث:
 - شهقة خانقة أو انقطاع التنفس؛
 - عدوى إضافية رئوية متكررة.

ب. التشخيص السريري:

- مرحلة البداية: تتميز هذه المرحلة بسعال غير نوعي ليلي ولكنه مقيء وحمى معتدلة: 38° .
- مرحلة الشهقات: (تأتي بعد 10 أيام) تتميز بتتابع السعال مما يؤدي إلى توقف زفير قصير مصاحب لزراق ثم تُنْبَع بعودة شهيقية ضاحجة ومضخمة ، تتوالى من 4 إلى 10 مرات، وأخيرا يتم طرد بلعم سميك أو حدوث قيء، كما أن الحمى غائبة والحالة التنفسية عادية بين الشهقات.
- مرحلة الشفاء: تدوم 10 أيام و تتميز بتباعد الشهقات.

c. Examen paraclinique :

- Hyper-lymphocytose (10 000 à 30 000 leucocytes dont 60 à 90% de lymphocytes) ;
- Identification de *Bordetella pertussis* sur milieu de Bordet et Gengou dans les prélèvements nasal ou bronchique, PCR ;
- Radiographie du thorax: normale le plus souvent, parfois, atélectasie focale.

d. Traitement

- Fractionnement des repas pendant la période des quintes ;
- Ne pas utiliser d'antitussifs +++ ;
- Macrolide pour éviter la contamination des autres ;
- Isolement et éviction scolaire.
- Hospitalisation :
 - Nourrissons moins de 3 mois ou quintes cyanosantes et ou asphyxiantes ;
 - Oxygène et correction de la déshydratation ;
 - Dépistage et surveillance des apnées ;

e. Évolution et pronostic:

- Évolution favorable en **2 à 3 semaines** sous macrolide : régression des quintes.
- Complications :
 - N < 3 mois : apnées et quintes asphyxiantes → monitoring respiratoire ;
 - Décès possible chez le nourrisson ;
 - Surinfection bactérienne si fièvre + polynucléose → ATB à large spectre ;
 - Convulsions ...

g. Prévention :

- Vaccin des nourrissons + rappel tous les 5 à 10 ans ;
- Vaccin des professionnel de l'enfance (medcins surtout les pédiatre, infirmiers, institutrices...);
- Prophylaxie de l'entourage par les macrolides.

ج. الفحوصات التكميلية: تظهر الفحوصات التكميلية:

- فرط اللمفاويات (من 10000 إلى 30000 كرية بيضاء، بينها 60 إلى 90% من اللمفاويات)
- عزل البورديتيلة الشاهوقية في وسط بوردية جنغو من خلال عينات أنفية وقصبية؛
- البيولوجيا الجزيئية: تفاعل سلسلة البوليميراز (PCR)؛
- التصوير الصدري: غالبا ما يكون سليما وأحيانا يظهر وجود إنخماص موضعي أو تنخن القصبات.

د. العلاج : يعتمد العلاج على:

- تقسيم الوجبات خلال مرحلة الشهقات؛
- عدم استعمال مضاد السعال؛
- أخذ الماكروليد لتفادي العدوى بالمتعضيات الأخرى؛
- عزل الأطفال عن التعرض للشمس؛
- الاستشفاء بالنسبة للرضيع أقل من 3 أشهر أو في حالة حدوث شهقة خانقة أو محدثة لزراق، وذلك لتزويد الرضيع بالأكسجين و تصحيح حالة الإجتفاف لديه، ومراقبته للتحري عن انقطاع التنفس.

هـ. التطور و المال:

- يتم التطور نحو الأفضل خلال أسبوعين إلى 3 أسابيع بإتباع العلاج بالماكروليد؛
- كما يمكن حدوث مضاعفات، منها:
 - انقطاع التنفس وشهقات خانقة مما يتطلب مراقبة التنفس، خاصة عند الرضع الذين لا يتجاوزون 3 أشهر؛
 - إمكانية الموت عند الرضع؛
 - عدوى بكتيرية إضافية (حمى وفرط متعددات النوواة) مما يستلزم استعمال مضادات حيوية ذات طيف واسع؛
 - اختلاج...

و. الوقاية:

- تعتمد الوقاية على تلقيح الرضيع مع إجراء تذكير كل 5 أو 10 سنوات؛
- تلقيح مهني الطفولة (الأطباء وخاصة الأطباء المتخصصون في طب الأطفال، الممرضون، المربيات...)
- الوقاية الدوائية بالماكروليد للمحيطين بالمريض.

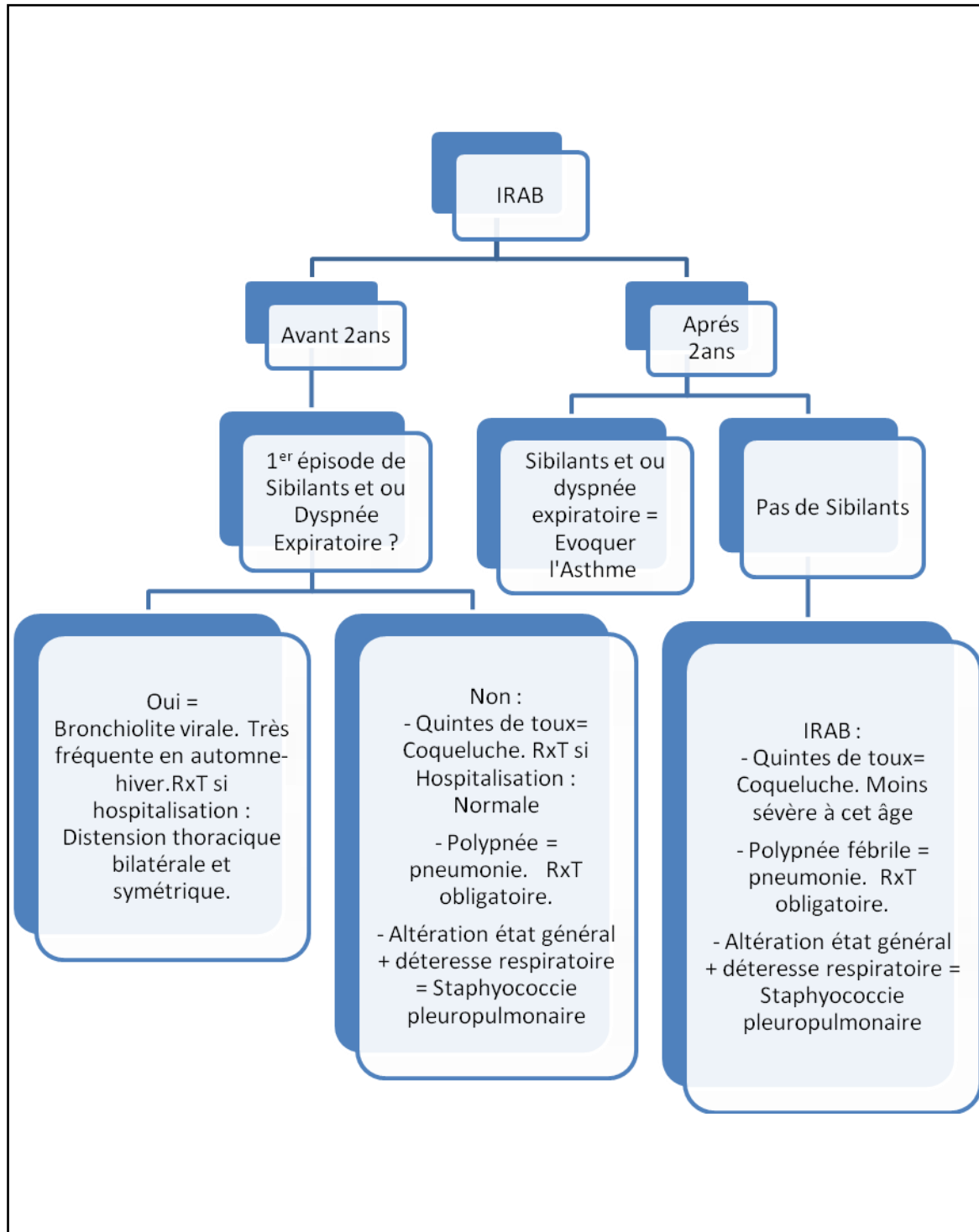
IV. Conclusion :

- Les IRAB représentent une cause importante de mortalité et de morbidité ;
- Bronchites et bronchiolites : très fréquentes (90 % des IRAB) et le plus souvent d'origine virale. Le *virus respiratoire syncytial* (VRS) : responsable de 80% des bronchiolites, est surtout en cause avant l'âge de 2 ans. La gravité d'une bronchiolite est beaucoup plus liée à la détresse respiratoire qu'au risque infectieux.
- Pneumonies : infection pneumococcique sévère rapidement progressive mais répondant bien à l'amoxicilline, à évoquer devant toute tachypnée+fièvre. Les germes fréquemment responsables de pneumonies sont le *Pneumocoque* à tout âge et le *Mycoplasma pneumonia* après 4 ans.
- Penser à la SPP devant tout nourrisson qui présente une dyspnée fébrile brutale associée à un syndrome infectieux sévère et des signes digestifs.
- Traitement d'une IRAB par antibiotiques, repose sur :
 - Identification du type d'infection ; Pneumonie typique ou atypique, staphylococcie pleuro-pulmonaire, bronchiolite surinfectée et coqueluche ;
 - Existence d'une infection parenchymateuse (pneumonie) ;
 - Signes de gravité : altération de l'état général, détresse respiratoire (hospitalisation), et éventuels facteurs de risque associés.

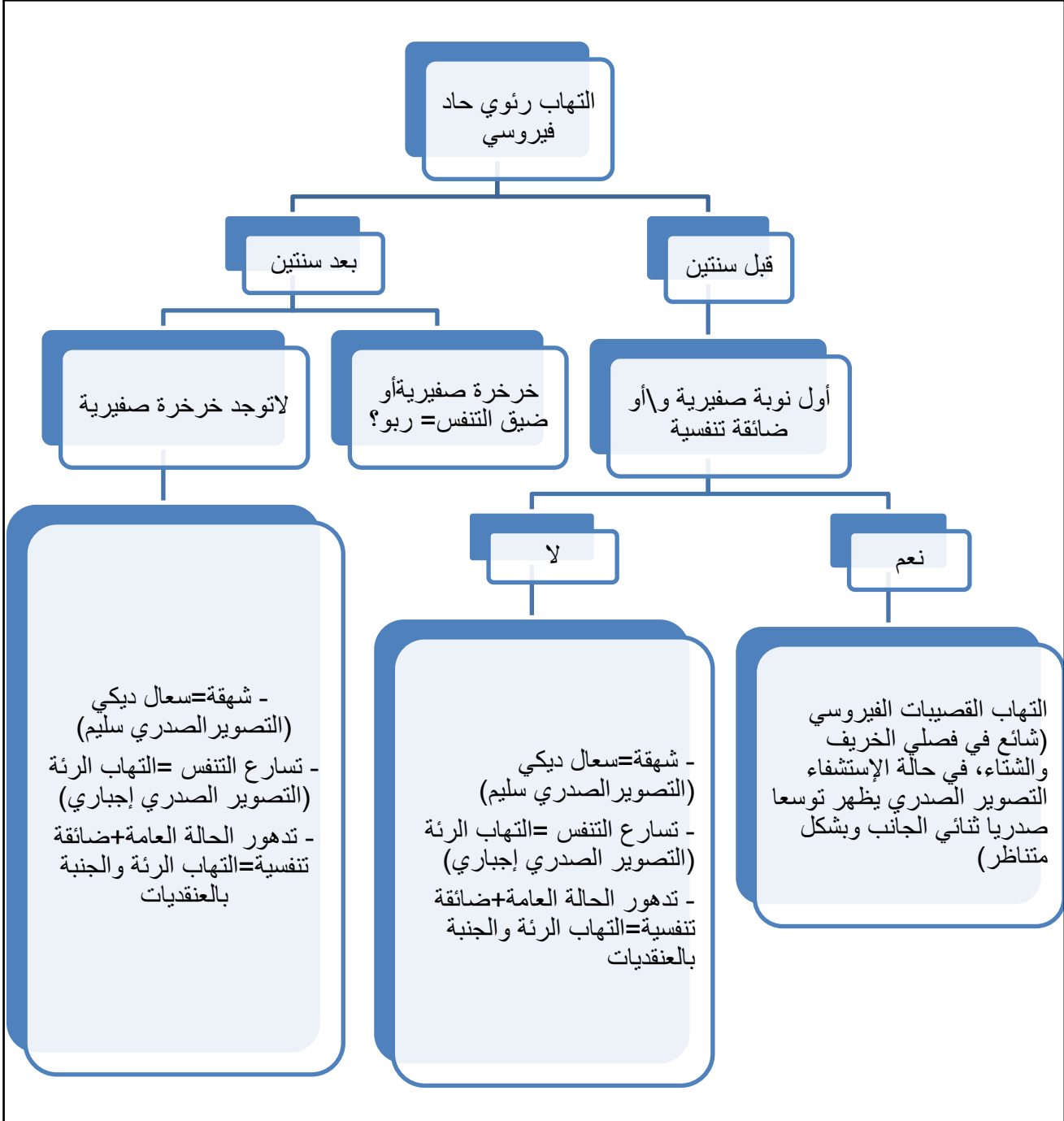
IV. خلاصة :

- تعد الالتهابات الرئوية الحادة السفلى مسببا أساسيا للوفاة والإمراض عند الطفل؛
- يعد التهاب القصبات والقصبية شائعا جدا (90 % من الالتهابات الرئوية الحادة السفلية) وغالبا ما يكون ذا أصل فيروسي؛
- يشكل الفيروس المخلوي التنفسي 80% من التهاب القصيبات خاصة قبل السنتين؛
- تتجلى خطورة التهاب القصيبات في الضائقة التنفسية أكثر من الالتهاب في حد ذاته؛
- يعد التهاب الرئة بلمكورة الرئوية وخيما ويتطور بسرعة لكن يمكن علاجه بالأموكسسلين؛
- تعتبر المكورة الرئوية المسبب الأول لالتهاب الرئة في كل الأعمار والمفطورة الرئوية بعد سن الخامسة؛
- يجب الشك في الإصابة بالتهاب الرئة والجنبة في حالة ظهور الأعراض التالية على الرضيع:
 - ضيق التنفس الحموي الفجائي، مصحوب بمتلازمة التهابية وخيمة ، وبعلامات هضمية؛
 - يعتمد علاج الالتهابات الرئوية الحادة على المضادات الحيوية وذلك بعد:
 - تحديد نوع العدوى : التهاب الرئة النمطي وغير النمطي، التهاب الرئة والجنبة بالعنقوديات، التهاب القصيبات الذي يكون مصحوبا بعدوى إضافية بكتيرية والسعال الديكي.
 - وجود عدوى تنننية (التهاب الرئة)؛
 - وجود علامات الخطورة: تدهور الحالة العامة، ضائقة تنفسية (تستدعي الاستشفاء)، أو وجود عامل اختطار مصاحب للمرض.

Figure 1 : Arbre décisionnel : Orientation étiologique devant une IRAB du Nourrisson et de l'Enfant



خطاظة مساعدة توجه نحو التشخيص السببي أمام الالتهاب الرئوي الحاد



TUBERCULOSE DE L'ENFANT ET DU NOURRISSON

Objectifs :

- Réunir les éléments cliniques, épidémiologiques et radiologiques en faveur d'une primo-infection tuberculose (PIT)
- Pratiquer et interpréter une IDR à la tuberculine ;
- Evoquer la tuberculose (TB) de l'enfant devant des atteintes extra-pulmonaires, plus fréquentes que chez l'adulte
- Prescrire le traitement anti-bacillaire ;
- Expliquer le traitement anti-bacillaire et le suivi en insistant sur l'observance et les effets secondaires ;
- Savoir déclarer la TB et orienter les parents au CDST pour le dépistage dans l'entourage du patient.

Plan :

- I. Introduction
- II. Définitions
- III. Epidémiologie
- IV. Physiopathologie
- V. Diagnostic positif :
 - A. Interrogatoire
 - B. Examen clinique
 - C. Examen paraclinique
- VI. Formes cliniques
- VII. Traitement
- VIII. Prévention
- IX. Conclusion

داء السل عند الطفل والرضف

الأهداف:

- طرح إمكانية الإصابة بداء السل عند الطفل أمام أعراض سلفية خارج الرئة نظرا لانتشارها مقارنة بالكبار؛
- تجميع العناصر السريرية، الوبائية والتصويرية التي تدل على العدوى الأولية للسل؛
- إجراء وقراءة نتائج اختبار داخل الأدمة للتبوركولين؛
- وصف علاج مضاد للعصيات؛
- شرح العلاج للمريض مع الحرص على المراقبة المستمرة والبحث عن الأعراض الجانبية؛
- التصريح بالحالات المرضية و توجيه الآباء إلى المراكز الصحية المتخصصة بباء السل بهدف التحري عن مرض الأطفال المخالطين لأشخاص مصابين بالمرض.

التصميم:

- I. مقدمة
- II. تعاريف
- III. وبائيات
- IV. آلية الأمراض
- V. التشخيص الإيجابي:
 - أ. أخذ السيرة والسوابق
 - ب. الفحص السريري
 - ج. الفحوصات التكميلية
- VI. المظاهر السريرية
- VII. العلاج
- VIII. الوقاية
- IX. خلاصة

I. Introduction :

- On estime que la tuberculose TB chez l'enfant représente environ 6% des cas de tuberculose mais la TB extra-pulmonaire chez l'enfant est plus fréquent que chez l'adulte.
- Elle est donc plus sévère et difficile à diagnostiquer surtout qu'elle est pauci-bacillaire. Le médecin pose donc le diagnostic de TB de l'enfant sur un faisceau d'argument épidémiologiques, cliniques, l'IDR et biologiques. Dans les cas difficiles une biopsie s'impose pour rechercher le follicule épithélio-giganto-cellulaire FEGC avec nécrose caséuse.
- Les enfants peuvent être atteints de tuberculose à tout âge, mais ils le sont le plus souvent entre 1 et 4 ans. Récemment une prédisposition génétique aux mycobactéries a été décrite.
- La tuberculose de l'enfant témoigne de l'échec de la lutte antituberculeuse chez l'adulte.
- Le vaccin protège assez bien contre la miliaire et la tuberculose neuro-méningée.

II. Définitions :

- **Sujet contact** : un enfant ayant eu un contact direct et prolongé avec un patient atteint de tuberculose pulmonaire documentée (BK à l'examen direct) ;
- **Sujet infecté** : sujet avec IDR positive, non malade (radio du thorax normale ou anormale avec des calcifications et une adénopathie hilare), donc soit TB infection ou primo-infection latente (1er contact avec le BK) ;
- **La TB Maladie** : est définie par la survenue des symptômes : tuberculose pulmonaire avec radio pathologique ou tuberculose extra-pulmonaire.

III. Epidémiologie :

- Plus du tiers de la population mondiale est infectée par le bacille de la tuberculose, et plus de 9 millions de nouveaux cas sont enregistré chaque année dont 50% sont contagieux ;
- Au Maroc, 27000 nouveaux cas de tuberculose toutes formes sont dépistés annuellement, dont les enfants âgés de moins de 10 ans représente 61% des cas de tuberculose déclaré ;
- La primo-infection tuberculeuse (PIT) est la situation la plus fréquente (> 40% chez le nourrisson en situation de sujet contact).

I. مقدمة:

- تقدر نسبة الإصابة بداء السل عند الطفل ب 6 % من مجموع حالات الإصابة، كما تعتبر الإصابة خارج الرئة أكثر شيوعا مقارنة مع الكبار؛
- يعد داء السل وخيما وصعب التشخيص نظرا لقلّة تكاثر العصيات السلوية، وبالتالي يجب على الطبيب أن يعتمد في تشخيصه للمرض على عدة معايير تتمثل في العناصر الوبائية، السريرية، الاختبار داخل الأدمة والفحوصات البيولوجية، كما يجدر إجراء خزعة في الحالات الصعبة للبحث عن جريب ظاهري عملاق الخلايا مصحوب بنخر جُبنّي؛
- يمكن أن يصاب الأطفال بداء السل في كل الأعمار وخاصة بين السنة و 4 سنوات، وقد تم مؤخرا تأكيد وجود قابلية وراثية للإصابة بالمتفطرات.
- يشير تفشي داء السل عند الطفل إلى فشل الحد منه عند الكبي، مما يستوجب اعتماد علاج فعال للكبار الناقلين للعدوى؛
- يعد التلقيح أنجع وسيلة لحماية الأطفال من الدخنية السلوية والتهاب السحايا والدماغ السلي.

II. تعاريف:

- **الشخص المخالط:** هو الشخص الذي يخالط بطريقة مباشرة و لمدة طويلة أشخاصا مصابين بالسل الرئوي الموثق (وجود عصيات كوخ في الفحص المباشر)؛
- **الشخص المنعدى:** هو شخص ذو اختبار داخل الأدمة "توبركولين" إيجابي ولكنه ليس مريضا (التصوير الصدري يمكن أن يكون سليما أو يكشف عن تكلسات وتضخم العقد اللمفاوية النقيرية، ونتكلم عن العدوى الأولية المخفية)، وهذا ما يعرف بالتماس الأولي مع عصيات كوخ.
- **مرض السل:** حيث يعاني المريض من أعراض السل الرئوي م صحوبة بكشف التصوير الصدري عن علامات مرضية، أو أعراض أخرى تدل على وجود سل خارج الرئة.

III. وبائيات:

- يقدر عدد المصابين بعدوى العصيات السلوية بأكثر من ثلث سكان العالم، حيث يسجل سنويا 9 ملايين حالة جديدة، 50% منها معدية؛
- ويتم الكشف في المغرب عن 27000 حالة إصابة جديدة بداء السل سنويا، كما يمثل الأطفال الذين لا يتجاوز سنهم 10 سنوات 61 % من حالات السل المصرح بها؛
- تعد العدوى الأولية للسل الشكل الأكثر شيوعا عند الطفل حيث تشكل أكثر من 40 % من الرضع المخالطين لأشخاص مصابين بالمرض.

Tableau N° 3: Taux d'incidence de la tuberculose pour 100.000 habitants***

	Monde	Maroc	Tunisie	France	Saint-Marin**	Namibie*
2000	148	117	25	12	1,6	1407
2011	125	103	30	4,3	0,5	1317

*Maximin de morbidité dans le Monde **Minimim de morbidité dans le Monde

*** OMS : Statistiques sanitaires mondiales 2013

Taux estimé de nouveaux cas de tuberculose (toutes formes) par 100000 habitants



Source : Organisation Mondiale de Santé 2009

جدول رقم 3: نسبة الإصابة بداء السل بالنسبة ل 100000 نسمة عبر العالم لسنتي 2000-2011***

العالم	المغرب	تونس	فرنسا	سان مارينو*	ناميبيا**
2000	117	25	12	1,6	1407
2011	103	30	4,3	0,5	1317

*أكثر نسبة إمرراض في العالم **أقل نسبة إمرراض في العالم

*** حسب احصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2013

تقدير عدد حالات الإصابة الجديدة بالسل (جميع الأنواع) بالنسبة ل 100000 نسمة في العالم سنة 2009



المرجع: منظمة الصحة العالمية 2009

IV. physiopathologie :

- Lors de la primo-infection tuberculeuse, les bacilles de Koch déposés au niveau des espaces alvéolaires distaux (foyer primaire) sont phagocytés par les macrophages alvéolaires, puis drainés vers le ganglion hilair satellite du foyer primaire (complexe primaire).
- Certains bacilles peuvent disséminer dans l'organisme (foyers secondaires) ;
- Après 2 à 10 semaines: la réponse immune à médiation cellulaire peut être mise en évidence par l'intradermoréaction à la tuberculine qui devient positive (IDR), souvent c'est la seule expression de la PIT.
- Au bout de 3 mois :
 - si la réplication bacillaire est inhibée: calcification ;
 - ces bacilles "quiescents" peuvent entraîner une "tuberculose maladie" à l'occasion d'un facteur de réactivation (immunodépression, malnutrition) ;
- Le risque de passage de la PIT à la tuberculose maladie est plus important chez l'enfant :
 - 43 % avant un an ;
 - 24 % entre 1 et 5 ans ;
 - 15 % entre 11 et 15 ans ;
 - 10 % chez l'adulte.

V. Diagnostic positif :

1. L'interrogatoire: doit préciser :

- La nature et la durée des symptômes respiratoires et/ou généraux ;
- La notion de contag tuberculeux ;
- La notion de traitement antituberculeux dans les antécédents du patient ;
- L'association éventuelle avec d'autres maladies favorisantes : diabète,VIH, déficit immunitaire, malnutrition ou un traitement médicamenteux (corticoïdes).
- Enquête familiale à la recherche du contaminateur (toutes les personnes vivant sous le même toit).

IV. آلية الأمراض:

- تتسرب عصيات كوخ خلال العدوى الأولية للسل إلى حيز الأسناخ الهوائية النهائية (بؤرة أولية) حيث تتم بلعمتها من طرف الخلايا البلعمية، ثم تنزح في اتجاه العقد النقرية التابعة للبؤرة الأولية (مركب أولي)؛
- بعض العصيات يمكن أن تتسرب إلى الجسم (بؤرة ثانوية)؛
- تتم الاستجابة المناعية ذات الوسيط الخلوي في غضون أسبوعين إلى عشر ة أسابيع، فيصبح الاختبار داخل الأدمة "للتوبركولين" إيجابيا، ويعد التعبير الوحيد على العدوى الأولية للسل؛
- إذا توقفت العصيات عن التكاثر خلال ثلاثة أشهر يحصل تكلس؛
- كما يمكن للعصيات النائمة أن تحدث مرض السل بسبب عوامل إعادة التنشيط (استعمال كابات المناعة أو سوء التغذية).
- يزداد خطر الانتقال من العدوى الأولية إلى مرض السل كلما كان سن الطفل صغيرا ، حيث يشكل:

- 43% عند الأطفال أقل من سنة؛
- 24% من سنة إلى 5 سنوات؛
- 15 % من 11 سنة إلى 15 سنة؛
- 10% عند الكبار.

V. التشخيص الإيجابي:

1. أخذ سيرة وسوابق المريض:

- يجب أن يكون البحث في سيرة وسوابق المريض دقيقا ومحددا ويهدف إلى:
 - تحديد طبيعة ومدة الأعراض الرئوية والأعراض العامة؛
 - البحث عن مصدر للعدوى بالسل في الوسط المحيط بالمريض؛
 - معرفة ما إذا عولج المريض بمضادات داء السل في السابق؛
 - البحث عن وجود أمراض أخرى تيسر الإصابة بداء السل كداء السكري، فقدان المناعة المكتسبة، عوز المناعة، سوء التغذية والعلاج ببعض الأدوية كالكورتكويد.
 - التحري العائلي للبحث عن شخص معدي (شخص يعيش تحت نفس السقف).

2. L'examen clinique habituellement pauvre :

- Signes généraux associés notamment l'amaigrissement qui témoigne d'une maladie chronique, la fièvre persistante et/ou les sueurs nocturnes le tout dans un contexte d'endémie tuberculeuse ;
- Signes respiratoires :
 - toux productive (expectoration muco-purulente) ;
 - hémoptysie d'abondance variable ;
 - dyspnée d'intensité variable.

→ Ces signes sont persistants, non spécifiques et ne répondent pas à un antibiotique à large spectre +++.

3. Examens paracliniques :

a. Intradermoréaction (IDR) à la tuberculine :

- **Accueil :**
 - Se présenter à l'enfant ;
 - Expliquer à l'enfant et à la mère la nature et le but de l'examen
- **Matériel :**
 - Plateau avec un désinfectant (sérum physiologique), et des compresses ;
 - Seringue à insuline graduée en centièmes de millimètre ;
 - La tuberculine : la boîte contient un flacon avec tuberculine purifiée lyophilisée sous forme de poudre et une ampoule de 1 ml de solvant.
- **Technique :**
 - Injection strictement intradermique de 0,1ml de solution reconstituée au niveau de la face antérieure de l'avant bras (tiers moyen de sa ligne médiane) ;
 - Après nettoyage de la peau, on introduit la pointe de l'aiguille, le biseau orienté vers le haut, en intradermique en tirant légèrement la peau entre le pouce et l'index ;
 - Une fois l'aiguille introduite dans le derme, on injecte 0,1ml de la solution ;
 - L'injection produit une papule blanche surélevée de 6 à 10mm piquetée par les racines des poils (aspect en peau d'orange) ;
 - Informer la mère de l'apparition d'une réaction secondaire et lui demander de ramener son enfant pour la lecture du test, 72 h plus tard.

2. الفحص السريري:

- لا يمكننا الفحص السريري غالبا من تشخيص المرض، لأنه يكشف عن علامات غير نوعية، منها:
 - علامات عامة: تجمع نقص الوزن الذي يدل على مرض مزمن، حمى مستديمة و\ أو تعرق ليلي، والكل يدخل في إطار توطن سلي؛
 - علامات رئوية:
 - ✓ سعال منتج لبلغم مخاطي قيحي؛
 - ✓ نفث دم بكمية متغيرة؛
 - ✓ ضيق التنفس (شدتها متفاوتة).
- ← هذه العلامات غير نوعية ولكن لها مستديمة، كما أنها لا تستجيب للعلاج بمضادات حيوية ذات طيف واسع؛

3. الفحوصات التكميلية:

أ. اختبار داخل الأدمة:

- الاستقبال:
 - تعريف الطبيب بنفسه للطفل؛
 - تفسير طبيعة هذا الاختبار والهدف المتوخى منه للطفل والأم؛
- الأدوات اللازمة:
 - صينية بها معقم (مصل فيزيولوجي) وكمادات؛
 - محقنة للأنسولين مدرجة بالمليمتر؛
 - "التوبركولين" القيجي (يحفظ في مكان معتدل البرودة بعيد عن الضوء).
- التقنية:
 - حقن 0,1 مل من التوبركولين داخل الأدمة في الوجه الأمامي للساعد (الثالث الأوسط للخط الناصف)؛
 - وبعد تنظيف الجلد نقوم بإدخال رأس الإبرة داخل الأدمة ، بحيث يكون الطرف المستدق موجه نحو الأعلى، مع الحرص على شد الجلد بين الإبهام والسبابة؛
 - الحقن يؤدي إلى تكون حطاطة بيضاء مرتفعة بنحو 6 إلى 10 مم منقطة على شكل جلد البرتقالة؛
 - اخبار الأم بإمكانية ظهور تفاعل ثانوي وأن يطلب منها إعادة الطفل 72 ساعة بعد الحقن لقراءة نتائج الاختبار.

• **Mesure de la réaction :**

- La lecture de la réaction se fait à la 72ème heure après l'injection ;
- On ne mesure que l'induration et pas la rougeur à l'aide d'une réglette graduée ;
- Le site du test est soigneusement palpé du bout des doigts afin de déterminer les contours de l'induration ;
- Lorsque la papule est surmontée de phlyctènes, il faut le mentionner ;
- Le résultat est exprimé en mm. S'il n'y a pas d'induration à la palpation, on inscrit 0.

• **Interpretation**

- IDR négative si < 5 mm ;
- IDR positive si ≥ 5 mm ;
- Entre 5-9 mm : réaction au BCG ;
- Entre 10 et 14 mm: très positive : infection tuberculeuse ou BCG ;
- Toute IDR ≥ 15 mm (à priori phlycténulaire) : évoque un contact tuberculeux récent ;
- Une IDR peut être négative dans le déficit immunitaire, la malnutrition et le traitement par les corticoïdes.

b. Radiographie du thorax face \pm profil :

- Lésions parenchymateuses et ou ganglionnaires médiastinales et pleurales ;
- Images cavitaires plus rares que chez adulte.

c. Recherche de BK:

- Bactériologie moins souvent positive que chez l'adulte;
- 20% des enfants avec tuberculose prouvée sont positifs à l'examen direct au Ziel Nelson contre 75 % pour les adultes ;
- Tubage gastrique (nourrisson et enfant) ou crachats (grand enfant), au moins 3 examens successifs, se fait le matin au réveil et à jeun à faire "même devant une radiographie thoracique normale.

- قياس التفاعل:
 - تتم قراءة نتيجة الاختبار 72 ساعة بعد الحقن؛
 - نقوم بقياس قطر الجواسة الجلدية وليس الاحمرار؛
 - يتم فحص مكان الاختبار بعناية حيث يتم لمسها بأطراف الأصابع بغية تحديد حدود الجواسة الجلدية؛
 - من المهم الإشارة إلى النفاط الذي يعلو الحطاطة إن وجد؛
 - تقرأ النتائج بالمم، وتكون النتيجة 0 إذا لم يتغير تصلب.
- تفسير النتائج:
 - يكون الاختبار سلبيا إذا كان القطر لا يتعد 5 مم؛
 - ويعتبر إيجابيا إذا كان يساوي 5 مم أو أكثر؛
 - يدل على استجابة للتلقيح ضد السل إذا كان بين 5 و 9 مم ؛
 - ويعتبر إيجابيا جدا إذا كان بين 10 و 14 مم (عدوى السل أو تلقيح ضد السل)؛
 - كل اختبار أكثر من 15 مم (خصوصا نفاطي) على الأرجح هو تماس سلي حديث؛
 - يمكن أن يكون الاختبار سلبيا في حالة السل المنتشر، ضعف المناعة، سوء التغذية والتداوي بالكورتكويد.

ب. التصوير الصدري:

- يُمكن التصوير الصدري من البحث عن آفات مَتنَّية، عقدية منصفية أو جنبية؛
- ويمكن أن يكشف عن صورة مجوفة والتي تعتبر أقل شيوعا بالمقارنة بالكبير.

ج. البحث عن عصيات كوخ:

- قليلا ما يكون البحث المباشر عن عصيات كوخ إيجابيا؛
- 20 % فقط من الأطفال المصابين بداء السل المثبت إما بالبحث المباشر أو بالزرع في وسط زيل نيلسن يكونون إيجابيين مقابل 75 % بالنسبة للكبار؛
- يستحب أنبية المَعْدَة عند الطفل الصغير والرضيع، ويمكن فقط جمع البصاق عند الطفل الكبير (يجب إجراء 3 فحوصات متتابعة على الأقل صباحا عند الاستيقاظ قبل الإفطار)؛
- يجب إجراء هذه الفحوصات حتى ولو كان التصوير الصدري سليما.

d. Autres examens:

- **Culture de liquide pleural, LCR...**
- La **PCR** (polymérase chain reaction) a une place limitée dans le diagnostic de la tuberculose de l'enfant ;
- L'examen **anatomopathologique** est indiqué en cas d'adénites superficielles et dans les autres formes de tuberculoses extra respiratoires accessibles à la biopsie.
- **Bronchoscopie :**
 - Indiquée quand une radiographie thoracique montre des troubles de ventilation : atélectasie ou emphysème obstructif.
 - La bronchoscopie permet de :
 - ✓ Faire un prélèvement bactériologique protégé ;
 - ✓ Mettre en évidence une compression de l'axe trachéo-bronchique par une adénopathie médiastinales ;
 - ✓ Visualiser des fistules ganglio-bronchiques ;
 - ✓ Mettre en évidence d'un granulome endo-bronchique ;
 - ✓ Intérêt thérapeutique : aspiration du caséum et exérèse des granulomes.
- **TDM thoracique :**
 - N'est pas systématique ;
 - Bilan lésionnel des adénopathies médiastinales +++ : dimensions, nécrose, compression ;
 - Séquelles: dilatation des branches (DDB).

4. Difficultés diagnostiques de la TB chez l'enfant :

- La recherche de BK:
 - Ex direct : difficulté d'obtenir des prélèvements;
 - Culture : résultat après 4 à 6 semaines ;
 - La disponibilité de la PCR est limitée.
- IDR à la tuberculine: difficile à interpréter (interférence avec le BCG) ;
- Radiologie: images peu spécifiques.

د. فحوصات أخرى:

- زرع سائل الجنبية؛
- تفاعل سلسلة البوليميراز لها مكانة محدودة لتشخيص داء السل عند الطفل؛
- فحص البتولوجيا التشريحية: التهاب العقد اللمفاوية السطحية خلال الإصابة بالأشكال الأخرى للسل خارج الرئة؛
- تنظير القصبات الهوائية:
 - يهلب إجراء تنظير القصبات الهوائية في حالة كشف التصوير الصدري عن خلل في التهوية (انخماص، نفاخ انسدادى)؛
 - كما يُمكن من:
 - ✓ أخذ عينات بكتيرية محمية؛
 - ✓ رؤية وتقييم انضغاط محور رغامي-قصي بعقد لمفاوية متضخمة منصفية؛
 - ✓ رؤية ناسور عقدي-قصي أو ورم حبيبي داخل القصبة؛
 - كما تكمن أهميته العلاجية في شفط الجبن أو استئصال الورم الحبيبي.
- المفراس الصدري :
 - يمكن المفراس الصدري من الكشف عن وجود تضخم العقد اللمفاوية المنصفية التي لا تظهر على التصوير الصدري (حجمها، وجود نخر، ضغطها للعناصر المجاورة)، وكذا عن بعض عواقب السل كتوسع القصبات الهوائية.

4. صعوبة تشخيص داء السل عند الطفل:

- يعتبر البحث عن عصيات كوخ صعبا عند الطفل عن طريق الفحص المباشر لصعوبة الحصول على عينات، كما أن نتائج الزرع تظهر بعد مدة طويلة (أربع إلى سبعة أسابيع).
- كما أن إجراء تفاعل سلسلة البوليميراز ليس في متناول الجميع؛
- تعد قراءة نتيجة اختبار داخل الأدمة "التوبركولين" صعبا نظرا لتداخله مع اللقاح الموجه ضد السل في هذا السن؛
- كما أن الآفات التي تظهر على التصوير الصدري غير نوعي.

VI. Formes cliniques :

1. Forme néonatale :

- Très rare, liée à une contamination maternelle par le placenta, le sang ou une inhalation de liquide amniotique ;
- Dyspnée, polypnée, hépatomégalie, splénomégalie, la fièvre est retrouvée dans la moitié des cas ;
- Il est impératif d'examiner le placenta à la naissance chez toute mère suspecte de tuberculose ou traitée pour tuberculose confirmée.

2. Forme du nourrisson :

- La maladie est souvent sévère : altération de l'état général ;
- Parfois peu de signes ou asymptomatique, découverte lors de l'enquête (contage très souvent intrafamilial) ;
- La toux est fréquente (80%), la respiration peut être rapide et difficile ;
- La fièvre : retrouvée dans 60 % des cas, souvent prolongée ;
- La méningite tuberculeuse est plus fréquente à cet âge (sommolence, difficultés d'alimentation, vomissements...).
- Il faut répéter les tubages gastriques pour augmenter les chances de confirmation de diagnostic ;

3. Après l'âge de dix ans :

- Les manifestations se rapprochent de celles de l'adulte ;
- Le diagnostic repose sur un ensemble d'arguments:
 - Notion de contage tuberculeux familial ;
 - Réaction tuberculique positive, souvent supérieur à 10 mm ;
 - Présence ou non de la cicatrice vaccinale du BCG ;
 - Signes cliniques et éventuellement radiologiques et/ou biologiques compatibles avec le diagnostic de tuberculose.

VI. الأشكال السريرية:

1. عند حديثي الولادة:

- تعتبر إصابة حديثي الولادة شكلا نادرا جدا لداء السل، فهو مرتبط بالعدوى من الأم عن طريق المشيمة أو الدم، أو استنشاق السائل السلوي؛
- يتميز بظهور صعوبة في التنفس، تنفس سريع ، تضخم الكبد، تضخم الطحال وحمى عند نصف الحالات؛
- من الضروري جدا فحص المشيمة عند ولادة أطفال نشك في إصابة أمهاتهم بداء السل أو تعالجن منه؛

2. عند الرضيع:

- غالبا ما يكون هذا الشكل وخيما: تدهور الحالة العامة؛
- يتميز بقلّة الأعراض أو بانعدامها، ويتم الكشف عنه خلال التحري عن الإصابة بالمرض (غالبا ما يكون المعدي أحد أفراد العائلة)؛
- يعد السعال العرض الشائع (80%) ويمكن أن يكون مصحوبا بصعوبة التنفس أو تسارع؛
- كما يعاني 60% من الرضع من حمى مستديمة؛
- يعد التهاب السحايا السلي مرضا شائعا جدا في هذا السن (الأعراض التي تشير إلى الإصابة به: نيمومة، صعوبة الأكل، قيء)؛
- يستحسن أنبئة المعدة عدة مرات للرفع من فرص تأكيد التشخيص؛

3. بعد سن العشر سنوات :

- يقترب المظهر السريري في هذا السن من حالة الإصابة عند الكبار؛
- يبني التشخيص على مجموعة من الدلائل، منها:
 - وجود عدوى سلق داخل الأسرة؛
 - اختبار داخل الأدمة إيجابي غالبا أكثر من 10 مم؛
 - وجود أو غياب ندبة التلقيح ضد السل؛
 - ظهور علامات سريرية، تصويرية أو بيولوجية تتناسب مع تشخيص السل.

4. Primo-infection patente :

- Signes généraux modérés, mais persistants (fièvre, asthénie, amaigrissement...)
- Parfois érythème noueux, kérato-conjonctivite phlycténulaire...
- Test tuberculinique généralement positif ;
- Radiographie thoracique: adénopathie médiastinale unilatérale isolée ou associée à une opacité systématisée en raison d'un trouble de ventilation, ou un chancre d'inoculation ;
- Parfois d'emblée la survenue de complication sévère : méningite, miliaire, pleurésie... etc.
- La ponction lombaire est systématique dans la tuberculose du petit nourrisson.

5. Primo-infection latente :

- Seule la pratique de tests tuberculiniques permet de découvrir cette forme ;
- Découverte lors d'un dépistage actif des enfants au contact d'un patient bacillifère ;
- Diagnostic de PI latente est retenu:
 - Si l'enfant n'est pas vacciné et l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine est supérieure ou égale à 5 mm ;
 - Si l'enfant est vacciné et l'IDR à la tuberculine est supérieure ou égale à 15 mm.

6. Tuberculose aigue :

- Forme assez particulières à l'enfant ;
 - Méningite TB ;
 - TB Miliaire ;
- ==>) La miliaire et la méningite tuberculeuse sont les formes à redouter chez les enfants de moins de cinq ans surtout s'ils ne sont pas vaccinés par le BCG.
- La tuberculose miliaire de l'enfant :
 - Infection systémique disséminée et grave ;
 - Aiguë, fébrile, sévère ;
 - Signes respiratoires : polypnée, cyanose...
 - Image pulmonaire de miliaire ;
 - Signes de dissémination : hépato-splénomégalie, méningite...
 - Toujours faire une PL systématique devant une miliaire.

4. العدوى الأولية المائلة:

- تتميز العدوى الأولية المائلة بوجود علامات عامة معتدلة ولكنها مستديمة (مثل: الحمى، التعب، نقص الوزن...)
- كما يمكن أن تكون مصحوبة بالتهاب القرنية والملتحمة النفاطية؛
- غالبا ما تكون نتيجة الاختبار داخل الأدمة للتبيريولين إيجابي؛
- يبين التصوير الصدري تضخما للعقد اللمفاوية المنصفية في جهة واحدة ، والذي يمكن أن يكون مصحوباً ببعثامة منظمة مثل اختلال التهوية أو قرح تلقحي؛
- أحيانا تظهر مضاعفات وخيمة من البداية كالتهاب السحايا، الدخينة السلية، التهاب الجنبية ...
- مما يستوجب إجراء البزل القطني عند الرضيع الصغير.

5. العدوى الأولية الخافية :

- وحده الاختبار داخل الأدمة يُمكن من الكشف عن هذا الشكل؛
- ويُكشف عنه خلال التحري النشيط في صفوف الأطفال الملامسين لشخص حامل للعصيات؛
- نتكلم عن تشخيص العدوى الأولية الخافية في الحالات التالية :
- طفل غير ملقح ضد داء السل مع اختبار داخل الأدمة أكبر من أو يساوي 5 مم؛
- طفل ملقح مع اختبوا داخل الأدمة أكبر من أو يساوي 15 مم.

6. داء السل الحاد:

- شكل خاص بالأطفال ويشمل:
 - التهاب السحايا السلي؛
 - الدخينة السلية.
- يثير هذان الشكلان تخوفا عند إصابة الأطفال أقل من 5 سنوات، خاصة إذا لم يتلقوا اللقاح ضد داء السل؛
- الدخينة السلية عند الطفل:
 - تعرف الدخينة السلية بانتشار العدوى في كل أجهزة الجسم وهي وخيمة، وحادة وحموية؛
 - تتمثل العلامات التنفسية في تسارع التنفس، زراق ...
 - يظهر التصوير الوئوي صورة دخينة؛
 - وتكون غالبا مصحوبة بعلامات الانتثار: تضخم الكبد، تضخم الطحال، التهاب السحايا (لذا يجب دائما إجراء البزل القطني) ؛

7. Tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire :

- **Tuberculose pulmonaire :**
 - Les signes respiratoires et généraux sont en premier plan:
 - ✓ Fébricule vespérale ;
 - ✓ Amaigrissement, sueurs ;
 - ✓ Asthénie, toux chronique ;
 - ✓ Parfois hémoptysies ;
 - Images cavitaires plus rares que chez l'adulte.
- **TB extra pulmonaire :**
 - Plus fréquentes que chez l'adulte (25% de toutes TB) ;
 - La miliaire tuberculeuse se dissémine plus facilement chez l'enfant ;
 - Formes principales :
 - ✓ Ganglionnaire périphérique (écrouelles) : adénite chronique ;
 - ✓ Ostéo-articulaire : surtout vertébrale (mal de Pott), hanche (coxalgie)
 - ✓ Séreuses : pleurésie, péricardite, péritonite (ascite).

VII.Traitement :

1. Les règles du traitement :

- Supervision effective de la prise de tous les médicaments pendant la phase initiale du traitement ;
- Prise unique matinale à jeun de tous les anti-bacillaires 1 heure avant le repas ;
- Prise régulière des médicaments ;
- Observance du traitement pendant la période fixée par le médecin ;
- Association judicieuse d'au moins trois médicaments anti-bacillaires dans la phase initiale de tout régime thérapeutique ;
- Posologie adéquate tenant compte du terrain et du poids ;
- Durée suffisante du traitement;
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance des anti-bacillaires.

7. السل الرئوي والسل خارج الرئة :

• السل الرئوي:

- يتميز السل الرئوي عند الطفل بجمعه بين علامات رئوية وأخرى عامة، والمتمثلة في:
 - ✓ حمى خفيفة مسائية؛
 - ✓ نقص الوزن، تعرق؛
 - ✓ وهن، سعال مزمن؛
- كما أن التصوير الصدري نادرا ما يظهر صورة مجوفة، والتي تعتبر أكثر شيوعا عند الكبار.

• السل خارج الرئة:

- يعتبر السل خارج الرئة عند الطفل أكثر شيوعا مقارنة ببلوكيو (25%)؛
- وذلك لأن الدخينة السلية تندثر بسهولة عند الطفل؛
- وتتمثل أساسا في :
 - ✓ سل العقد اللمفاوية السطحية (التهاب لمفاوي مزمن)؛
 - ✓ سل عظمي، مثل: العمود الفقري (سل الفقار)، الورك (ألم الورك)؛
 - ✓ سل المصلية: التهاب الجنبية، التهاب التأمور، التهاب الصفاق (استسقاء).

VII. العلاج:

1) قواعد العلاج: تتمثل قواعد العلاج في ما يلي:

- الإشراف الفعلي على أخذ الدواء خلال المرحلة الأولى من العلاج؛
- أخذ الدواء مرة واحدة في الصباح ساعة قبل الإفطار؛
- الحرص على أخذ الدواء بشكل منتظم؛
- التقيد بالعلاج خلال المدة المحددة من طرف الطبيب؛
- الجمع الحكيم بين 3 مضادات للعصيات على الأقل ، وذلك في المرحلة الأولى لكل نظام علاجي؛
- الحرص على أن تكون الجرعات مناسبة مع الأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية للمريض ووزنه؛
- تخصيص مدة كافية للعلاج؛
- مراقبة الفعالية وتحمل مضادات العصيات.

2. Les régimes standardisés :

- Tuberculose pulmonaire et ganglionnaire périphérique : **2 RHZ/4RH**
 - Phase initiale de 2mois : schéma de trois médicaments : Rifampicine R (15mg /kg, maximum :600mg) + Isoniazide H (10mg/kg, maximum :600mg) + Pyrazinamide Z (35mg/kg) ;
 - Phase de continuation de 4 mois : Rifampicine R + Isoniazide H
- Tuberculose neuro-méningée et ostéo-articulaire : **2RHZE/10RH**
 - Phase initiale de 2mois : schéma de quatre médicaments : Rifampicine R (15mg /kg, max :600) + Isoniazide H (10mg/kg, max :600) + Pyrazinamide Z (35mg/kg) + Ethambutol E ;
 - Phase de continuation de 10 mois : Rifampicine R + Isoniazide H.

VIII.Prévention :

- La vaccination par le BCG est une composante du programme national d'immunisation, effectuée à la naissance et assure une bonne protection des jeunes enfants contre les formes graves telles que la miliaire et la méningite tuberculeuse ;
- La chimio-prophylaxie ou chimiothérapie préventive a pour but d'éviter le passage de la tuberculose infection à la tuberculose maladie chez les enfants récemment infectés par le bacille tuberculeux et consiste à administrer de l'Isoniazide seul, à la dose de 5 mg/kg/j pendant une période de 6 mois (ou associé à d'autres anti-bacillaires mais durant une période plus courte) ;

IX. Conclusion :

- Formes cliniques différentes de celle de l'adulte :
 - Enfant en bas âge: formes extra-pulmonaires (ex : digestives, osseuse,..), atteintes ganglionnaires médiastinales (PIT) et forme disséminées (miliaire et méningite)
 - Grand enfant: atteintes pulmonaires fréquentes, proches de celles de l'adulte.
- Tendance au développement rapide de la maladie chez l'enfant en bas âge, même immunocompétent ;
- Diagnostic plus difficile car la TB de l'enfant est paucibacillaire
- Traitement de TB chez l'enfant est souvent présomptif (IDR, notion de contagé tuberculeux dans la famille, méningite lymphocytaire avec hypoglucorrhachie,..)
- Intérêt de la prévention : BCG, dépistage autour des cas et traitement précoce et correct des cas.

(2) الأنظمة العلاجية الموحدة:

- السل الرئوي وسل العقد اللمفاوية السطحية: (2 RHZ/4RH) :
 - المرحلة الأولى: تدوم شهرين وتجمع بين ثلاث أدوية: ريفومبسين (15 مغ\كلغ دون تجاوز 600 مغ)، إيزونيازيد (10 مغ\كلغ دون تجاوز 600 مغ) وبيرازيناميد (35 مغ\كلغ)؛
 - مرحلة الاستمرار: مدتها 4 أشهر وتجمع بين: ريفومبسين (15 مغ\كلغ دون تجاوز 600 مغ) وإيزونيازيد (10 مغ\كلغ دون تجاوز 600 مغ).
- التهاب السحايا والدماع السلي وسل العظام والمفاصل (2 RHZE/10RH):
 - المرحلة الأولى: تدوم شهرين وتجمع بين أربعة أدوية: ريفومبسين (15 مغ\كلغ دون تجاوز 600 مغ)، إيزونيازيد (10 مغ\كلغ دون تجاوز 600 مغ)، بيرازيناميد (35 مغ\كلغ) وإيتونبيتون؛
 - مرحلة الاستمرار: مدتها 4 أشهر وتجمع بين: ريفومبسين (15 مغ\كلغ دون تجاوز 600 مغ) وإيزونيازيد (10 مغ\كلغ دون تجاوز 600 مغ).

.VIII الوقاية:

- يدخل التلقيح ضد داء السل ضمن البرنامج الوطني للتلقيح، ويطعم الطفل عند الولادة، حيث يمكن هذا التلقيح من حماية الأطفال ضد الأشكال الخطيرة لداء السل كالدخينة السلية والتهاب السحايا السلي؛
- تحول الوقاية الكيميائية دون انتقال عدوى السل إلى مرض السل عند الأطفال الذين تعرضوا حديثا للعدوى والتي تشمل إعطاء الإيزونيازيد لوحده بجرعة 5 مغ\كلغ اليوم لعدة 6 أشهر (ويمكن أن يرفق بمضادات عصيات أخرى ولكن لمدة أقل).

.IX الخلاصة:

- تتنوع الأشكال السريرية عند الأطفال عكس الكبار، حيث نلاحظ:
 - طغيان الأشكال التالية عند صغير السن: السل خارج الرئة (هضمي، عظمي...)، سل العقد اللمفاوية المنصفية والأشكال المنتثرة (دخينة سلية، التهاب السحايا السلي)؛
 - عند الطفل الكبير: تطغى الإصابة الرئوية، حيث تقترب من شكل الإصابة عند الكبار.
- يتطور المرض سريعا عند صغار السن رغم سلامة مناعتهم؛
- يعتبر تشخيص داء السل صعبا عند الطفل والرضيع نظرا لقلة العصيات السلية؛
- غالبا ما ينبى علاج داء السل عند الطفل على فرضية الطبيب باعتماد المعطيات التالية: اختبار داخل الأدمة، وجود عدوى داخل الأسرة، والتهاب السحايا اللمفاوي المصحوب بانخفاض نسبة السكر في السائل الدماغي السحائي؛
- التركيز على أهمية الوقاية والتي تتجلى في: اللقاح ضد السل، التحري حول الحالات المشكوك في إصابتها، وعلاجها المبكر الفعال.

La diarrhée aigue chez le nourrisson et l'enfant

Objectifs :

- Diagnostiquer une diarrhée aigue, une diarrhée persistante, une dysenterie et une toxi-infection alimentaire collective TIAC;
- Connaitre les mécanismes étio-pathogéniques de la DA en fonction du germe responsable ;
- Identifier les facteurs prédisposants à la DA ;
- Identifier les principales complications de la DA ;
- Évaluer et classer l'état de DHA ;
- Prescrire un plan de réhydratation ;
- Poser l'indication d'hospitalisation d'une DA ;
- Poser l'indication d'un bilan biologique et de l'antibiothérapie en cas de DA.

Plan :

- I. Définitions
- II. Epidémiologie
- III. Physiopathologie :
 1. Etiologies
 2. Transmission
 3. Mécanismes de la diarrhée en fonction de l'agent pathogène
 4. Mécanismes des pertes hydro- électrolytiques.
- IV. Diagnostic positif :
 1. Interrogatoire
 2. Examen clinique
 3. Examen paraclinique
- V. Formes cliniques
- VI. Diagnostic différentiel
- VII. Evolution et complication
- VIII. Traitement et Prophylaxie
- IX. Conclusion

الإسهال الحاد عند الطفل والرضيع

الأهداف:

- تشخيص الإسهال الحاد، الإسهال المستديم، الزحار والتسمم الغذائي الجماعي؛
- تحديد آلي أمراض المتعضية المسؤولة عن الإسهال الحاد؛
- تحديد العوامل المسؤولة عن حدوث الإسهال الحاد؛
- تحديد أهم مضاعفات الإسهال الحاد؛
- تقييم وتصنيف حالات الاجتفاف؛
- وصف برنامج للإمهاء؛
- تحديد دواعي اللجوء إلى إجراء الفحوصات البيولوجية، وإلى استعمال المضادات الحيوية عند حدوث الإسهال الحاد.

تصميم :

- I. تعريف
- II. وبائيات
- III. الفيزيولوجية المرضية :
 1. المسببات
 2. انتقال المتعضية الممرضة
 3. المتعضيات الممرضة والآليات
 4. آليات فقدان الماء والكهرليات
- IV. التشخيص الإيجابي:
 1. أخذ السيرة و السوابق
 2. الفحص السريري
 3. الفحوصات التكميلية
- V. المظاهر السريرية
- VI. التشخيص التفريقي
- VII. التطور والمضاعفات
- VIII. التدابير العلاجية والوقاية
- IX. خلاصة

I. Définition :

- **Une diarrhée est définie par:** un transit anormal par rapport au transit habituel. L'anomalie peut concerner la fréquence des selles (plus de 3 selles /jour), la consistance (liquides ou très molles) ou l'aspect (présence du sang).
- NB : le nourrisson allaité au sein peut faire de façon physiologique 6 à 7 selles par jour sans parler de diarrhée.
- **Une diarrhée est dite Aiguë (DA)** lorsqu'elle dure moins de 14 jours.
- **Une diarrhée est dite Persistante** lorsqu'elle dure plus de 14 jours et moins de 1 mois.
- **Une dysenterie** est définie par la présence de sang visible dans des selles anormales et confirmé par un professionnel de la santé.
- **Une Toxi-Infection Alimentaire Collectives (TIAC)** est l'association de diarrhée aiguë et de cas similaires ou d'épidémie à la suite d'un repas contaminant commun.

II. Epidémiologie:

- La diarrhée aiguë représente un problème majeur de santé publique dans le monde, essentiellement dans les pays en voie de développement

Tableau N°4 : Pourcentage de mortalité par diarrhée aiguë chez les enfants moins de 5 ans***

	Mondial	Maroc	Tunisie	France	Arabie saoudite	Suisse*	Guyana**
2000	12	10	7	1	4	0	80
2010	10	6	3	1	2	0	16

*Maximin de mortalité dans le Monde **minimim de mortalité dans le Monde

*** statistiques sanitaire mondiale de 2013 de l'OMS

- La diarrhée, maladie que l'on peut prévenir et traiter, est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans dans le monde en 2010 ;
- La diarrhée tue 760 000 enfants chaque année.
- Il y a environ 1,7 milliard de cas de diarrhée chaque année dans le monde.
- Ceci a nécessité la mise en place du Programme National de Lutte contre la Diarrhée PNLD qui entre dans le cadre du Programme National de prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant PCIME.
- Dans les pays en voie de développement, les bactéries entériques et les parasites sont plus fréquents que les virus contrairement aux pays industrialisés où les virus constituent la première cause de diarrhée aiguë.

I. تعريف :

- يعرف الإسهال بتحركات معوية غير طبيعية يمكن أن تتمثل في ازدياد الحاجة للتغوط (أكثر من 3 مرات في اليوم)، أو تغير اتساق البراز (لين أو سائل)، أو تغير شكله (وجود دم في البراز)؛
- ملاحظة : بالنسبة للرضيع الذي يتغذى على حليب أمه يمكن أن يصل عدد التغوط لديه إلى ست أو سبع مرات في اليوم، دون أن نتكلم عن إسهال.
- يعتبر الإسهال حادا إذا كانت مدة تطوره أقل من أربعة عشر يوما؛
- و يكون مستديما إذا تجاوزت مدة تطوره أربعة عشر يوما، دون أن تتعدى الشهر؛
- يعرف الزحار بوجود دم في البراز (مشاهد من طرف إطار طبي أو شبه طبي)؛
- التسمم الغذائي الجماعي هو حالة إسهال حاد عند شخص، بالإضافة إلى وجود حالة مشابهة أو وباء عند أشخاص آخرين بعد أكل وجبة مشتركة ملوثة.

II. وبائيات :

- يعد الإسهال من الأمراض الأكثر خطورة على الصحة العامة عبر العالم وخصوصا في الدول النامية؛

الجدول رقم 4: نسبة الوفيات الناتجة عن الإسهال الحاد عبر العالم عند الأطفال أقل من 5 سنوات***

العالم	المغرب	تونس	فرنسا	السعودية	سويسرا*	كوانا**
2000	10	7	1	4	0	80
2010	6	3	1	2	0	16

*أكثر نسبة الوفيات في العالم**أقل نسبة الوفيات في العالم

***إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2013

- يعد الإسهال مرضا يمكن علاجه والوقاية منه، ورغم ذلك فهو يشكل ثاني سبب للوفيات عند الأطفال أقل من 5 سنوات، حيث يتسبب في وفاة ما يزيد عن 760000 طفل سنويا عبر العالم، كما تسجل حوالي 1,7 مليار حالة إسهال في العالم سنويا، مما استوجب وضع برنامج وطني للحد من الإسهال PNLD، والذي يدخل في إطار التدبير العلاجي المندمج لأمراض الطفل PCIME.
- تعد البكتريات المعوية والطفيليات الأسباب الشائعة للإسهال الحاد في الدول النامية على عكس الدول الصناعية حيث تشكل الفيروسات المسبب الأول للإسهال الحاد.

- Certains facteurs prédisposent à la survenue de la diarrhée :
 - L'âge : avant 2 ans (pic entre 6 et 11 mois) ;
 - L'hypotrophie et la malnutrition ;
 - Le déficit immunitaire ou immunosuppression ;
 - Le caractère saisonnier:
 - ✓ Été : *Escherichia coli*, *Salmonelle*, *Shigelles* ;
 - ✓ Hiver : *Rotavirus*.

II. Physiopathologie :

1. Etiologie :

- **Infection digestive:** diarrhée entérale :

✓ **Diarrhées virales:** les virus : qui sont responsables de 80 % diarrhées aiguës du nourrisson, essentiellement la *Rotavirus* qui est la principale cause de gastroentérite sévère déshydratante chez l'enfant, les selles sont liquides et abondantes, quelquefois sanglantes, la fièvre est élevée, l'atteinte générale et les vomissements fréquents, les convulsions hyperthermiques et un syndrome inflammatoire biologique possible (par exemple, taux de protéine C réactive très élevé), et en plus elle donne des épidémies en collectivités surtout hivernale. D'autres virus sont impliqués notamment : *Entérovirus*, *Adénovirus* ...

✓ **Diarrhées bactériennes :** Les bactéries : *Escherichia Coli*, *Salmonella* (représente 5 à 10 % des diarrhées aiguës du nourrisson et responsable parfois d'épidémie plutôt estivales), *Shigella*, *Compylobacter*, *Yersinia enterocolotica*, *Clostridium difficile*...

✓ **Diarrhée parasitaires:** les parasites: *Giardia*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba hystolytica*.

- **Diarrhée d'accompagnement:** ce type de diarrhée peut accompagner une infection (otite, une infection urinaire, une méningite, ou une staphylococcie pleuro-pulmonaire) ou être secondaire à une prise médicamenteuse (antibiotique, laxatif, antidiabétique, AINS).

- تعد بعض العوامل مؤهبة للإسهال، نذكر منها :
- السن: قبل سن الثانية خصوصا بين الشهر السادس والحادي عشر؛
- وزن الولادة المنخفض وسوء التغذية ؛
- ضعف المناعة أو كبت المناعة؛
- الفصول، مثلا:
- ✓ في فصل الصيف: تتكاثر الإشريكية القولونية (*Escherichiacoli*)، السلمونية (*salmonelle*)، الشيغيلة (*shigelles*)؛
- ✓ في فصل الشتاء: تتكاثر الفيروسات العجلية (*Rotavirus*) .

.III الفيزيولوجية المرضية :

1. أسباب الإسهال:

- التهاب المعدة والأمعاء: إسهال معوي
- إسهال فيروسي: % 80 من حالات الإسهال الحاد عند الرضيع ناتجة عن الفيروسات، خصوصا الفيروسات العجلية التي تعد المسؤولة الأولى عن التهاب المعدة والأمعاء المؤدية إلى الاجتفاف عند الطفل. يتميز هذا الشكل من الإسهال ببراز سائل ووفير وأحيانا يحتوي على دم، كما تظهر على الطفل الأعراض التالية: حمى، قيء وتدهور الحالة العامة مع إمكانية حدوث اختلاج ناتج عن فرط الحرارة. كما تكون هذه الأعراض مصحوبة بمتلازمة التهابية بيولوجية. وقد يشكل الإسهال الحاد الناتج عن الفيروسات العجلية وباءا في الحضانات خاصة في فصل الصيف؛
- الفيروسات الأخرى: الفيروسات المعوية (*Entérovirus*) و الفيروسات العدائية (*Adénovirus*).
- إسهال بكتيري: تسببه خصوصا: الإشريكية القولونية (*Escherichiacoli*) (عصوية)، السلمونية (*Salmonelle*) حيث تشكل 5 إلى 10 % من حالات الإسهال الحاد عند الرضيع (السلمونية التيفية الفأرية)، وهي عدائية وأحيانا وبائية خاصة في فصل الصيف، الشيغيلة (*Shigelle*)، اليرسينية الملهبة للمعي والقولون (*Yersiniaenterocolotica*) والميدائية العسيرة (*Clostridiumdifficile*) .
- إسهال طفيلي:
- ✓ تتمثل أهم الطفيليات المسببة لهذا النوع من الإسهال في: الجيارديا (*Giardia*)، المتحولة الحالة للنسيج (*Cryptosporidium*) وحفية الأبواغ (*Entamoebahystolytica*) .

ب. إسهال مصاحب:

- يمكن لهذا النوع من الإسهال أن يصاحب بعض التعففات (مثل التهاب الأذن، التهابات بولية، التهاب السحايا أو التهاب الرئة والجنبة بالعنقودية)، أو ينتج عن أخذ بعض الأدوية (المضادات الحيوية، ملينات، مضادات السكري، مضادات الالتهاب الغير الستيرويدية).

2. Transmission :

- La transmission se fait par voie oro-fécale, soit directe par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés, soit indirecte par transmission manu-portée.
- Cette transmission est favorisée par:
 - L'allaitement artificiel durant les 6 premiers mois, même partiel ;
 - L'utilisation des biberons à hygiène défectueuse;
 - La conservation d'aliments cuits à T° ambiante;
 - La consommation d'eau non potable;
 - La mauvaise hygiène des mains;
 - L'élimination non hygiénique des excréments.

3. Les mécanismes de survenue de la diarrhée :

Ces mécanismes sont classés en fonction de l'agent pathogène :

a. Diarrhée aigue virale :

- Le *Rotavirus* : Le plus fréquent ;
- Il agit par destruction et raccourcissement des villosités qui vont être remplacées par des entérocytes immatures et sécrétoires et après une période de 2 à 4 jours le virus sécrète une toxine sécrétoire (NSP4) qui interfère avec le mécanisme de régulation des mouvements hydro-électrolytique ce qui est responsable de :
 - perte de l'activité enzymatique des disaccharidase (mal digestion des disaccharides: lactose, saccharose +++);
 - sécrétion importante d'eau et d'électrolytes.

b. Diarrhées aigues bactériennes :

1. Mécanisme entéro-invasif :

- Au début les bactéries envahissent les entérocytes et s'y multiplient jusqu'à destruction de la muqueuse intestinale surtout au niveau du colon et de la partie distale de l'iléon avec formation des micro-abcès et des ulcérations superficielles ;
- Les bactéries impliquées sont les *Shigelles*, les *Salmonellse*, les *Campylobacters jejuni*, les *Escherichia coli entéro-invasives* ;
- Ce mécanisme est responsable de diarrhée avec des selles glairo-sanglantes parfois purulente, fièvre, douleurs abdominales et AEG et il y a avec un risque de diffusion septicémique.

2. انتقال المتعضفة الممرضة :

- تنتقل المتعضفة الممرضة عبر الطريق الفموي-البرازي: إما مباشرة باستهلاك ماء أو طعام ملوث أو بطريقة غير مباشرة عبر الأيدي الملوثة؛
- كما أن بعض العوامل المساعدة تزيد من احتمال الإصابة بالإسهال منها:
 - الرضاعة الصناعية خلال الأشهر الست الأولى (ولو جزئية)؛
 - استعمال زجاجات رضاعة غير نظيفة؛
 - حفظ الحليب المغلى في درجة حرارة غير مناسبة؛
 - اسهلاك الماء الغير الصالح للشرب؛
 - عدم العناية بنظافة اليدين؛
 - التخلص غير الصحي من النفايات.

3. آليات حدوث الإسهال: تصنف آليات اللامراض حسب المتعضفات المسببة للإسهال :

أ. إسهال حاد فيروسي :

- تعمل الفيروسة العجلية (وهي الأكثر شيوعا) على تخريب وتقشير الزُّغابات، ثم تعويضها بخلية معوية غير ناضجة ومفرزة، بعد يومين إلى 4 أيام يفرز الفيروس ديفانا (NSP4) يتداخل مع آلية تنظيم حركة الكهريات ، وبالتالي حركة الماء، مما يسبب فقدان النشاط الأنزيمي لثنائي السكر يداز(سوء هضم ثنائي السكريدات: لاكتوز، السكروز)، وبالتالي إفراز مهم للماء والكهريات.

ب. إسهال حاد بكتيري:

1. آلية معوية جائرة:

- تعمل هذه الآلية على تكاثر البكتيريات داخل الخلايا واجتياح المخاط المعوي خاصة على مستوى المعى الغليظ والجزء الأخير للفاقي مما يسبب تقرحات سطحية وخارجا دقيقا جدا؛
- البكتيريات المسؤولة: الشَّعْلَةُ، السَّلْمُونِيَّة، العَطِيفَةُ المعوية، الإَشْرِيكِيَّة القَوْلُونِيَّة المعوية الجائرة؛
- تؤدي هذه الآلية إلى ظهور إسهال يتميز ببواز آحي دموي وأحيانا قيحي مصحوب بحمى، كما يمكن أن تتسبب في آلام البطن وتدهور الحالة العامة، كما تشكل خطر تسمم الدم.

2. Mécanisme entéro-toxinogène :

- Le micro-organisme se fixe à la surface de la muqueuse intestinale sans la détruire mais sécrète une toxine qui va interférer avec les mécanismes de régulation des mouvements électrolytiques et donc hydriques ;
- Les bactéries impliquées sont: *Esherichia coli* entéro-toxinogène, *Vibrion cholerae* ;
- Ce mécanisme est responsable de diarrhée avec des selles liquides profuses et des pertes hydro-électrolytiques importantes et il y a un risque de déshydratation.

c. Diarrhée aigue parasitaire :

- Certaines parasites agissent par adhérence à la muqueuse (*Giardia*, *Cryptosporidium*) et d'autres par invasion de la muqueuse (*Entamoeba hystolytica*)
- NB : 90% des souches sont non virulentes et responsables de portage chronique asymptomatique.

4. Mécanismes des pertes hydro-électrolytiques :

Les pertes hydro-électrolytiques en cas de diarrhée se font par :

- Inhibition de l'absorption par l'entérocyte (germe invasif ou toxinique) ;
- Hypersécrétion digestive (toxine cholérique) ;
- Exsudation liée à la réaction inflammatoire (germe invasif).

IV. Diagnostic positif :

1. Interrogatoire :

- Préciser les caractéristiques de la diarrhée:
 - la durée d'évolution aigue (<14j) ou persistante (>14j) ;
 - les caractéristiques des selles :
 - ✓ Nombre/jour - Volume approximatif ;
 - ✓ Consistance : allant de selles molles à des selles liquides profuses ;
 - ✓ Aspect : aqueux (cholériforme, mécanismes : entérotoxinique, hypersécrétoire), présence de sang (dysenterie, mécanismes entéroinvasif) ;
- Chercher les signes associés: fièvre (*Rotavirus*), vomissements, convulsions (fièvre, trouble hydro-électrolytique ou HSD) ;
- Chercher les signes d'une autre localisation infectieuse : ORL, urinaires, pulmonaires...
- Préciser les mesures diététiques et/ou thérapeutiques déjà mises en route.

2. آلية منتجة للديفان المعوي:

- تلتصق البكتيريات بالمخاط المعوي دون أن تجتاحه، ولكنها تفرز ديفانا يتداخل مع آلية تنظيم حركة الكهريات، وبالتالي حركة الماء؛
- البكتيريات المسؤولة: الإشريكية القولونية المفترزة للديفان المعوي وضمة الكوليرا؛
- تؤدي هذه الآلية إلى ظهور إسهال على شكل براز سائل جدا، مع فقدان كميات هائلة من الماء والكهريات، مما يشكل خطر الاجتفاف.

ج. اسهال حاد طفيلي :

- تعمل بعض الطفيليات على الالتصاق بالمخاط مثل الجيارديا والمثحولة الحائلة للنسيج و يعمل بعضها الآخر على إغاراته مثل حفية الأبواغ؛
- ملاحظة: 90% من الطفيليات الغير المفوعة مسؤولة عن حمل مزمن للمتعضية دون ظهور أعراض .

4. آليات فقدان الماء والكهريات :

في حالة الإسهال الحاد يتم فقدان الماء والكهريات عن طريق الآليات التالية :

- منع امتصاص الماء من طرف الخلية المعوية (متعضية جائرة أو منتجة للديفان)؛
- تزايد إنتاج الإفرازات الهضمية (ديفان الكوليرا)؛
- تشكل نضح مقرون بتفاعل التهابي (متعضية جائرة).

IV. التشخيص الإيجابي :

1. أخذ السيرة والسوابق :

- تحديد خصائص الإسهال؛
 - تحديد مدة تطوره: حاد (<14 يوما) أو مستديم (>14 يوما)؛
 - تحديد خصائص البراز: عدد مرات التغوط في اليوم ، الحجم التقريبي للبراز ، شكل البراز: مائي (آلية منتجة للديفان المعوي مع إفراط في الإفراز)، أو وجود دم (آلية جائرة)؛
- البحث عن علامات مصاحبة مثل : الحمى (الفيروسية العجلية)، التقيء والاختلاج (الذي يمكن أن يكون ناتجا عن الحمى، اضطراب كهرمائي أو عن ورم دموي تحت الجافية)؛
- البحث عن علامات تعفنفة أخرى: حنجرية، بولية أو تنفسية؛
- تحديد التدابير الغذائية والعلاجية التي سبق اعتمادها في علاج الإسهال الحاد.

2. Examen clinique:

Le but d'un examen clinique complet est:

- Evaluation de l'état d'hydratation (voir plus loin).
- Chercher les signes de septicémie: choc septique, teint gris, sclerème chez le nouveau-né ;
- Chercher d'autres foyers infectieux: diarrhée d'accompagnement d'une autre pathologie: staphylococcie pleuro pulmonaire, méningite, otite...
- Chercher d'autres localisations infectieuses (exemple de septicémie à *Salmonelle* peut donner une méningite ou une arthrite) ;
- Evaluation du terrain: malnutrition, hypotrophie, infection à répétition (déficit immunitaire)...

3. Examen paraclinique:

- Dans les formes bénignes aucun bilan n'est demandé ;
- Un bilan hydro-électrolytique est demandé en cas de déshydratation sévère car il y'a un risque d'hyponatrémie ou insuffisance rénale fonctionnel ;
- En cas de suspicion d'infection bactérienne digestive ou autre: on demande le nombre de globule blanc, la c-réactive protéine (CRP), l'hémoculture, la coproculture, et l'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU)
- L'indication de coproculture est limitée aux situations suivantes :
 - DA glairo-sanglante ;
 - DA fébrile si contexte de septicémie (marbrure, extrémités froides, oligurie...) ;
 - DA fébrile chez un nourrisson moins de 3 mois ;
 - Malnutrition et immunodépression ;
 - DA avec contexte de choléra ou TIAC ;
 - DA fébrile persistante malgré une prise en charge correcte et absence de foyer infectieux évident extra intestinal.

2. الفحص السريري: يهدف الفحص السريري إلى :

- تقييم حالة التمية عند الطفل؛
- البحث عن علامات تسمم الدم: كالصدمة الانتنائية، التلون الرمادي للجلد والصلدمة عند الرضيع الصغير؛
- البحث عن بؤر تعفنفة أخرى: كالتهاب الرئة والجنبة بالعنقودية والتهاب السحايا؛
- البحث عن مواقع تعفنفة ثانوية (تسمم الدم الناتج عن السلمونية يمكن أن يسبب التهاب السحايا أو التهاب المفاصل)؛
- تقييم الحالة الصحية للطفل: سوء التغذية ، وَزُنُّ الوِلادَةِ الْمُخَفِّضُ ، أمراض تعفنفة متكررة (ضعف المناعة) ...

3. الفحوصات التكميلية :

- لا يحتاج المريض إلى إجراء أي فحص تكميلي في الحالات الحميدة؛
- يطلب اختبار كهرمائي في حالة الاجتفاف الوخيم للبحث عن نقص الصوديوم في الدم، أو القصور الكلوي الوظيفي؛
- يستلزم احتمال إصابة المريض بتعفن بكتيري (في جهازه الهضمي أو أي جهاز آخر) إجراء الاختبارات التالية : عدّ الكريات البيضاء ، بروتين الالتهاب CRP، زرع الدم، زرع البراز والفحص الخلوي-البكتيري للبول.
- تنحصر دواعي زرع البراز في الحالات التالية:
 - إسهال حاد دموي-بلغومي،
 - إسهال حاد مصحوب بحمى في حالة تسمم الدم؛
 - إسهال حاد مصحوب بحمى عند الرضيع أقل من ثلاثة أشهر، أو رضيع يعاني من سوء التغذية أو ضعف المناعة؛
 - إسهال حاد داخل إطار وباء الكوليرا، أو التسمم الغذائي الجماعي؛
 - إسهال حاد مصحوب بحمى مستديمة رغم تتبع علاج مناسب، وإقصاء إمكانية وجود أي بؤرة تعفنفة خارج الجهاز الهضمي؛

V. Formes Clinique :

On distingue deux types de diarrhées :

- Diarrhée liquidienne ou cholériforme: souvent bénigne mais il y'a un risque important de déshydratation ; L'étiologie virale est évoquée en premier (présente 80 % des diarrhées du nourrisson (*Rotavirus*), et les causes bactériennes sont moins fréquentes (choléra, salmonella).
- Dysenterie: Caractérisée par la présence de sang dans les selles. Elle est due à des germes invasifs avec un risque de septicémie. Les bactéries impliquées sont: *Shigelles*, *Salmonelles non typhoïdiques*, *Amibes*(grand enfant).

VI. Diagnostic différentiel

- **Urgence chirurgicale** : invagination, occlusion sur bride et appendicite aiguë, devant des antécédents chirurgicaux, douleur abdominale aiguë de début brutal et spontanément résolutive et un tableau de gastro-entérite avec vomissements.
- **Infection extra-digestive** : devant des antécédents néphrologiques, neurologiques ou ORL et même si la diarrhée est en apparence isolée.

VII. Evolution et complication :

- La grande majorité des cas de diarrhée aiguë présumée infectieuse guérit spontanément.
 - Certaines complications peuvent survenir :
 - la perte d'eau et de sels minéraux qui aboutit à la déshydratation ;
 - des troubles de la motricité digestive ;
 - l'intolérance secondaire possible aux sucres (lactose) ;
 - l'intolérance secondaire aux protéines de lait de vache ;
 - hématome sous durale compliquent une déshydratation.
- La majeure complication de la diarrhée aiguë est la déshydratation :
- **La déshydratation** se définit par : un déficit hydro-électrolytique corporel d'installation rapide.
 - Pour évaluer l'état d'hydratation 4 paramètres cliniques sont utilisés selon le programme de prise en charge intégré des maladies de l'enfant (PCIME):
 - ✓ L'état général ;
 - ✓ La soif ;
 - ✓ L'état des yeux ;
 - ✓ Le pli cutané.

V. المظاهر السريرية: هناك نوعان من الإسهال:

- إسهال سائلي أو شبيه بالكوليرا: غالبا ما يكون حميدا، ولكن ه مصحوب بخطر الاجتفاف. ينتج هذا النوع من الإسهال عن فيروسات في 80% من حالات الإسهال الحاد عند الرضيع (خاصة الفيروسية العجالية)، وتتنحصر الأسباب البكتيرية القليلة في الكوليرا والسلمونية؛
- الزُّحار: ينتج الزحار عن متعضية جائرة، مع خطر الإصابة بتسمم الدم مثل الشغيلة، والسلمونية الغير التيفية وداء الأميبات (خصوصا عند الطفل الكبير).

VI. التشخيص التفريقي:

- استعجال جراحي: انغلاف، وانسداد التصاقي والتهاب الزائدة الحاد، خاصة إذا كان للمريض سوابق جراحية، كما أن الألم في هذه الحالة يتميز بنوبات حادة وفجائية، مصحوب بمظهر لالتهاب المعدة والأمعاء مع حدوث قيء.
- تعفونات خارج الجهاز الهضمي: أمام سوابق أو أعراض كلوية، عصبية أو أنفية-أذنية-حنجرية، وحتى لو كان الإسهال منفردا لا يجب حذف هذه الفرضية.

VII. التطور والمضاعفات :

- تشفى أغلب حالات الإسهال الحاد تلقائيا؛
 - أحيانا يمكن حدوث بعض المضاعفات، نذكر منها:
 - فقدان الماء والأملاح المعدنية مما يؤدي إلى الاجتفاف؛
 - اضطراب الحركة الهضمية؛
 - عدم التحمل الثانوي للسكريات (لاكتوز)؛
 - عدم التحمل الثانوي لبروتينات حليب البقر (ارتفاع النفودية المعوية)؛
 - تكون ورم دموي تحت الجافية ناتج عن الاجتفاف.
- ← يعد الاجتفاف من أخطر المضاعفات التي يمكن أن يصاب بها المريض.

• الاجتفاف:

- يعرف الاجتفاف بنقص سريع في الماء والكهرليات ، ويتم تقييمه انطلاقا من 4 علامات سريرية حسب ما جاء في البرنامج الوطني للتدبير العلاجي المندمج لأمراض الأطفال، وهي :
 - ✓ الحالة العامة؛
 - ✓ العطش؛
 - ✓ حالة العينين؛
 - ✓ الطية الجلدية.

Tableau N° 5: Evaluation du degré de DHA de l'enfant diarrhéique

	DHA-A	DHA-B	DHA-C
	Légère	Modérée	Sévère
	Perte de poids < 5% du poids corporel	Perte de poids entre 5 et 10 %	Perte de poids > 10%
État général	Bon, alerte	Agité, irritable	Abattu, inconscient
Yeux	Normaux	Enfoncés	Très enfoncés
Soif	Boit normalement	Assoiffé, boit avidement	Boit peu ou incapable de boire
Pli cutané	Revient rapidement	Pli Pâteux	Pli persistant (>2 secondes)
Conclusion	DHA infra-clinique	DHA modérée : l'enfant à 2 signes ou plus	Si DHA sévère : si l'enfant à 2 signes ou plus

- La gravité de la déshydratation est stadifier en fonction du poids perdu :
 - Évaluation de la perte du poids : **Poids antérieur récent-Poids actuel** (souvent le poids antérieur n'est pas toujours disponible, sauf si la croissance de l'enfant est correctement suivie. Sinon, on ne tient pas compte de cette évaluation).
- Parfois signes de collapsus associés:
 - Tachycardie, pouls filant ;
 - Hypotension ;
 - Marbrures ;
 - Allongement du temps de recoloration cutané TRC > 3 s.

VIII. Traitement et Prévention :

1. Traitement de la DA :

- Eliminer d'abord les signes de gravité:
 - Etat de choc par déshydratation sévère ou choc septique ;
 - Trouble respiratoire (polypnée...) ;
 - Trouble neurologique (agitation, trouble de conscience...).

الجدول رقم 5: تقييم درجة اجتفاف الطفل الذي يعاني من الإسهال

اجتفاف مرحلة أ: هين	اجتفاف مرحلة ب: معتدل	اجتفاف مرحلة ج: وخيم
فقدان > 5% من وزن الجسم	فقدان بين 5 و 10% من وزن الجسم	فقدان < 10% من وزن الجسم
الحالة العامة	متدهج	متردية/فاقد الوعي
العيون	عائرتين	عائرتين
العطش	عطشان يشرب بشراهة	يشرب قليلا أو غير قادر على الشرب
الطية الجلدية	طية معجونية	طية مستديمة
خلاصة	اجتفاف تحت سريري	اجتفاف وخيم إذا ظهرت على الطفل علامتين أو أكثر

- تصنف خطورة الاجتفاف حسب الوزن المفقود والذي يُقَيَّم كالتالي :
 - الوزن القبلي - الوزن الحالي (لا تتوفر غالبا على الوزن القبلي للطفل إلا في حالة المتابعة الجيدة لنموه، إذ يمكن عدم الاعتماد على هذه المعادلة).
 - وقد يكون الاجتفاف مصحوبا بعلامات الوهط التي تتمثل في :
 - تسرع ضربات القلب؛
 - هبوط الضغط؛
 - نبض ضعيف؛
 - جلد دوا لون رخامي؛
 - طول زمن عودة اللون الاعتيادي؛
- VIII. التدابير العلاجية والوقائية:**
- 1. علاج الإسهال الحاد:**
- يجدر البحث عن علامات الاخطار قبل البدء بالتدابير العلاجية، والتي تتمثل في :
 - حالات الصدمة الناتجة عن الاجتفاف الوخيم أو عن تسمم الدم؛
 - اضطراب تنفسي؛
 - اضطراب عصبي.

- Indication d'hospitalisation:
 - La déshydratation tableau C avec ou sans collapsus ;
 - La déshydratation tableau B réfractaire à la réhydratation orale ;
 - Des signes de septicémie ;
 - D'autres infections indiquant l'hospitalisation ;
 - La dysenterie chez le nourrisson ;
 - La diarrhée fébrile chez un nourrisson de moins de 3 mois ;
 - Un terrain de malnutrition sévère ou de déficit immunitaire.
- Les indications de l'antibiotique sont :
 - Une dysenterie ;
 - Une diarrhée fébrile chez un nourrisson moins de 3 mois ;
 - Un collapsus qui ne répond pas au remplissage ;
 - Des signes d'infection systémique (septicémie) ;
 - Un syndrome cholériforme avec contexte d'épidémie de choléra ;
 - Un autre foyer infectieux indiquant l'antibiothérapie ;
 - Un terrain fragilisé : la malnutrition sévère ou déficit immunitaire congénital ou acquis.
- Après avoir posé l'indication on commence par une antibiothérapie probabiliste :
 - Salmonelle : ciprofloxacine 15 mg/kg 2 fois/j pd 3 jours ou C3G;
 - Shigelle : ciprofloxacine 15 mg/kg 2 fois/j pd 3 jours ou C3G;
 - Campylobacter : ciprofloxacine 15 mg/kg 2 fois/j pd 3 jours ou C3G;
 - Choléra : tétracyclines 12.5 mg/kg 4 fois/jours pd 3 jours, (alternative :Erythromycine 12.5 mg/kg 4 fois/jours pd 3 jours) ;
 - Giardia : méronidazol 10 mg/kg 3 fois/j pd 5 jours ;
 - Amibiase: méronidazol 10 mg/kg 3 fois/j pd 7 à 10 jours.
- **NB** : l'antibiothérapie pour une infection extradiigestive (ORL, urinaire, etc...) reste justifiée.

- تستدعي بعض الحالات استشفاء المريض، وتتجلى في :
 - اجتفاف المرحلة "ج" في حالة وجود أو غياب وهط؛
 - اجتفاف المرحلة "ب" بعد الاخفاق في علاجه بالإمهاء الفموي؛
 - علامات تسمم الدم؛
 - تعففات أخرى تستوجب الاستشفاء؛
 - زحار عند الرضيع؛
 - إسهال حموي عند الرضيع أقل من ثلاثة أشهر؛
 - حالات سوء التغذية الوخيمة أو ضعف المناعة؛
- دواعي استعمال المضادات الحيوية :
 - الزحار؛
 - إسهال حموي عند الرضيع أقل من ثلاثة أشهر؛
 - وهط لا يستجيب للعلاج؛
 - علامات تسمم الدم؛
 - متلازمة شبيهة بالكوليرا داخل إطار وباء الكوليرا؛
 - بؤرة تعفنفة أخرى تستوجب استعمال المضاد الحيوي؛
 - سوء التغذية الوخيم؛
 - ضعف المناعة الخلقي أو المكتسب.
- في حالة وجود داع لاستعمال المضاد الحيوي تكون عملية اختياره مهمة جدا :
 - السلمونية: كلاموكسيل أو باكتريم؛
 - الشغيلة: سيبروفلوكساسين 15 مغ/كلغ مرتان في اليوم، لمدة 3 أيام أو سيفالوسبورين الجيل الثالث؛
 - العطفية: سيبروفلوكساسين 15 مغ/كلغ مرتان في اليوم، لمدة 3 أيام أو سيفالوسبورين الجيل الثالث؛
 - الكوليرا: تيتراسيكلين 12,5 مغ/كلغ 4 مرات لمدة 3 أيام (البديل: إيريتروميسين 12,5 مغ/كلغ 4 مرات مدة 3 أيام)؛
 - جيارديا: ميترونيدازول 5 مغ/كلغ 3 مرات في اليوم لمدة 5 أيام؛
 - أميبا: ميترونيدازول 5 مغ/كلغ 3 مرات في اليوم لمدة 7 إلى 10 أيام.
- ملحوظة: يبقى استعمال المضاد الحيوي مبررا في حالة الإصابة بتعففات خارج الجهاز الهضمي (أنفية-أذنية-حنجرية، بولية...)

- Insister sur la prise en charge nutritionnelle qui consiste à :
 - Encourager l'allaitement maternel ;
 - Proscrire les diètes qui peuvent aboutir à la dénutrition ;
 - Prescrire le lait avec protéine de lait de vache hydrolysé (Alfaré*, Pepti-junior*) pour les nourrissons de moins de 3 mois ;
 - Prescrire un lait sans lactose (sans dissaccharides car les dissaccharidases sont altérées) pendant 5 à 10 jours (Ce sont les laits AD : Antidiarrhéiques) pour les nourrissons de plus de 3 mois ;
 - Prescrire une alimentation diversifiée (riz, viandes, carottes, pomme de terre, banane, pomme, yaourts naturels,...) pour les grands nourrissons.
 - Suppléments de zinc: 20mg pendant 10 à 14 jours (10 mg pour les nourrissons moins de 6 mois). Ils réduisent de 25% la durée de l'épisode diarrhéique et de 30% le volume des selles.

2. Traitement de la déshydratation :

- Le traitement de la déshydratation consiste à la réhydratation :
- **En cas de déshydratation tableau A** : sur diarrhée d'allure virale la prise en charge se fait à domicile en respectant les 3 règles:
 1. Réhydratation par voie orale par solutions de réhydratation orale (selon l'OMS: un sachet dans un litre d'eau à donner progressivement à la cuillère) ;
 2. Conseils hygiéno-diététiques ;
 3. Expliquer à la mère quand revenir à la consultation (apparition des signes de gravité).
- **Dans le cadre de déshydratation tableau B:**
 - La réhydratation est orale mais sous surveillance médicale soit à l'hôpital de jour ou au centre de santé par la solution de réhydratation orale (SRO) ; 80 à 100 ml/Kg/4 heures ,après 4 heures, on évalue l'état d'hydratation, si il y'a un passage du tableau B au tableau A adressé le malade à domicile ; Si persistance du tableau B un deuxième schéma est indiquée (80 à100 ml de SRO/kg/4h) ; Et si toujours le tableau B après cette deuxième Schéma, l'enfant nécessite une hospitalisation.

- التدبير العلاجي المتعلق بالنظام الغذائي:
 - تشجيع الرضاعة الطبيعية؛
 - التحذير من اتباع أية حمية في حالة الإسهال، إذ قد تسبب خطر الامتناع عن التغذية؛
 - من المستحب أن يأخذ الرضيع أقل من ثلاثة أشهر حليباً خالياً من بروتينات حليب البقر (Alfaré*, Peptijunior*)؛
 - أما الرضيع الذي يتجاوز الثلاثة أشهر، فيستحب أن يأخذ حليباً خالياً من "اللاكتوز" (بسبب وجود خلل في وظيفة أنزيم ثاني السكاريداز) لمدة خمس إلى عشر أيام (وهو حليب مضاد للإسهال)؛
 - كما يجب على الرضيع الكبير أن يحظى بتغذية متنوعة (أرز، لحم، جزر، بطاطس، موز، ياغورت طبيعي...)
 - إضافة الزنك للعلاج: 20 مغ لمدة 10 إلى 14 يوماً (10 مغ بالنسبة للرضيع أقل من 6 أشهر)، حيث يمكن من تقليص مدة الإسهال بنسبة 25 %، ويخفض من حجم البراز بنسبة 30 %.

2. علاج الاجتفاف: يعتمد علاج الاجتفاف على الإمهاء :

- اجتفاف المرحلة "أ":
 - ينتج غالباً عن إسهال فيروسي ويتم علاجه في البيت مع احترام القواعد الثلاثة التالية:
 1. إمهاء عن طريق الفم بسائل الإمهاء الفموي (كيس في لتر من الماء يعطى تدريجياً بالملعقة)
 2. تطبيق النصائح التي تخص النظافة والنظام الغذائي؛
 3. شرح الحالات التي تستوجب إرجاع الطفل للاستشارة الطبية للأمام (ظهور علامات الاختطار).
- اجتفاف المرحلة "ب":

- تعالج هذه المرحلة "ب" بإمهاء فموي تحت المراقبة الطبية في المستشفى اليومي أو المركز الصحي، بللاعتقاد على سائل الإمهاء الفموي (80-100 مل/كلغ / 4 ساعات)؛
- بعد مرور أربع ساعات نقوم بتقييم حالة الاجتفاف:
 - ✓ إذا مر المريض للمرحلة "أ": يمكن إتمام العلاج بالبيت؛
 - ✓ إذا استمرت المرحلة "ب": نعيد نفس العلاج؛
 - ✓ إذا استمرت المرحلة "ب" رغم إعادة نفس العلاج لمرّة ثانية: يجب إدخال المريض للمستشفى؛
 - ✓ إذا انتقل المريض للمرحلة "ج": يجب إدخاله للمستشفى.

- En cas de déshydratation tableau C:

- L'enfant doit être hospitalisé et réhydraté par voie intraveineuse :
 - ✓ Si collapsus: le remplissage se fait par sérum salé (20 ml/Kg/15 min) à reprendre si toujours collapsus ;
 - ✓ Si pas de collapsus: réhydratation se fait par sérum glucosé 5% avec des électrolytes ; selon le schéma suivant:
 - Avant 1 an : 30 ml /Kg en 1h puis 70 ml / Kg en 5h ;
 - Après 1 an : 30 ml /Kg /en 30 mn puis 70 ml / Kg en 2h30.

IX. Prévention :

- Encourager l'allaitement maternel par le rôle immunologique du lait de femme ;
- Insister sur l'hygiène alimentaire de l'enfant: stérilisation des biberons et tétines ;
- Veiller sur l'hygiène des collectivités d'enfants surtout par l'isolement des enfants porteurs de germes contagieux (*Rotavirus*) ;
- Eduquer les enfants sur l'hygiène +++ (lavage des mains) ;
- Veiller sur la qualité de l'eau de boisson ;
- Usage systématique des SRO en cas de diarrhées ;
- **Vaccination anti-rota virus:** 2 doses orales sont suffisantes : La première dose à l'âge de 2 mois et la deuxième à l'âge de 3 mois.

X. Conclusion :

- DA à *Rotavirus* très fréquente chez le nourrisson ;
- Nécessité d'un examen clinique complet à la recherche des signes de septicémie ou autres foyers infectieux ;
- Evaluer la DHA pour une réhydratation adéquate: SRO ou intraveineuse ;
- Reconnaître : Dysenterie, TIAC, Choléra ;
- Insister sur la prévention.

- اجتفاف المرحلة "ج": تستوجب هذه المرحلة الاستشفاء والإمهاء عن طريق الوريد؛

- في حالة وجود وهط : يتم تعويض الماء بمصل مالح 20 مل/كلغ/15 دقيقة مع إعادة نفس البرنامج إن لم يتحسن المريض؛
- أما في حالة غياب الوهط : يتم الإمهاء بمصل غلوكوزي 5% مع إضافة الكهليليات، ويختلف الإمهاء حسب السن:
 - ✓ قبل السنة الأولى: 30 مل/كلغ/ خلال الساعة الأولى، ثم 70 مل/كلغ/ خلال الخمس ساعات الموالية؛
 - ✓ بعد السنة الأولى: 30 مل/كلغ/ خلال 30 دقيقة، ثم 70 مل/كلغ/ خلال ساعتين ونصف.

IX. الوقاية من الإسهال الحاد:

- تشجيع الرضاعة الطبيعية التي تلعب دورا مناعيا مهما؛
- الحرص على النظافة الغذائية: تعقيم زجاجات الرضاعة؛
- الحرص على النظافة الجماعية للأطفال: عزل الأطفال الحاملين لمتعضية معدية (الفيروسية العجلية)؛
- الحرص على النظافة العامة (نظافة اليدين، جودة الماء الصالح للشرب)؛
- استعمال سائل الإمهاء الفموي في جميع حالات الإسهال؛
- التلقيح ضد الفيروسية العجلية بجرعتين أساسيتين، الأولى في سن الشهرين، والثانية في سن الثلاثة أشهر (تدخل حاليا ضمن البرنامج الوطني للتلقيح).

X. خلاصة :

- يعد الإسهال الحاد الناتج عن الفيروسية العجلية الشكل الأكثر شيوعا عند الرضع؛
- تستلزم الإصابة بالإسهال الحاد اجراء فحص سريري شامل للبحث عن علامات التسمم الدموي وبور تعفنفة أخرى؛
- كما تتطلب تقييما لحالة الاجتفاف بهدف إمهاء فعالة إما بسائل الإمهاء الفموي، أو إمهاء عن طريق الوريد؛
- كما تؤكد على أهمية التعرف على الزحار، والتسمم الغدائي الجماعي، والكوليرا نظرا لخطورتها
- وأخيرا يجب الحرص على الوقاية لأن الوقاية خير من العلاج.

LES MENINGITES A LIQUIDE CLAIR

Objectifs :

- Diagnostiquer une méningite ou une méningo-encéphalite à liquide clair;
- Collecter les arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques en faveur :
 - d'une méningite purulente décapitée par les antibiotiques ;
 - d'une méningite à LCR clair d'origine tuberculeuse ;
 - d'une méningite à LCR clair d'origine virale ;
 - d'une méningo-encéphalite herpétique.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge ;

Plan :

- I. Introduction
- II. Diagnostic positif :
 - A. Circonstances de découverte
 - B. Examen clinique
 - C. Examen paraclinique
- III. Diagnostic étiologique :
 - A. Signes d'orientations
 - B. Etiologies :
 1. Méningites virales bénignes :
 - a. Méningites virales à entérovirus
 - b. Méningite virale ourlienne
 2. Méningites bactérienne à LCR clair :
 - a. Méningites bactérienne décapitée
 - b. Méningites tuberculeuse
 - c. Méningites à *Listeria*
 3. Méningo-encéphalite herpétique
- V. Conclusion

التهاب السحايا ذات السائل الصافي

الأهداف:

- تشخيص التهاب السحايا أو التهاب السحايا والدماع؛
- جمع البيانات الوبائية والبيولوجية التي تدل على :
 - التهاب السحايا الفيحي المضمّر نتيجة أخذ المضادات الحيوية؛
 - التهاب السحايا ذات السائل الصافي السلي؛
 - التهاب السحايا ذات السائل الصافي الفيروسي.
 - التهاب السحايا والدماع الهربسي.
- تحديد الحالات الاستعجالية وتنظيم العلاج؛

التصميم:

I. مقدمة

II. التشخيص الإيجابي:

أ. ظروف اكتشاف المرض

ب. الفحص السريري

ج. الفحوصات التكميلية

III. التشخيص السببي:

أ. العلامات الموجهة

ب. مسببات المرض:

1. التهاب السحايا الفيروسي الحميد:

أ. التهاب السحايا بالفيروسات المعوية

ب. التهاب السحايا النكفي

2. التهاب السحايا البكتيري:

أ. التهاب السحايا البكتيري المضمّر

ب. التهاب السحايا السلي

ج. التهاب السحايا اللستيري

3. التهاب السحايا والدماع الهربسي

IV. خلاصة

I. Introduction :

- Les méningites à liquide clair associent un syndrome méningé fébrile avec un liquide clair à la ponction lombaire ;
- Les causes sont variées : souvent d'origine virale et d'évolution bénigne, résolutive en quelques jours, mais il ne faut pas méconnaître les étiologies certes plus rares mais graves: méningites *tuberculeuse* et *listérienne* et la méningite bactérienne décapitée par une antibiothérapie.

II. Diagnostic positif :

A. Circonstances de découverte :

- Syndrome méningé fébrile : habituellement à début brutal très céphalalgique, avec une altération minime de l'état général mais sans signe neurologique.
- Méningo-encéphalite ou encéphalite isolée qui comportent en plus des signes d'atteinte encéphalique :
 - troubles de conscience modérés ou sévères ;
 - crises convulsives focalisées ou généralisées, parfois un état de mal ;
 - troubles de comportement ;
 - désorientation temporo-spatiale ;
 - déficit sensitivo-moteur focalisé ou atteinte des nerfs crâniens ;

→ Dans ces cas, un scanner cérébral doit précéder la ponction lombaire.

B. Clinique :

- **Chez l'enfant de plus de 2 ans :**
 - Le syndrome méningé :
 - ✓ Céphalées violentes, diffuses, permanentes, aggravées par les mouvements et la lumière ;
 - ✓ Vomissements faciles ;
 - ✓ Raideur de la nuque: signe de Kernig, signe de Brudzinski (voir sémiologie).
 - Syndrome infectieux: fièvre brutale à 39- 40° C avec frissons.

I. مقدمة:

- يمكن أن نعرّف مرض التهاب السحايا ذات السائل الصافي بجمعه بين متلازمة سحائية حموية وخروج سائل صافي عند إجراء البزل القطني .
- تنتوع مسببات التهاب السحايا ذات السائل الصافي، حيث تغطي ال فيروسات، وتتميز في هذه الحالة بتطور حميد وتبوءاً في غضون أيام. لكن لا يمكن تجاهل الأسباب التي من المؤكد أنها نادرة لكنها خطيرة، والتي تتمثل في التهاب السحايا السلي، و التهاب السحايا الهربسي و التهاب السحايا اللستيري.

II. التشخيص الإيجابي:

1. **ظروف اكتشاف المرض:** تتجلى ظروف اكتشاف المرض في ظهور بعض الأعراض المتمثلة في:
 - متلازمة سحائية حموية: عادة ما تكون البداية فجائية بظهور صداع رأسي حاد مصحوب بتدهور الحالة الصحية العامة دون ظهور أي أعراض عصبية.
 - التهاب السحايا والدماغ أو التهاب الدماغ : الذي يتميز بظهور أعراض دماغية، من بينها:
 - اضطراب الوعي (معتدل أو وخيم)؛
 - نوبة اختلاجية موضعية أو عامة وأحياناً حالة اختلاجية؛
 - اضطراب سلوكي؛
 - توهان زمني مكاني؛
 - نقيصة حسية حركية موضعية أو إصابة الأعصاب القحفية.
- ← أمام هذه الأعراض يجب إجراء المِفراس الدماغي قبل البزل القطني.

2. الفحص السريري:

- **عند الطفل الذي يفوق السنتين :**
 - يمكن الفحص السريري لدى الطفل الذي يفوق السنتين من الكشف من متلازمة سحائية ، والتي تتجلى في:
 - ✓ صداع رأسي قوي، منتشر، دائم، يزداد بالحركة وبالضوء؛
 - ✓ قيء سهل؛
 - ✓ تيبس سحائي (علامة كبير، علامة بريذرانسكري).
 - متلازمة عدوانية: حمى فجائية تصل إلى 39-40° مصحوبة برعشة.

- **Chez le nourrisson :**

Le tableau clinique est souvent polymorphe et trompeur. La fièvre peut associer de façon variable les signes suivants:

- Des troubles de comportement: cri plaintif, irritabilité, hypo réactivité, hyperesthésie cutanée, cris ou gémissements (traduisent les céphalées) ;
- Des anomalies neurologiques: fontanelle bombée, hypotonie de la nuque, hypotonie globale ;
- Des convulsions ;
- Tableau trompeur : tension de la fontanelle dans un contexte de fièvre isolée voire d'une gastro-entérite.

→Ainsi, l'indication de la PL doit être large chez le nourrisson.

- Chez le nourrisson et l'enfant, le tableau de méningo-encéphalite associe souvent au syndrome méningé fébrile les signes suivants : crises convulsives, troubles du comportement, signes de focalisation déficitaire...

C. Les examens paracliniques :

1. Laponction lombaire :

- Aspect macroscopique: le LCR est clair, parfois hypertendu (pression du jet) ;
- Cytologie: pléïocytose modérée < 500 cellules/mm³, à prédominance lymphocytaire (> 70 %). Les méningites à liquide clair sont ainsi souvent des méningites lymphocytaires. Une formule panachée (lymphocytes et polynucléaires) marque souvent le début de la maladie.
- Chimie: une hyper-protéïnorachie est présente, le plus souvent comprise entre 1 et 1,5g/l. Habituellement, la glycorachie est normale.

→Attention : dans notre contexte, toute méningite à liquide clair avec hypoglycorachie oriente vers une cause tuberculeuse jusqu'à preuve du contraire.

- **عند الرضيع:** يتميز المظهر السريري عند الرضيع بكونه متعدد الأشكال ومضلل، حيث يمكن للحمى أن تكون مصحوبة بالأعراض التالية بشكل متفاوت:
 - اضطراب سلوكي، صراخ شكوي، تهيُّج، قلة نشاط الرضيع، فرط الإحساس الجلدي، أنين (يبل على ألم رأسي)...
 - علامات عصبية: انتفاخ اليافوخ، ارتخاء الرقبة، نقص التوتر العام؛
 - اختلاج؛
 - مظهر مُضلل: فرط توتر اليافوخ داخل إطار حموي منفرد أو مصحوب بالتهاب المعدة والأمعاء.
- لذا يجدر أن تكون دواعي إجراء البزل القطني كثيرة عند الرضيع.
- يشير المظهر السريري إلى الإصابة بالتهاب السحايا والدماغ إذا اجتمعت المتلازمة السحائية الحموية بالأعراض التالية: نوبة اختلاجية، اضطراب سلوكي، نقيصة موضعية.

ج. الفحوصات التكميلية

1. البزل القطني:

- المظهر العياني: خروج سائل دماغي نخاعي صافي وأحيانا بضغط عال.
- التشخيص الخلوي: يُظهر فرطاً معتدلاً في الخلايا (لا يتعدى 500 خلية/مم³) حيث تغطي للمفاويات (>70%)، لأن التهاب السحايا ذات السائل الصافي غالباً ما تكون لمفاوية، كما أن الصيغة المزدوجة (لمفاويات 50% ومتعددات النواة 50%) تشير غالباً لهداية المرض.
- الكيمياء: يكشف الفحص الكيميائي عن فرط البروتين في السائل الدماغي النخاعي (غالباً بين 1 و 1,5 غ/لتر ولا يتعدى 2 غرام في الحالات الأخرى) أما نسبة السكر فتكون عادية.
- تحذير: تشير جميع حالات التهاب السحايا ذات السائل الصافي المصحوب بانخفاض نسبة السكر في السائل الدماغي النخاعي في الوسط الذي نعيش فيه إلى سبب سلي إلى أن يثبت العكس.

2. La TDM cérébrale : est indiquée dans les situations suivantes :

- Signes de localisation neurologiques (déficits sensitivomoteurs, atteinte des paires crâniennes) ;
- Troubles de conscience ;
- Convulsions localisées ;
- Signes d'engagement: mydriase unilatérale, mouvements d'enroulement, troubles respiratoires ou hémodynamiques ;
- Durée d'évolution plus d'une semaine ;
 - Il n'y a aucune indication à faire le fond d'œil avant la PL car l'œdème papillaire apparait tardivement par rapport à l'œdème cérébral. Ainsi même si le fond d'œil ne montre pas d'œdème papillaire, il n'est pas rassurant.

III. Diagnostic étiologique :

A. Signes d'orientation étiologique :

1. L'interrogatoire précise :

- Le mode d'installation du syndrome méningé : brutal ou progressif, pur ou associé à d'autres signes.
- La survenue récente d'une maladie infectieuse: parotidite, éruption cutanée, infection ORL, diarrhée. Ces signes orientent vers une cause virale.
- La prise d'antibiotiques oriente vers une méningite bactérienne décapitée surtout si le LCR claire est à prédominance polynucléaire ou panachée.
- Le contage tuberculeux : en pédiatrie, il est souvent intrafamilial.

2. Les signes cliniques :

- Neurologiques : conscience, déficit focalisé, hypertension intracrânienne ;
- Infectieux : maladie éruptive en cours ou débutante, parotidite, varicelle, purpura, autre foyer infectieux comme une otite ou une pneumonie.
- Ophtalmologique : paralysie oculomotrices, conjonctivite.
- Générale : splénomégalie, hépatomégalie, adénopathie.
- Terrain pathologique : maladie neurologique antérieure comme une infirmité motrice cérébrale, un déficit immunitaire, un diabète...

2. المفراس الدماغى:

- تنحصر دواعى اللجوء إلى المفراس الدماغى فى الحالات التالية :
 - ظهور علامات عصبية موضعية (شلل نصفى، خزل نصفى، إصابة الأعصاب القحفية)؛
 - اضطراب الوعى؛
 - اختلاج موضعى؛
 - ظهور علامات الدموج (توسع الحدقة، حركات التوائية، اضطراب التنفس، اضطراب دينامكية الدم)؛
 - طول مدة تطور المرض (أكثر من أسبوع).
- ← لا داعى لطلب فحص قاع العين قبل البزل القطنى أمام الأعراض السالفة الذكر، لأن ظهور الودم الحليمى يمكن أن يتأخر فى حالة الودم الدماغى المبتدأ، وبالتالى حتى لو كان الفحص سليما فهذا شىء غير مطمئن.

III. التشخيص السببى:

أ. العلامات الموجهة لسبب المرض :

1. أخذ السيرة والسوابق:

- يُمكن البحث الدقيق فى سيرة وسوابق المريض من استخلاص العناصر التالية :
- بداية المتلازمة السحائية: فجائية أو تدريجية، خالصة أو مصاحبة لأعراض أخرى؛
 - الإصابة سابقا بمرض معد كالتهاب النكفية، طفح جلدى، التهابات أذنية-أنفية-حنجرية أو إسهال. تشير هذه الأعراض إلى أن سبب التهاب السحايا على الأرجح فيروسى؛
 - يوجهنا أخذ مضاد حيوى من طرف المريض للتفكير فى سبب بكتيرى مضمّر؛
 - البحث عن عدوى السل التى تنتقل غالبا من داخل الأسرة بالنسبة للأطفال.

2. الأعراض السريرية :

- أعراض عصبية: اضطراب الوعى، نقيصة موضعية، ارتفاع الضغط القحفى ...
- أعراض عدوائية: طفح جلدى (متواجد أو فى بدايته)، التهاب النكفية، حماق، فرغرية، بؤر تعفننية أخرى، مثل التهاب الأذن أو الرئة...
- أعراض متعلقة بالعين: ودمة الحليمية البصرية، شلل عضلات العين، التهاب المُلْتَحِمَة...
- أعراض عامة: تضخم الطحال، تضخم الكبد، تضخم العقد اللمفاوية، أمراض تنفسية...
- بنية الطفل الضعيفة بسبب أمراض عصبية مسبقة مثل: الشلل الدماغى، ضعف المناعة، مرض السكرى...

3. Les examens paracliniques :

- **L'examen du LCR :**
 - Analyse de la cellularité, mesure de l'albuminorachie et de la glycorachie +++
 - Etude Microbiologique :
 - ✓ Bactériologie : examen directe (coloration de Ziehl Nielsen) et culture sur milieu de Lowenstein Jensen;
 - ✓ virologie : des PCR pourraient être demandée en cas de forte suspicion d'encéphalite herpétique.
- **Interprétation des résultats du LCR :**
 - La composition cyto-chimique du LCR est normale (< 10 éléments /mm³) :
 - ✓ méningisme : infections ORL, fièvre typhoïde ou encéphalite sans atteinte méningée.
 - La pléiocytose (plus de 10 éléments/mm³, souvent plusieurs centaines), est constituée de plus de 70 % de lymphocytes.
 - ✓ Une méningite lymphocytaire normoglycorachique avec élévation modérée de la protéinorachie < 1 g/l est fortement évocatrice d'une cause virale.
 - ✓ Une méningite lymphocytaire hypoglycorachique avec protéinorachie élevée (> 1 g/l) oriente vers une méningite tuberculeuse ou une listériose.
 - ✓ Une lymphocytose méningée peut s'observer au cours d'abcès cérébraux ou d'infections ORL (sinusite, mastoïdite) : elle est considérée comme une réaction méningée.
- Une méningite à liquide clair avec prédominance de polynucléaires ou de formule panachée peut correspondre à une méningite bactérienne décapitée ou une méningite lymphocytaire bénigne à son tout début. En pratique, elle sera considérée comme une méningite bactérienne et une antibiothérapie adaptée sera démarrée.
- **Autres examen complémentaire** en fonction de l'orientation étiologique : NFS, CRP, Pro-calcitonine, hémoculture, ionogramme sanguin, glycémie, IDR à la tuberculine, EEG, TDM, IRM.

3. الفحوصات اللاسريرية :

- يعتمد فحص السائل الدماغي النخاعي على إجراء:
 - فحص خلوي، قياس نسبة الألبومين ونسبة السكر في السائل؛
 - دراسة ميكروبيولوجية:
 - ✓ دراسة بكتيرية مباشرة بالتلوين على طريقة غرام أو تسيل-نلسن، والزراعة في وسط لوفينشتاين-يانسن؛
 - ✓ دراسة فيروسية: قياس تفاعل سلسلة البوليميراز PCR في حالة الشك في التهاب الدماغ الهربسي؛
- تحليل نتائج فحص السائل الدماغي النخاعي :
 - تكون التركيبية الخلوية والكميائية للسائل الدماغي النخاعي سليمة في الحالات التالية:
 - ✓ حالة سحائية مصاحبة لالتهابيت أنفية-أذنية-حنجرية أو لحمى تيفية (تشخيص تفريقي)؛
 - ✓ التهاب دماغي دون إصابة السحايا.
 - ويشير فرط الخلايا (أكثر من 10 عناصر/مم³ وغالبا ما تتعدى المئات) الذي يكون مشكلا أساسا من اللمفاويات (أكثر من 70%) إلى أن:
 - ✓ التهاب السحايا اللمفاوي المصحوب بنسبة سليمة من السكر في السائل الدماغي النخاعي مع ارتفاع طفيف في نسبة البروتينات (لا تتعدى 1 غ/لتر)، سببه فيروسي في الغالب؛
 - ✓ التهاب السحايا اللمفاوي مع نسبة السكر في السائل الدماغي النخاعي منخفضة و نسبة بروتينات تفوق 1 غ/لتر توجهنا إلى التهاب السحايا السلي أو اللستيري.
 - ✓ كما أن فرط اللمفاويات السحائي يمكن أن يلاحظ في حالة الإصابة بخراج دماغي أو التهابات أنفية-أذنية-حنجرية (التهاب الجيوب، التهاب الخشاء) وهو ناتج عن تفاعل سحائي.
 - يمكن أن يشير التهاب السحايا ذات السائل الصافي المتميز بطغيان متعددات النواة، أو بالصيغة المختلطة إلى التهاب سحائي بكتيري مضمّر، أو التهاب سحائي فيروسي حميد في بداية تطوره، لكن عمليا نعتبره في كلتا الحالتين التهابا بكتيريا، ونبدأ في علاجه بالمضادات الحيوية المناسبة.
- اختبارات أخرى بحسب التوجه السببي:
 - الصيغة الدموية، البروكالسيتونين، زرع الدم، مخطط رحلاني دموي، نسبة السكر في الدم، اختبار داخل الأدمة، مخطط كهربية الدماغ، مفراس دماغي، تصوير بالرنين المغناطيسي للدماغ.

B. Étiologies des méningites à liquide clair :

1. Les méningites virales bénignes :

- Ces méningites sont les plus fréquentes, le plus souvent bénignes.
- Le syndrome méningé fébrile est souvent intense mais sans signes de gravité.
- Elles sont spontanément curables avec un traitement symptomatique.
- La ponction lombaire montre typiquement :
 - Une lymphocytose modérée, une formule mixte marque souvent le début d'une méningite virale mais elle sera considérée et traitée comme bactérienne.
 - Une hyper-protéinorachie discrète $< 1g$;
 - Une glycorrachie normale ou légèrement diminuée mais pas en dessous de $0.3g/l$;
 - Une culture du LCR stérile.

a. Méningite virale à enterovirus :

- Fréquente: 80-85% des méningites virales;
- Maladie oro-fécale ;
- Prédominance estivale ;
- *Echo* et *Coxsackie* : 80% des cas ;
- Absence des signes encéphalitiques ;
- Isolement du virus dans le sang, la gorge, les selles ou dans le LCR, possible mais habituellement non demandée. Elle est utile dans les enquêtes épidémiologiques.
- Séroconversion sérique: élévation du titre des Ig M spécifiques du virus évoqué, mais rarement demandée vu le nombre très élevé de virus possibles.
- Isolement du virus non pratiqué → Spontanément curable ;
- Prévention: hygiène des mains et de l'eau.

ب. أسباب التهاب السحايا ذات السائل الصافي:

1. التهاب السحايا الفيروسي :

- يعد التهاب السحايا الفيروسي السبب الأكثر شيوعا وهو في الغالب حميد؛
- يشفى المريض تلقائي، لكن يجب الحرص على معالجة الأعراض.
- يكشف تحليل البزل القطني عن:
 - فرط معتدل في اللمفاويات ، كما أن الصيغة المختلطة تميز غالبا بداية التهاب السحايا الفيروسي، ولكنها عمليا تعتبر بكتيرية وتعالج بالمضادات الحيوية؛
 - ارتفاع طفيف في نسبة البروتين في السائل الدماغي النخاعي لا تتجاوز 1,5 غ/لتر؛
 - نسبة سكر سليمة أو متدنية قليلا دون أن تقل عن 0,3 غ/لتر؛
 - نتيجة زرع السائل معقمة.

أ. التهاب السحايا بالفيروسات المعوية :

- يعد التهاب السحايا بالفيروسات المعوية الأكثر شيوعا حيث يمثل 80 إلى 85 % من التهاب السحايا الفيروسي؛
- ينتقل المرض عبر الطريق الفموي-البرازي، ويكثر انتشاره في فصل الصيف؛
- تمثل الفيروسات الإيكوية *Echovirus* والكوكسائية *Coxsackie* 80 % من الفيروسات المسببة للمرض؛
- يمكن عزل الفيروس إما في الدم، أو البراز أو في السائل الدماغي النخاعي، ولكن هذا الفحص يُطلب غالبا بهدف إجراء دراسات وبائية؛
- يكشف اختبار انقلاب تفاعلية المصل عن ارتفاع عيار الغلوبولين المناعي M الخاص بالفيروس، ولكن طلب إجراءات غير اعتيادي نظرا للعدد الكبير للفيروسات المسببة للمرض؛
- تعتمد الوقاية من المرض على نظافة اليدين واستعمال الماء الصالح للشرب.

b. La méningite ourlienne :

- Diagnostic simple quand il y a un contact avec un porteur d'oreillons 3 semaines auparavant, il existe une parotidite bilatérale contemporaine ou ayant précédé le syndrome méningé. La parotidite est absente dans la moitié des cas de méningite ourlienne
- Habituellement, le syndrome méningé est pur, intense et très fébrile ;
- Le LCR peut être opalescent, et il suit la séquence formule panachée/prédominance lymphocytaire classique, la protéinorachie est très variable, tantôt normale, tantôt élevée;
- Complications possibles: orchite, pancréatite (douleurs abdominales+++)

c. Diagnostic différentiel :

- Méningisme: devant un LCR clair mais contenant moins de 10 éléments /mm³ ;
- Méningite bactérienne décapitée : anamnèse, CRP et surtout dosage de procalcitonine permettent habituellement de s'orienter. En effet, la méningite décapitée est souvent accompagnée d'un syndrome inflammatoire biologique.

2. Méningites bactériennes à LCR clair :

- Méningite bactérienne décapitée ;
- Méningite tuberculeuse ;
- Méningite à Listeria.

a. Méningite bactérienne décapitée :

- notion de prise d'ATB à diffusion méningée pendant 2 à 3 jours ;
- clinique atténuée ;
- Ponction lombaire: Les lymphocytes ou polynucléaires neutrophiles ne sont pas altérés. L'hypo-glycorachie est modérée et l'albuminorrachie est augmentée. Le LCR est stérile et la recherche des antigènes bactériens solubles peut être positive.
- Le traitement est celui d'une méningite bactérienne.

ب. التهاب السحايا النكفي :

- يعتبر التشخيص سهلا إذا توفرت العناصر الآتية: انعداء الطفل من مصاب بالتهاب النكفية ثلاث أسابيع قبل إصابته بالتهاب السحايا أو الإصابة بالتهاب النكفية من الجهتين في نفس زمن ظهور المتلازمة السحائية أو قبلها (يكون التهاب النكفية غائبا في 50 % من حالات التهاب السحايا النكفي)؛
- تكون المتلازمة السحائية عادة خالصة، شديدة وحموية؛
- يمكن أن يكون السائل الدماغي النخاعي غميفا ويتبع تسلسل الصيغ التالية: مختلط ثم تغلب عليه اللقفاويات، أما نسبة البروتينات فتكون مختلفة مرة عادية ومرة مرتفعة؛
- يمكن حدوث بعض المضاعفات، منها: التهاب الخصية، التهاب البنكرياس (آلام البطن).

ج. التشخيص التفريقي:

- حالة سحائية: السائل صاف وعدد الخلايا لا يتجاوز 10 عناصر/مم³؛
- التهاب السحايا البكتيري المضمّر: يُمكن البحث في سوابق المريض، قياس بروتين الالتهاب CRP، وخصوصا قياس البروكالسيتونين من التوجيه السببي، وغالبا ما يكون مصحوبا بمتلازمة التهابية بيولوجية.

2. التهاب السحايا البكتيري ذات السائل الصافي :

- التهاب السحايا البكتيري المضمّر؛
- التهاب السحايا السلي؛
- التهاب السحايا اللستيري.

أ. التهاب السحايا البكتيري المضمّر :

- يرجع ضمور التهاب السحايا البكتيري لأخذ المريض لمضادات حيوية ذات انتشار سحائي بجرعة تفوق 50 مغ/كغ مرلتق إلى 3 مرات في اليوم؛
- غالبا ما تكون الأعراض السريرية مضمرة؛
- تبين نتائج تحليل البزل القطني أن اللقفاويات ومتعدادات النواة غير مختلة ، كما تكشف عن انخفاض معتدل في نسبة السكر في السائل الدماغي النخاعي وارتفاع نسبة البروتينات في السائل، وتكون نتيجة زرع السائل معقمة، كما يمكن البحث عن مضادات أجسام بكتيرية ذوابة.
- نعتمد في علاج التهاب السحايا البكتيري المضمّر على نفس التدابير المتبعة في التهاب السحايا البكتيري الغير المضمّر.

b. La méningite tuberculeuse:

- **Physiopathologie: c'est une méningite basilaire :**
 - L'exsudat des espaces sous arachnoïdiens de la base du crâne et des vallées sylviennes va entraîner une arachnoïdite, une hydrocéphalie et une épidurite. Des tuberculomes sont possibles de même qu'une vascularite des petits et moyens vaisseaux. Ces derniers entraînent une occlusion puis ischémie et donc un accident vasculaire cérébral.
- **Anamnèse :**
 - Notion de contagé tuberculeux, très présente d'autant plus que l'enfant est petit. Il s'agit souvent d'un membre de la famille.
 - L'absence de vaccination par le BCG expose à la tuberculose neuro-méningée et à la miliaire.
- **Circonstances de survenue :** l'installation est subaigüe avec altération de l'état général, amaigrissement et une fièvre au long cours.
- **Clinique :**
 - Syndrome méningé peu franc ;
 - Troubles du comportement ;
 - Signes d'atteinte basilaire (paralysie des nerfs crâniens sont notamment le strabisme).
 - Parfois, signes de déficits sensitivomoteurs.
- **LCR :** Il oriente le diagnostic en montrant:
 - une pléiocytose à prédominance lymphocytaire ;
 - une protéinorachie souvent $> 2\text{g/l}$, une hypoglycorachie profonde qui tend vers 0 ;
 - l'examen direct est rarement positif.
 - La PCR, permet le diagnostic par mise en évidence de l'ADN du bacille tuberculeux. Ce test n'est pas encore d'utilisation courante.
- L'**IDR** est fréquemment très positive.
- **La radiographie pulmonaire** peut montrer une miliaire tuberculeuse ou des adénopathies médiastinales.

ب. التهاب السحايا السلي :

- الفيزيولوجية المرضية: يصيب التهاب السحايا السلي بالخصوص السحايا القاعدية ويتميز بتكون نضح داخل الحيز المتواجد تحت العنكبوتية (القاعدية) وبلخود سلفيوس مما يسبب التهاب العنكبوتية، موه الرأس و التهاب ظاهر الجافية، كما يمكن أن يتكون تورم سلي، ويتميز كذلك ب التهاب وعائي يصيب الأوعية الصغرى و المتوسطة (انسداد ، إقفار ،حادثة وعائية دماغية).
- البحث في سيرة و سوابق المريض: يكشف عن:
 - وجود عدوى السل ، والتي تكون حاضرة بقوة كلما كان الطفل صغيرا (و غالبا ما يكون المعدي أحد أفراد الأسرة)؛
 - عدم التلقيح ضد داء السل، الشيء الذي يعرض الطفل للإصابة بالسل السحائي الدماغي والدخينة السلية.
- ظروف الإصابة: تتميز بداية المرض بظهور أعراض دون الحادة م صحوبة بتدهور الحالة العامة (نقص الوزن، حمى طويلة المدى).
- الفحص السريري: يمكن الفحص السريري من الكشف عن:
 - متلازمة سحائية غير واضحة؛
 - اضطراب سلوكي؛
 - علامات تدل على إصابة قاعدية (شلل الأعصاب القحفية الذي يتجلى خصوصا في ظهور حَوْل).
- السائل الدماغي النخاعي :
 - تظهر نتائج فحص السائل الدماغي النخاعي:
 - فرط خلوي مع طغيان للمفاويات؛
 - ارتفاع نسبة البروتينات (أكثر من 2 غ/لتر)، ونقص عميق في نسبة السكر (تقترب من 0)؛
 - الفحص المباشر نادرا ما يكون إيجابيا؛
 - يُمكن قياس تفاعل سلسلة البوليميراز PCR من تشخيص المرض بتحديد الحمض النووي للعصية السلية، ولكن يظل هذا الاختبار محدود الاستعمال.
 - الإختبار داخل الأدمة: غالبا ما يكون إيجابيا.
 - التصوير الشعاعي الصدري : يمكن أن يكشف عن دخينة سلية أو تضخم العقد للمفاوية المنصفية.

- **TDM cérébrale :**

- La TDM cérébrale est indiquée en cas de troubles de la conscience et/ou des signes de localisation.
- la TDM cérébrale peut montrer les aspects suivants :
 - ✓ Prise de contraste de la base du crâne: arachnoïdite basilaire ;
 - ✓ Hydrocéphalie ;
 - ✓ Œdème cérébral (disparition des sillons corticaux) ;
 - ✓ Zones d'infarctus cérébral ;
 - ✓ Tuberculomes cérébraux (intérêt de l'IRM +++).

- **Evolution :**

- Si le diagnostic et le traitement sont précoces, l'évolution est favorable avec amélioration clinique rapide et normalisation du LCR en quelques semaines à quelques mois.
- Les séquelles sont fréquentes : cécité, paralysie oculomotrice, déficit moteur, épilepsie ou trouble psychique.
- La mortalité n'est pas négligeable à la suite de complications soit d'emblé ou au cours de traitement : hydrocéphalie et vascularite cérébrale.

- **Traitement :**

- Antibacillaires ;
- Corticoïdes: prednisone 2 mg/kg/j pd 4 semaines ;
- Dérivation de LCR si l'hydrocéphalie est active.

c. La méningite à Listeria :

- Le *Listeria monocytogène* est un bacille Gram positif.
- Rare dans notre contexte
- Présentation clinique souvent similaire à une méningite tuberculeuse ;
- Les signes encéphaliques sont variés mais moins fréquents que dans la tuberculose: paralysie oculomotrice, paralysie faciale, troubles de déglutition ;
- méningite à liquide clair avec formule panachée ;
- La découverte du micro-organisme peut être faite par l'examen direct, la culture et les hémocultures ;
- Traitement : Amoxicilline IV pendant 21 j.

- المفراس الدماغى :
 - يطلب إجراء المفراس الدماغى فى حالة اضطراب الوعى أو ظهور أعراض موضعية، مما يمكن من الكشف عن:
 - ✓ استعزاز تباينى على مستوى قاعدة القحف مما يدل على التهاب العنكبوتية القاعدية؛
 - ✓ موه الرأس؛
 - ✓ ودم دماغى (اختفاء تلم القشرية)؛
 - ✓ منطقة احتشاء دماغى؛
 - ✓ تورم سلى دماغى (هنا تظهر فائدة الرنين المغناطيسى).
- تطور المرض:
 - يُمكن التشخيص و العلاج المبكرين لالتهاب السحايا السلى من ظهور تحسن سربرى سريع ، ورجوع السائل الدماغى النخاعى إلى حالته الطبيعية خلال بضعة أسابيع إلى بضعة شهور؛
 - ويرتفع معدل الوفيات عند حدوث مضاعفات سواء فى بداية العلاج أو خلاله، والتي تتمثل فى: موه دماغى والتهاب وعائى دماغى؛
 - تتعدد العواقب عند الإصابة بهذا الداء، ونخص بالذكر العمى، شلل حركية العين، نقيصة حركية، صرع، اضطراب نفسى.
- العلاج :
 - يعتمد علاج التهاب السحايا السلى على:
 - مضادات العصبىات؛
 - الكورتيكوويد : بريدنيزون 2 مغ/كغ/اليوم/4 أسابيع؛
 - تحويل السائل الدماغى النخاعى فى حالة موه دماغى نشيط.
- ج. التهاب السحايا اللستيرى :
 - تعد اللستيرية المُستُوْجدة *Listeria monocytogène* المتعضية المسؤولة عن التهاب السحايا اللستيرى، وهى عصىة إيجابية الغرام وغير شائعة فى محيطنا العربى؛
 - يشبه المظهر السربرى إلى حد ما التهاب السحايا السلى؛
 - تتعدد العلامات الدماغية عند المصاب بالتهاب السحايا اللستيرى، وتظهر عليه أكثر من المصاب بالتهاب السحايا السلى، وتتمثل فى شلل حركية العين، شلل وجهى واضطراب فى عملية البلع؛
 - يتميز التهاب السحايا اللستيرى بسائل دماغى نخاعى صاف مع وجود صيغة مختلطة؛
 - يمكن الفحص المباشر، و زرع السائل الدماغى النخاعى، وكذا زرع الدم، من الكشف عن المتعضية المجهرية الممرضة ؛
 - يعتمد العلاج على الأموكسيسيلين لمدة 21 يوما.

3. Les méningo-encéphalites infectieuses :

- Les méningo-encéphalites infectieuses sont dues à un processus inflammatoire atteignant à la fois les méninges et le parenchyme cérébral.
- Elles partagent habituellement, avec les méningites à liquide clair, des étiologies virales communes.

a. Particularités des méningo-encéphalites aiguës : elles comportent au moins un des signes suivants :

- Troubles de la conscience ;
- Crises convulsives ;
- Signes déficitaires ;
- LCR clair (prédominance de lymphocytes mais PN possibles au début).

b. La méningo-encéphalite herpétique :

- **Porte d'entrée du virus :** gingivo-stomatite herpétique, puis diffusion vers le bulbe olfactif puis le lobe temporal ;
- **Présentation :** méningite à liquide clair normo-glycorachique avec des signes d'encéphalite (atteinte frontale et temporale) ;
- **Encéphalite :** confusion mentale, troubles du comportement, hallucinations, aphasie, convulsions itératives et complexes et parfois déficit focalisé, rapidement s'installent des troubles de conscience ;
- **Imagerie:** l'IRM est le premier examen à demander, elle conforte le diagnostic. Le scanner cérébral recherche de zones hypo-denses fronto-temporales, parfois hémorragiques, d'apparition tardive ;
- **L'EEG** peut retrouver de grandes ondes lentes pseudo-rythmiques de localisation fronto-temporale ;
- **Biologie du LCR:** La PCR herpes-virus simplex (HSV) confirme le diagnostic.
- **N.B. :** Une simple suspicion d'encéphalite herpétique est une indication de traitement précoce par l'Aciclovir même avec un LCR normal (encéphalite sans méningite), et un scanner normal. Il ne faut pas attendre les résultats des examens sérologiques ou de recherche virale. C'est le seul traitement capable de stopper l'évolution de la maladie, sinon l'évolution se fait vers la nécrose du cortex avec des séquelles sévères voir décès du malade.

3. التهاب السحايا والدماع التعفني :

التهاب السحايا والدماع التعفني هو ال تهاب يصيب المتن الدماغى والسحايا ، وله مسببات مشتركة مع التهاب السحايا ذات السائل الصافى.

أ. التهاب السحايا والدماع الحاد :

نتكلم عن التهاب السحايا والدماع إذا كان المريض يعاني من الأعراض التالية :اضطراب الوعى، نوبة اختلاجية و علامات نقيصية، أو أن نتائج البزل القطنى تظهر سائلا دماغى نخاعى صافى مصحوبا بفرط اللمفاويات، مع إمكانية وجود متعددات النواة فى بداىة تطور المرض.

ب. التهاب السحايا و الدماغ الهربسى :

- بؤرة دخول الفيروس: تتمثل فى التهاب أولى للثة والفم بالفيروس الهربسى، ثم انتقاله إلى البصلة الشمية، ومن ثم إلى الفص الصدغى؛
- المظهر: يجمع التهاب السحايا والدماغ الهربسى بين التهاب السحايا ذات السائل الصافى (نسبة سكر معتدلة) وعلامات تدل على التهاب الدماغ (خصوصا الدالة على الإصابة الجبهية والصدغية).
- علامات التهاب الدماغ: تتمثل فى التخليط العقلى، الاضطراب السلوكى، الهلوسة، الخُبسة الكلامية، الاختلاج، النقيصة الوضعية واضطراب الوعى؛
- التصوير:

- يعد التصوير بالرنين المغناطيسى الاختبار الأمثل لأنه يمكن من التشخيص المرضى؛
- يكشف المفراس الدماغى عن مناطق قليلة الكثافة (جبهية وصدغية) ، وفى بعض الأحيان مناطق نزيف، لكنها تظهر متأخرة.
- مخطط كهربية الدماغ: يمكن أن يكشف عن موجات بطيئة ذات نظم كاذب متموضعة فى المنطقة الجبهية والصدغية؛
- بيولوجيا السائل النخاعى والدماغى: يمكن قياس تفاعل سلسلة البوليميراز PCR من الكشف عن الفيروس الهربسى البسيطة، وبالتالى من تأكيد التشخيص؛
- ملحوظة: مجرد الشك فى التهاب الدماغ الهربسى يستدعى علاجا مبكرا بالأسيكلوفير على الرغم من اعتدال تركيبة السائل الدماغى النخاعى ، و سلامة نتائج ال مفراس الدماغى، ودون انتظار نتائج الفحوصات المصلية أو البحث عن الفيروس . ويعتبر هذا الإجراء الطريقة الأنجع لإيقاف تطور المرض، وإلا فىمكن أن يتطور إلى نخر القشرة الدماغية، و حدوث عواقب وخيمة يمكن أن تؤدى إلى وفاة المريض.

• **Traitement :**

- L'Aciclovir est à démarrer dès la suspicion clinique, 10 mg/kg /prise, en perfusion IV, 3fois/j pendant 14j. Il limite la réplication virale, l'extension de la nécrose et réduit la mortalité et la morbidité à condition de traiter avant l'apparition des troubles de la conscience.
- Autres:
 - ✓ hospitalisation en réanimation,
 - ✓ intubation ventilation assistée selon l'état de conscience et l'état respiratoire,
 - ✓ traitement des convulsions, et de l'œdème cérébral.

V. Conclusion :

- Le diagnostic d'une méningite à liquide clair est fait à la ponction lombaire ;
- La plupart des cas sont d'origine virale, souvent bénigne.
- Hantise de la méningo-encéphalite herpétique (aigue, glycorachie normale) et tuberculeuse (méningite subaigüe hypo-glycorachique).
- Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic.

• العلاج :

- نبدأ بإعطاء الأسكلوفير في حالة شك سريري في الإصابة بالتهاب السحايا الهربيسي، بجرعة 10 ملغ/كغ/مرة عن طريق الوريد 3 مرات في اليوم مدة 14 يوما، مما يحد من تكاثر الفيروسات وانتشار النخر الدماغى، كما يمكن من الحد من نسبة الوفيات و سدة الإمراض بشرط البدء بالعلاج قبل ظهور اضطراب الوعى.
- علاجات أخرى:
 - ✓ استشفاء المريض في مصلحة العناية المركزة ؛
 - ✓ الاستعانة بتبيب المريض واستعمال التهوية المساعدة إذا كانت حالة الوعى والحالة التنفسية مضطربة لديه؛
 - ✓ معالجة الاختلاج والودم الدماغى.

.IV خلاصة :

- يتم تشخيص التهاب السحايا ذات السائل الصافى عن طريق إجراء البزل القطنى؛
- تكون أغلب الحالات ذات سبب فيروسى؛
- لا يجب تجاهل الأسباب الأخرى مثل: التهاب السحايا السلى والليستيرى، لأنها لا تتطور تلقائيا نحو الشفاء؛
- يعد التهاب السحايا الهربسى من بين مسببات التهاب السحايا ذات السائل الصافى والذي يستوجب علاجاً استعجالى (يجب البدء بالعلاج بمجرد الشك في الإصابة بالمرض).

LES MENINGITES PURULENTES DE L'ENFANT

OBJECTIFS :

- Identifier les situations cliniques qui imposent la pratique de la ponction lombaire chez le nourrisson et l'enfant ;
- Interpréter les résultats biochimiques, cytologiques et bactériologiques du LCR en cas de méningite ;
- Rattacher la méningite purulente à un agent pathogène selon l'âge et selon le contexte épidémio-clinique ;
- Etablir le Dg d'un purpura fulminans chez l'enfant ;
- Prescrire l'antibiothérapie initiale d'une méningite bactérienne ;
- Déclarer le cas et organiser la prophylaxie ;
- Planifier le suivi ;
- Maitriser la prévention primaire des MP.

PRE-REQUIS

- Anatomie- physiologie du système nerveux central ;
- Bactériologie (PNO, MNO, HI, E. Coli, Streptocoque B) ;
- Sémiologie des infections du système nerveux central .

Plan :

- I.** Introduction
- II.** Physiopathologie
- III.** Situations qui conduisent à évoquer le diagnostique de méningites purulentes
- IV.** Etiologies des méningites purulentes de l'enfant et du nourrisson au Maroc
- V.** Situations cliniques qui imposent la pratique de la ponction lombaire
- VI.** Confirmer le diagnostic de méningites
- VII.** Conduite à tenir devant un cas clinique suspect de méningite
- VIII.** Conclusion

التهاب السحايا البكتيري عند الطفل

أهداف:

- تحديد الحالات السريرية التي تستوجب إجراء البزل القطني عند الطفل والرضيع؛
- تحليل النتائج الكيميائية، الخلوية والبكتيرية للسائل الدماغي النخاعي في حالة التهاب السحايا؛
- ربط التهاب السحايا البكتيري بمتعضية ممرضة مع الأخذ بعين الاعتبار السن والمعطيات الوبائية والسريرية؛
- تشخيص الفرفرية الخاطفة عند الطفل؛
- وصف مضاد حيوي مبدئي لالتهاب السحايا البكتيري؛
- التصريح بحالات الإصابة وتنظيم الوقاية؛
- الحرص على المتابعة الطبية للمريض؛
- الإحاطة بطرق الوقاية الأولية من التهاب السحايا القيحي.

معارف مسبقة:

- تشريح وفيزيولوجيا الجهاز العصبي المركزي؛
- علم البكتيريا(العقدية الرئوية، المكورة السحائية، المستدمية النزلية، الإشريكية القولونية، العقدية (ب)؛
- أعراض التهاب الجهاز العصبي المركزي؛

تصميم:

- I. مقدمة
- II. الفيزيولوجية المرضية
- III. الحالات التي توجهنا إلى الشك في الإصابة بالتهاب السحايا القيحي
- IV. التشخيص السببي لالتهاب السحايا البكتيري عند الطفل والرضيع بالمغرب
- V. الحالات السريرية التي تستوجب إجراء البزل القطني
- VI. تأكيد تشخيص التهاب السحايا
- VII. الإجراءات التي يجب اتخاذها في حالة وجود أعراض سريرية تشير إلى التهاب السحايا
- VIII. خلاصة

I. Introduction

- La méningite purulente est une infection bactérienne des enveloppes méningées ;
- Grande urgence thérapeutique.
- Pathologie fréquente en pédiatrie surtout chez l'enfant de moins de 5 ans ;
- Véritable problème de santé publique car grevée d'une mortalité et d'une morbidité importantes, surtout chez le petit nourrisson : létalité 5 à 10 % et séquelles neurologiques majeures (20 à 30%).

II. Physiopathologie :

L'ensemencement des méninges se fait :

- Par voie sanguine +++.
- Par diffusion directe à partir d'un foyer infectieux contiguë (otite, mastoïdite, sinusite),
- Par rupture de l'intégrité des méninges : malformation ou traumatisme de la base du crâne.

III. Situations qui conduisent à évoquer le diagnostique de méningites purulentes

- Les symptômes clinique qui conduisent à évoquer le diagnostique de méningite sont variable en fonction de l'âge :
 - Chez un nourrisson <3mois, les signes suivants doivent alerter :
 - ✓ trouble du comportement (cri plaintif, enfant geignard, trouble de conscience, hypo-réactivité, irritabilité, hyperesthésie cutanée, refus de téter);
 - ✓ anomalie neurologique (fontanelle bombée, hypotonie) ;
 - ✓ la recherche d'une raideur de la nuque est le plus souvent prise en défaut;
 - ✓ convulsion;
 - Chez le nourrisson de 3 mois à 2 ans :
 - ✓ les symptômes cliniques classiques sont plus fréquents, mais peuvent manquer.
 - ✓ une convulsion en contexte fébrile impose la PL chez l'enfant de moins de 9 mois et doit la faire discuter entre 9 et 12 mois.
 - ✓ en pratique, les indications de la PL doivent être larges à cet âge.
 - Chez l'enfant de plus de 2 ans :
 - ✓ une méningite est hautement probable devant la fièvre, la raideur de nuque ± céphalées, ± troubles de la conscience;
 - ✓ une méningite doit être évoquée devant la fièvre et des signes neurologiques de localisation ou des convulsions.
 - Purpura à tout âge.

I. مقدمة:

- التهاب السحايا القحي هو التهاب بكتيري لأغشية الدماغ؛
- يعد مرضا شائعا عند الأطفال خاصة الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات؛
- يشكل معضلة كبيرة للصحة العمومية؛
- تتراوح نسبة الوفيات بهذا المرض بين 5 و 10 %، أما العواقب العصبية الرئيسية فتتراوح بين 20 و30%.

II. الفيزيولوجية المرضية:

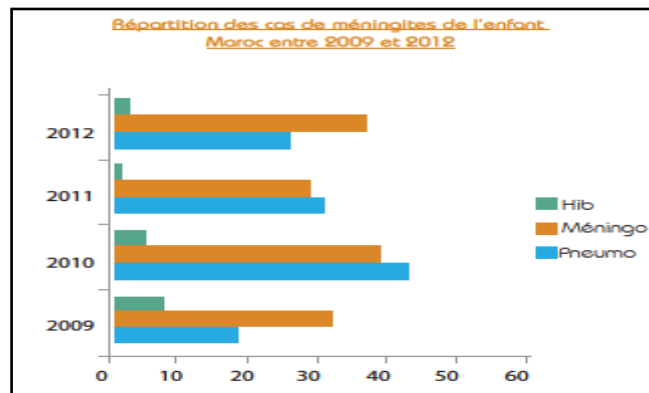
- تتم الإصابة بالتهاب السحايا إما:
 - عن طريق الدم؛

- أو انتشار مباشر انطلاقا من بؤرة اعدائية مجاورة: التهاب الأذن أو الخشاء أو الجيوب؛
- تمزق اندماج السحايا (تشوه قاعدة القحف أو إصابته بكسور).

III. الحالات التي توجهنا إلى الشك في الإصابة بالتهاب السحايا القحي:

- تختلف الأعراض السريرية التي تدفعنا للشك في الإصابة بالتهاب السحايا القحي حسب السن:
 - عند الرضيع أقل من 3 أشهر: يجب الحذر عند ظهور الأعراض التالية:
 - اضطراب سلوكي (بكاء شكوي، أنين، اضطراب الوعي، قلة الحركة، تهيج، فرط حساسية الجلد، العزوف عن الرضاعة)؛
 - نقيصة عصبية (يافوخ منتفخ، نقص التوتر)؛
 - البحث عن تيبس الرقبة (غير واضح في هذه السن)؛
 - الاختلاج.
 - عند الرضيع بين 3 أشهر وستين:
 - يتميز بظهور أعراض سريرية اعتيادية في التهاب السحايا، ولكنها يمكن أن تكون غائبة؛
 - يستوجب الاختلاج داخل إطار حموي إجراء البزل القطني عند الرضيع أقل من 9 أشهر، كما يجب مناقشة إمكانية إجرائها بين 9 و 12 شهرا؛
 - ومن ثم فدواعي إجراء البزل القطني يجب أن تكون موسعة في هذه السن؛
 - عند الطفل أكثر من سنتين:
 - نشك في الإصابة بالتهاب السحايا في حالة وجود حمى مصحوبة بتيبس سحائي، صداع رأسي، اضطراب الوعي؛
 - وكذلك في حالة الحمى وأعراض عصبية موضعية واختلاج؛
 - كما تعد الفرورية من العوامل التي توجهنا للإصابة بالتهاب السحايا القحي في جميع الأعمار.

IV. Etiologies des méningites purulentes de l'enfant et du nourrisson au Maroc :



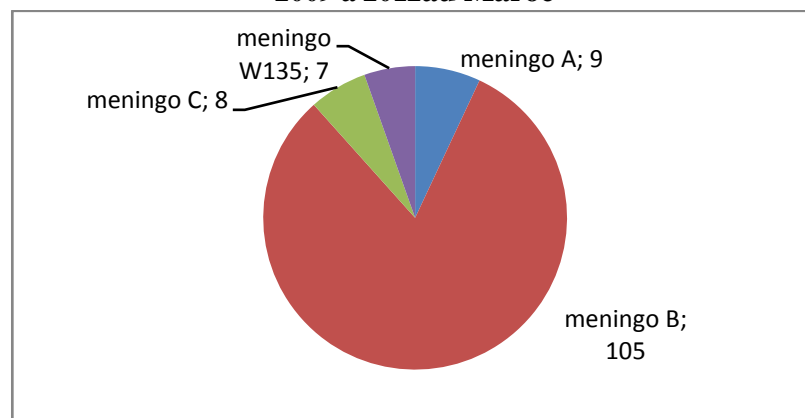
Référence : www.somipev.com

Consensus 2013 de la SOMIPEV sur la prise en charge des méningites purulentes de l'enfant.

1. Le méningocoque (MNO): premier germe des méningites purulentes: le germe de tout âge Le sérotype B est retrouvé dans 60% des cas (pas de vaccin) ;

- Les sérotypes A, C, W 135 représentent 30% des méningites à MNO (vaccins disponibles) ;
- Le méningocoque peut donner :
 - Une méningite purulente avec ou sans purpura (pétéchial non extensif) ;
 - Un purpura fulminans: septicémie à méningocoque avec un état de choc et purpura rapidement extensif et nécrotique avec ou sans atteinte méningée, mortel dans 40% des cas.

Distribution des cas de méningites à méningocoque en fonction des sérotypes de 2009 à 2012 au Maroc

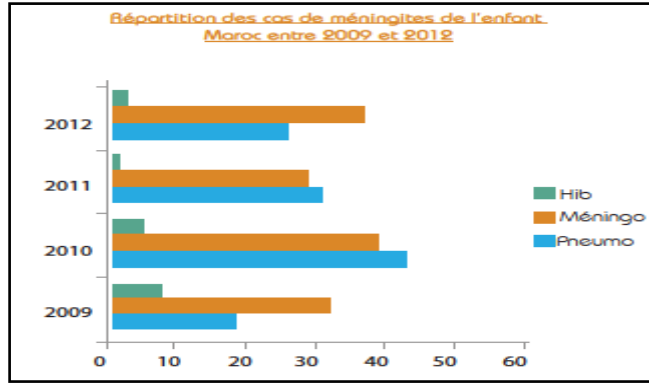


Référence : www.somipev.com

Consensus 2013 de la SOMIPEV sur la prise en charge des méningites purulentes de l'enfant.

.IV. التشخيص السببي:

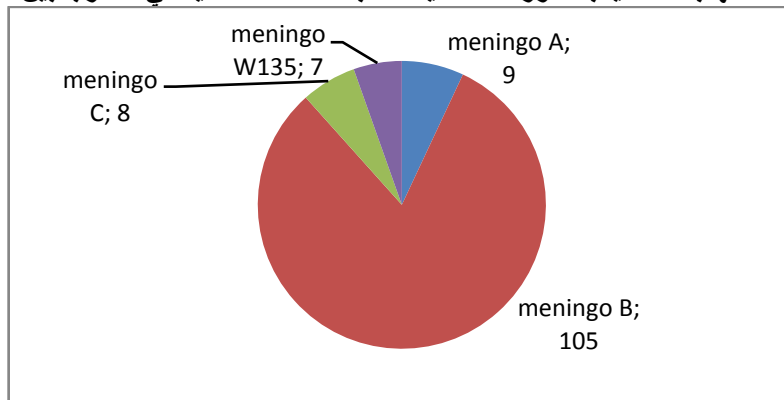
توزيع حالات التهاب السحايا عند الأطفال في المغرب 2009-2012



المرجع: www.somipev.com

1. المكورة السحائية:

- تعد أول متعضية مسسبة لالتهاب السحايا القيحي؛
 - يصيب الأطفال في جميع الأعمار؛
 - نجد النمط المصلي B في 60 % من الحالات (لا تتوفر على لقاح ضده)؛
 - تشكل الأنماط المصلية A, C, W135, 30 % من التهاب السحايا بالمكورة السحائية (اللقاح متوفر)؛
 - يمكن للمكورة الرئوية أن تسبب:
 - التهاب السحايا القيحي مع أو بدون فرقرية (حبري غير ممتد)؛
 - فرقرية خاطفة : تتجلى في تسمم الدم بالمكورة الرئوية مصحوب بحالة الصدمة وفرقرية سريعة الانتشار ونخرية، مصحوبة أو غير مصحوبة بإصابة سحائية مميتة في 40 % من الحالات.
- توزيع حالات التهاب السحايا بالمكورة السحائية حسب الأنماط المصلية في المغرب بين سنة 2009-2012



المرجع: www.somipev.com

2. **Le pneumocoque (PNO)**: représente le deuxième agent des méningites purulentes en pédiatrie, il pose le problème de résistance aux antibiotiques qui a atteint 25% en 2009, pose également le problème de la multiplicité des sérotypes qui ne peuvent être couverts par un seul vaccin (vaccin couvrant 13 sérotypes a été intégré au PNI en 2010).
3. **L'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)** est presque complètement éradiqué par le vaccin anti Hib intégré au programme national d'immunisation depuis janvier 2007(PNI).

V. Situations cliniques qui imposent la pratique de la ponction lombaire :

- Fièvre brutale + syndrome méningé ;
- Fièvre + purpura ;
- Fièvre + convulsions ;
- Sepsis chez le nourrisson < 3 mois ;
- Chez le nourrisson : fièvre associée à l'un des signes suivants :
 - bombement de la fontanelle avec ou sans raideur de la nuque ;
 - hypotonie de la nuque ;
 - convulsion ;
 - Refus de téter.

VI. Confirmer le diagnostic de méningite:

1. **Prélever le LCR: par ponction lombaire.** C'est un acte médical qui doit être réalisé par un médecin :
 - Recueillir le LCR dans 2 tubes stériles (1 – 2 ml au moins par tube).Le premier tube est destiné à l'analyse chimique, le second à l'analyse cyto bactériologique ;
 - Noter immédiatement l'aspect du LCR : claire, trouble, purulent, hémorragique.
 - Rapporter sur l'étiquette des tubes le nom du patient, la date et le numéro d'entrée ;
 - Rédiger le bon de demande d'analyse ;
 - Respecter les conditions d'acheminement et de conservation.

2. المكورة الرئوية:

- تمثل ثاني متعضفة مسببة لالتهاب السحايا القحي؛
- تطرح مشكل مقاومة المضادات الحيوية، التي مثلت 25 % سنة 2009 وتعدد الأنماط المصلية الذي يحول دون إيجاد لقاح موحد (اللقاح المتوفر في البرنامج الوطني للتلقيح يغطي 13 نمطا مصليا فقط)

3. المستدمية النزلية ب:

4. تم القضاء عليها تقريبا بعد إدماج لقاح ضدها في البرنامج الوطني للتلقيح ابتداء من يناير 2007.

V. الحالات السريرية التي تستوجب إجراء البزل القطني:

- حمى مفاجئة + متلازمة سحائية؛
- حمى + فرقرية؛
- حمى + اختلاج؛
- تسمم الدم عند الرضيع أقل من 3 أشهر؛
- حمى مصحوبة بالعلامات التالية عند الرضيع :
 - انتفاخ اليافوخ في حالة وجود أو غياب تيبس الرقبة؛
 - نقص توتر عضلات الرقبة؛
 - اختلاج؛
 - رفض الرضاعة.

.VI. تأكيد تشخيص التهاب السحايا:

1. استخراج السائل الدماغي النخاعي:

- يعتبر البزل القطني إجراء طبيًا يتم إنجازه من طرف الطبيب، ويستوجب:
- جمع السائل الدماغي النخاعي في أنبوبين معقمين (1-2 مل على الأقل في كل أنبوب)؛
 - ملاحظة مظهر السائل الدماغي النخاعي؛
 - كتابة تاريخ الاستخراج، اسم المريض ورقم دخوله للمستشفى؛
 - كتابة طلب لإجراء التحليل؛
 - مراعاة الظروف الملائمة لحفظ العينة وإيصالها للمختبر؛

2. Etapes de l'examen du LCR au laboratoire :

5. Examiner l'aspect du LCR ;
6. Mesurer la protéinorachie et la glycorachie ;
7. Dénombrer les éléments cellulaires ;
8. Etablir la formule leucocytaire (rapport polynucléaires /lymphocytes) ;
9. Réaliser l'examen direct après coloration de Gram ;
10. Recherche des antigènes solubles en cas de cytologie anormale ou présence de germes au Gram ;

3. Résultats de la ponction lombaire en cas de MP :

- La PL ramène un liquide hypertendu, trouble ou franchement purulent rapidement acheminé au laboratoire :
 - **Hypercytose** importante :
 - ✓ Plus de 10 éléments / mm³ dont plus de 50 % de polynucléaires (PNN)
 - ✓ Cas typiques : éléments >1000 /mm³ avec 80 % de PNN (LCR purulent) ;
 - **Hyperprotéinorachie** > 1 g / l ;
 - **Hypoglycorachie** < 0,4g / l ;
 - **Examen direct** : coloration de Gram +++.
 - ✓ Cocci gram-positif (CGP) : pneumocoque
 - ✓ Cocci gram-négatif (CGN) : méningocoque
 - ✓ Bacille gram-négatif (BGN) un haemophilus influenzae (b) (enfant non vacciné) ;
 - **Culture** : identification du germe +antibiogramme de la souche isolée :
 - ✓ une détermination de la **CMI** (concentration minimale inhibitrice) pour *Streptococcus pneumoniae* de la pénicilline et de la ceftriaxone doit être réalisée.
 - ✓ Recherche de **beta-lactamase** pour toutes les souches (H. I : les souches résistantes à l'ampicilline produisent une bétalactamase).

4. Faire les hémocultures:

- La réalisation d'une ou mieux 2 hémocultures est fortement indiquée pour augmenter les chances d'isolement du germe responsable et devient obligatoire dans le cas où la ponction lombaire ne peut être réalisée ou est contre indiquée.

2. مراحل تحليل السائل الدماغي النخاعي:

- فحص عياني لهظهر السائل الدماغي النخاعي؛
- قياس نسبة البروتين والسكر في السائل الدماغي النخاعي؛
- تعداد العناصر الخلوية؛
- تحديد صيغة الكريات البيضاء (نسبة متعددة النواة ونسبة اللمفاويات)؛
- إجراء الفحص المباشر بعد تلوين غرام؛
- البحث عن مستضدات ذوابة في حالة تحليل خلوي غير سليم أو الكشف عن متعضيات بتلوين غرام.

3. نتائج البزل القطني في حالة التهاب السحايا القيحي:

- يظهر البزل القطني وجود سائل دماغي نخاعي مرتفع الضغط مضطرب أو قيحي (يجب إيصاله بسرعة إلى المختبر)؛
- كما يكشف عن فرط مهم في الخلايا:
 - أكثر من 10 عناصر/مم³ حيث تمثل متعددة النواة أكثر من 50 % ؛
 - أكثر من 1000 عنصر/ مم³ 80 % منها من متعددة النواة في الحالة النمطية لالتهاب السحايا القيحي، مما يعطي للسائل الدماغي النخاعي شكلا قيحي؛
- كما نجد فرطا في البروتين يفوق 1 غرام/التر؛
- مصحوبا بنقص في السكر أقل من 0,4 غرام/التر.
- ويكشف الفحص المباشر بعد تلوين غرام عن:
 - مكورات غرام إيجابي: المكورة الرئوية؛
 - مكورات غرام سلبي: المكورة السحائية؛
 - عصيات غرام سلبي: مستدمية نزلية (غالبا عند الأطفال غير الملقحين)؛
- تمكن الزراعة من تحديد المتعضية الممرضة، ومن اختبار تحسس المضادات الحيوية، وبالتالي:
 - تحديد التركيز التثبيطي الأدنى بالنسبة للمكورة الرئوية للبينيسلسن وسيفالوسبورين؛
 - البحث عن البيتا-لاكتاماز لكل أنواع المستدمية النزلية (لأن الأنواع المقاومة للأمبيسلين تنتج البيتا-لاكتاماز)؛

4. زرع الدم:

- يستحسن إجراء فحصين للدم من أجل الرفع من إمكانية عزل المتعضية الممرضة؛
- يكون هذا الاختبار ضروريا في حالة وجود موانع على إجراء البزل القطني؛

5. Faire les examens biologiques de référence:

- Numération et formule sanguine : GB, PNN ;
- Dosage et évolution de la CRP ;
- Dosage et évolution de la pro-calcitonine plasmatique; si élevée oriente vers le caractère bactérien de la méningite.

6. Diagnostic différentiel du syndrome méningé:

- Les méningites d'autres origines (virale, tuberculeuse, mycosique...);
- Les encéphalites virales ;
- Méningisme: contracture des muscles rachidiens simulant une raideur en réaction à une infection ORL, Pneumonie ... La PL est normale, < 3 éléments/ mm^3 ;
- L'hémorragie méningée: syndrome méningé pas ou peu fébrile. La PL fait le diagnostic : retrait d'un LCR hémorragique qui ne coagulant pas.

VII. Conduite à tenir devant un cas clinique suspect de méningite :

Le pronostic d'une méningite bactérienne dépend de la qualité de la prise en charge, Notamment de la mise en œuvre rapide d'un traitement antibiotique approprié ;

Les étapes sont les suivantes :

1. Evaluation du degré de la gravité ;
2. Confirmation diagnostique ;
3. Instauration d'un traitement approprié ;
4. Déclaration du cas;
5. Suivi adéquat en cours et après traitement.

1. Evaluer le degré de gravité :

La gravité clinique d'une méningite à la phase initiale, peut être en rapport avec :

- **Souffrance neurologique** : liée à l'œdème cérébral et l'altération de la régulation du débit sanguin cérébral.
 - Troubles de la conscience voir coma ;
 - Convulsions itératives voir un EMC ;
 - Troubles neurovégétatifs.
- **Signes d'un engagement cérébral** :
 - Mydriase unilatérale associée à une hémiparésie controlatérale ;
 - Anomalies du tonus (décérébration ou décortication).

5. فحوصات بيولوجية مرجعية:

- الصيغة الدموية: الكريات البيضاء خاصة متعددة النواة؛
- قياس بروتين الالتهاب CRP وتتبع تطوره؛
- قياس البرو-كالسيتونين البلازمي وتتبع تطوره (إذا كان مرتفعا فهو يدل على الطابع البكتيري لالتهاب السحايا)؛

6. التشخيص التفريقي للمتلازمة السحائية:

- التهاب السحايا الفيروسي، السلي أو الفطاري؛
- التهاب الدماغ الفيروسي؛
- حالة سحائية (تقلصات عضلات نخاعية تشبه التيبس السحائي والذي يكون ناتجا عن التهابات أنفية-أذنية-حنجيرية أو التهاب الرئة)؛
- نزف سحائي (متلازمة سحائية مصحوبة أو غير مصحوبة بحمى خفيفة)، ويمكن البزل القطني من تشخيص المرض، وذلك بالكشف عن سائل نزفي لا يتخثر.

VI. الإجراءات التي يتم اتخاذها في حالة وجود أعراض سريرية تشير إلى التهاب السحايا:

يرتبط مآل التهاب السحايا البكتيري بجودة التدبير العلاجي وخاصة بالبدء المبكر بالعلاج اعتمادا على المضادات الحيوية المناسبة وذلك باتباع المراحل التالية:

- تقييم درجة الخطورة؛
- تأكيد التشخيص؛
- البدء بعلاج مناسب؛
- التصريح بالحالات؛
- المتابعة الطبية المتواصلة خلال وبعد العلاج.

1. تقييم درجة الخطورة:

- تكمن الخطورة السريرية لالتهاب السحايا خلال المرحلة الأولية في ظهور الأعراض التالية:
 - معاناة عصبية مرتبطة بؤدم دماغي واختلال في تنظيم الصبيب الدموي الدماغي، والمتمثلة في:
 - ✓ اضطراب الوعي أو غيبوبة؛
 - ✓ اختلاج تكراري أو حالة اختلاجية؛
 - ✓ اضطراب عصبي إنباتي.
 - علامات الدموج الدماغي:
 - ✓ توسع الحدقة من جهة مصحوب بشلل نصفي للجهة المعاكسة؛
 - ✓ خلل في توتر العضلات (فصلُ المَحِّ، تقشير).

- **l'état de choc** dans le cadre d'un purpura fulminans (septicémie à MNO), il s'agit d'un choc septique associant de façon variable une **hypovolémie** et **une incompetence myocardique** annoncée initialement par une tachycardie +++
 - Pouls filant, temps de recoloration cutanée allongé (> 3 sec) ;
 - Marbrures, extrémités froides ;
 - Tension artérielle basse ou imprenable ;
 - Oligoanurie.
- **Purpura rapidement extensif, nécrotique, ecchymotique et confluent** pouvant aboutir à la nécrose des extrémités et à d'éventuelles amputations.

2. Confirmer la méningite par une PL :(voir dessus)

Avant d'entamer une PL chercher d'éventuelles **contrindications** absolues ou provisoires à ce geste :

- Etat de choc : différer PL faire hémocultures et administrer ATB et faire un remplissage ;
- Déficit moteur: hémiparésie, hémiparésie...
- Convulsions focalisées ;
- Altération profonde de la conscience ;
- Durée d'évolution des symptômes > à une semaine (faire hémocultures, administrer antibiotiques puis faire **un scanner cérébral**) ;
- L'examen préalable du fond d'œil : aucune indication.

3. Administrer un traitement antibiotique de première intention des MP :

(voir tableau N°I)

- Une céphalosporine de 3^{ème} génération :
 - Ceftriaxone : 100 mg /Kg/j en 2 perfusion par jour, puis en 1 perfusion par jour.
 - Cefotaxime : 200 mg/Kg /j en 4 perfusions
- Si non disponible démarrer une amoxicilline (200mg/kg/j en 4 à 6 perfusions) ;
- Plus la gentamycine : 3 à 5 mg/kg/ j en 1 perfusion unique /j (si âge < 3 mois).

▪ حالة الصدمة التي تدخل في إطار الفرفرة الخاطفة (تسمم الدم بالمكورة السحائية): هي عبارة عن صدمة انتانية مصحوبة بنقص حجم الدم وقصور في عضلة القلب الذي يتجلى في الهداية في تسرع ضربات القلب:

- نبض ضعيف، امتداد زمن إعادة تلون الجلد (< 3 ثوان)؛
- تلون رخامي للجلد، أطراف باردة؛
- ضغط دم منخفض لدرجة يصعب فيها قياسه؛
- قلة البول أو انعدامه.

▪ فرفرة سريعة الانتشار، نخرية، كدمية و متمادية يمكن أن تؤدي إلى نخر الأطراف ، وحتى إلى بترها.

2. تأكيد تشخيص التهاب السحايا بالبزل القطني :

يرجى التأكد من عدم وجود موانع دائمة أو مؤقتة قبل إجراء البزل القطني، والتي تتجلى في:

- حالة الصدمة: التي تستدعي تأجيل البزل القطني ، إجراء زرع الدم ، بدأ العلاج بالمضادات الحيوية، ملء سريع للأوعية الدموية بمحلول ملحي متساوي التوتر؛
- نقيصة حركية : شلل نصفي أو خزل نصفي؛
- اختلاج موضعي؛
- اضطراب عميق للوعي؛
- أعراض تفوق مدة تطورها أسبوعا.

← نقوم في هذه الحالات بإجراء زرع الدم، وبدء العلاج بالمضادات الحيوية وإجراء مفراس دماغي (لا يوجد داع لإجراء فحص قاع العين).

3. بدء العلاج بالمضادات الحيوية الأولية لالتهاب السحايا القحي: (انظر الجدول I)

- الجيل الثالث لسيفالوسبورين:
 - سيفترياكسن 100 مغ/كغ/اليوم عن طريق الوريد مرتين في اليوم؛
 - سيفوتاكسيم 200 مغ/كغ/اليوم عن طريق الوريد 4 مرات في اليوم؛
- في حالة عدم توفر السيفالوسبورين نستعمل الأموكسيسيلين 200 مغ/كغ/اليوم عن طريق الوريد من 4 إلى 6 مرات في اليوم؛
- إضافة إلى الجونتامسين : 3 – 5 مغ/كغ/اليوم مرة في اليوم (إذا كان سن المريض أقل من 3 أشهر)

4. Adapter l'antibiothérapie après culture et antibiogramme :

- Si Méningocoque ou Hib non sécréteur de bêtalactamase : garder les C3G en raison de leur bonne diffusion et de la prise unique ou Amoxicilline 200 mg/kg/j (4 – 6 injections) ;
- Si pneumocoque résistant augmenter les doses des C3G (cefotaxime 300 mg ou Ceftriaxone 150 mg/kg/j) en 2 prises.

5. Surveiller une MP sous traitement :

- Clinique : T°, conscience, raideur méningée, purpura, déficit moteur, périmètre crânien chez le nourrisson, convulsion ;
- Biologique : CRP avant l'arrêt du traitement chez le nourrisson ;
- **PL de contrôle inutile sauf évolution non favorable ou présence de PNO résistant pour s'assurer de la stérilisation du LCR.**

6. Dépister les complications à cour, à moyen et long terme des MP :

- Complications à cour terme :
 - Œdème cérébral majeur (décès par engagement cérébral) ;
 - Hydrocéphalie ++ ;
 - Suppurations endocrâniennes: +++
 - ✓ Abscesses et empyèmes cérébraux ;
 - ✓ Ventriculite (pus dans les ventricules) : nouveau-né et petit nourrisson intérêt de l'échographie transfontanellaire (ETF).
- Complication à moyen et à long terme :
 - Surdité dans 10 % des cas si méningite à PNO (première cause de surdité acquise de l'enfant) ;
 - Séquelles motrices et cognitives ;
 -  pilepsie.

4. ملاءمة العلاج بالمضادات الحيوية بعد نتائج الزرع واختبار تحسس المضادات الحيوية:

- إذا كشفت النتائج عن وجود مكورة سحائية أو مستدمية نزلية غير مفرزة للبيتا-لاكتاماز: نستكمل العلاج بالجيل الثالث لسيفالوسبورين ، وذلك لأنه ينتشر بشكل جيد داخل السحايا، كما أنه يؤخذ جرعة واحدة في اليوم . يمكن استعمال الأموكسيسيلين كبديل بجرعة 200 مغ/كغ/اليوم من 4 إلى 6 مرات في اليوم؛
- أما في حالة الكشف عن المكورة السحائية المقاومة نرفع من جرعات سيفالوسبورين الجيل الثالث (سيفترياكسن 150 أو سيفوتاكسيم 300 مغ/كغ/اليوم) ويعطى مرتين في اليوم.

5. مراقبة تطور التهاب السحايا خلال فترة العلاج:

- المراقبة السريرية: درجة الحرارة، الوعي، تيبس سحائي، فرقرية، نقيصة حركية، كفاف الرأس عند الرضيع، اختلاج...
- المراقبة البيولوجية: بروتين الالتهاب CRP قبل اكتمال العلاج عند الرضيع؛
←يجرى البزل القطني للمراقبة في حالة تدهور حالة المريض أو وجود مكورة رئوية مقاومة في نتائج البزل القطني للتأكد من تعقم السائل الدماغي النخاعي.

6. التحري عن وجود مضاعفات قريبة أو متوسطة أو بعيدة المدى لالتهاب السحايا القيحي:

- مضاعفات قريبة المدى:
 - ودم دماغي مهم ← يسبب الوفاة بدموج دماغي ؛
 - استسقاء دماغي؛
 - تقيح داخل القحف:
 - ✓ خراج ودبيلة دماغية؛
 - ✓ التهاب البطين (قيح في البطين): هنا تظهر أهمية الفحص بالصدى عبر اليافوخ عند حديثي الولادة والرضع الصغار.
- مضاعفات متوسطة وبعيدة المدى:
 - الصمم: عند 10% من حالات التهاب السحايا بالمكورة العقدية (أول سبب للصمم المكتسب عند الطفل)؛
 - عواقب حركية ومعرفية؛ صرع.

7. Assurer les mesures préventives autour d'un cas de MP:

- Déclaration obligatoire de tout cas de méningite ;
- Prophylaxie secondaire des sujets contact en cas de MP à MNO :
 - Rifampicine : adultes 600 mg x 2/j pd 2jours,
enfant: 10 mg/kg x 2/j 02 jours ;
 - Si allergie : spiramycine :adulte : 3MUI x 2/j pd 5 jours,
enfant: 75000 UI/kg X 2/ j pd 5 jours .
- Riposte vaccinale en cas de MP à MNO de sérotype : A, C, ou W135. Le vaccin contre le sérotype B récemment développé, sera disponible bientôt au Maroc.

VIII. Conclusion:

- Les MP de l'enfant constituent une urgence diagnostique et thérapeutique.
- Une bonne évaluation sémiologique, notamment chez le nourrisson permet un diagnostic rapide. La PL doit être réalisée en fait devant la moindre suspicion de Méningite chez un nourrisson.
- Une antibiothérapie immédiate et adaptée au germe présumé est un des meilleur garantie du bon pronostic.
- Enfin tout purpura fébrile doit être considéré comme un purpura fulminans jusqu'à preuve de contraire, et l'enfant doit être traité comme tel et mis en observation pendant 24H. .

7. اتخاذ تدابير وقائية لفائدة المحيطين بحالات التهاب السحايا القيحي :

- يجب أن يكون التصريح إجباري بجميع حالات التهاب السحايا ؛
- يجدر توفير وقاية ثانوية للأشخاص المخالطين للمريض المصاب ببلتهاب السحايا بالمكورة السحائية:
 - ريفونبسين: البالغ: 600 مغ مرتين في اليوم لمدة يومين؛
 - الطفل: 10 مغ/كغ مرتين في اليوم لمدة يومين.
 - في حالة الحساسية: سبيرامسين: البالغ 3MUI مرتين في اليوم لمدة 5 أيام؛
 - الطفل 75000 UI مرتين في اليوم لمدة 5 أيام.
- اللقاح متوفر في حالة التهاب السحايا بالمكورة السحائية بالنسبة للأصاال التالية:
A, C, W13، وفي طور التحضير بالنسبة للمصل B، وسيكون متوفرا قريبا بالمغرب.

.VII خلاصة:

- يعد التهاب السحايا القيحي عند الطفل استعجالا تشخيصيا وعلاجيا؛
- يُمكن التقييم العرضي الجيد عند الرضيع من تشخيص سهل للمرض ، كما يجدر اجراء البزل القطني أمام الشك في الإصابة بالتهاب السحايا عند الرضيع؛
- يعد العلاج الفوري بالمضادات الحيوية الملائمة عند الشك في متعضية معينة من أهم العوامل الضامنة للتطور الإيجابي للمرض ؛
- وأخيرا يجب اعتبار كل فرغرية حموية فرغرية خاطفة إلى أن يثبت العكس، ووضع الطفل المصاب بها تحت المراقبة لمدة 24 ساعة.

ETUDE DE CAS :

Cas clinique n°1 :

Ali, âgé de 5 ans, consulte pour une fièvre évoluant depuis 24 heures, accompagnée de céphalées et de vomissements faciles. Sans convulsions. Ali n'a pas d'antécédents pathologiques particuliers et est bien vacciné selon le PNI. L'examen clinique retrouve un garçon conscient avec un Glasgow à 14/15. La TA est de 9/5 (N), la température à 39,5°C, le pouls à 110bpm, la FR à 30c/mn, le Poids à 20kg(N) et la Taille à 110 cm (N). L'enfant présente une raideur méningée franche sans déficit moteur ni sensitif et l'examen des paires crâniennes est normal. Par ailleurs, l'enfant ne présente ni oreillons ni purpura.

Questions :

1. Quel est le syndrome clinique que présente Ali ? et par conséquent votre première hypothèse diagnostique ?
2. Quelle est l'exploration urgente à réaliser et quelles sont les précautions à prendre ?
3. Quel est votre geste thérapeutique immédiat ?
4. D'après les résultats fournis par votre encadrant, quel est votre diagnostic ?
5. Quelle prise en charge proposez-vous pour cet enfant ?

دراسة الحالات:

الحالة السريرية رقم 1:

- يبلغ "علي" خمس سنوات، يعود الطبيب بسبب حمى ألمت به منذ 24 ساعة مصحوبة بصداق وقيء سهل، بدون اختلاج.
- ليس "علي" أي سوابق مرضية معينة، ملقح جيدا حسب البرنامج الوطني للتلقيح.
- يبين الفحص السريري أن وعي الطفل جيد : 14 / 15 ، ضغط الدم 5/9، درجة الحرارة 39.5°، النبض 110 نبضة/دقيقة، تردد التنفس 30 دورة/دقيقة، الوزن 20 كلغ، الطول 110 سم.
- الطفل يعاني من تيبس سحائي واضح مع عجز حركي وحسي، فحص الأعصاب القحفية طبيعي.
- الطفل لا يعاني من نكاف أو من فرفرة.

الأسئلة:

- 1 - ما هي المتلازمة السريرية التي تظهر عند "علي"؟ وبالتالي ما هي أول فرضية تشخيصية؟
- 2 - ما هو الاختبار الاستعجالي الذي يجب إجراؤه، وما هي الاحتياطات الواجب اتخاذها؟
- 3 - ما هو الإجراء العلاجي الفوري الواجب اتخاذه؟
- 4 - وفقا للنتائج المقدمة لك من طرف المشرف، ما هو تشخيصك؟
- 5 - ما هو التدبير العلاجي الذي تقترحه لهذا الطفل؟

Cas clinique n°2 :

Un nourrisson de 10 mois présente une fièvre depuis 36 heures. Douze heures avant son admission, il présente des cris incessants, un refus de téter et une somnolence inhabituelle. La survenue d'une convulsion clonique généralisée d'environ 5 mn a précipité la consultation aux urgences pédiatriques.

Questions :

1. De quels arguments anamnestiques et cliniques avez-vous besoin pour étayer cette situation clinique ?
2. Quels syndromes cliniques présente ce nourrisson ? Justifiez vos réponses
3. Quels sont les premiers soins à dispenser en urgence à ce nourrisson ?
4. Quelle est votre première hypothèse diagnostique ? Que faites vous pour la confirmer ?
5. Quel diagnostic retenez vous ? Et quelle attitude thérapeutique découle immédiatement de votre geste de confirmation ?
6. Selon le contexte clinique, quel est à votre avis le germe le plus probable ?
7. Quels autres examens complémentaires demanderiez vous pour augmenter les chances d'isoler le germe en cause et pour le suivi du malade sous traitement.
8. Les résultats de vos explorations vous sont fournis par votre encadrant, récapitulez la situation clinique et planifiez la prise en charge durant l'hospitalisation.

الحالة السريرية 2:

يبلغ عمر 10 أشهر، يعاني من حمى منذ 36 ساعة، 12 ساعة قبل قدومه إلى المستشفى، يبكي باستمرار، يرفض الرضاعة، يعاني من نيمومة غير اعتيادية، وحدوث اختلاج توتري رمعي معمم مدة 5 دقائق هو الذي عجل بعبادة مستعجلات الأطفال.

الأسئلة:

- 1 - ما هي المعطيات العرضية والسريرية التي تحتاجها لتحليل هذه الحالة السريرية؟
- 2 - ما هي المتلازمة السريرية التي تظهر على هذا الرضيع؟ علل إجابتك؟
- 3 - ما هو الإجراء الإستعجالي الواجب تقديمه لهذا الرضيع؟
- 4 - ما هي أول فرضية تشخيصية بالنسبة لك؟ وماذا تفعل لتأكيدها؟
- 5 - ما هو تشخيصك بعد ذلك؟ وما هو التدبير العلاجي المفروض إجراؤه بعد اختبار تأكيد

التشخيص؟

- 6 - اعتمادا على البيان السريري، ما هي في نظرك المتعضية المحتمل أن تكون سبب المرض؟
- 7 - ما هي الفحوصات التكميلة الأخرى التي يمكن أن ترفع من فرصة عزل المتعضية المسببة للمرض، وتمكن من متابعة المريض تحت العلاج؟
- 8 - يتم تقديم نتائج الفحوصات من طرف المشرف، لخص الحالة السريرية، وضع خطة لتدبير علاجي أثناء الاستشفاء.

Cas clinique n°3 :

Une fille de 6 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour une fièvre d'installation brutale depuis 6 heures, réfractaire aux antipyrétiques avec altération rapide de l'état général et agitation.

L'examen clinique trouve un enfant agité mais consciente, pesant 20 Kg (N) fébrile à 40 °, tachycarde à 140 bpm /mn (N < 130) ; TA : 100/60 mm Hg (N), FR à 26 c/mm. L'examen cutané objective quelques taches rouges au niveau du tronc au nombre de cinq, non effaçables à la vitropression. Par ailleurs, l'enfant ne présente pas de raideur méningée, ni de déficit moteur.

Questions :

1. De quel situation clinique s'agit il ? Quel est votre premier diagnostic ?
2. Donnez une évaluation de la situation clinique et précisez vos premiers gestes ?
3. Quels examens paracliniques demanderiez-vous et quelles sont les précautions à prendre ?
4. Au vu des résultats de vos examens complémentaires quel est votre diagnostic final ?

Cas clinique n°4 :

Un enfant de 11 ans, ayant des antécédents d'angines à répétition, présente depuis 3 jours une fièvre et des céphalées. La mère ayant l'habitude des angines à eu recours à l'automédication par de l'Amoxicilline (500 mg x 3/j) pendant 48 heures. Devant l'absence d'amélioration totale l'enfant a consulté aux urgences.

L'examen clinique trouve un enfant conscient, en bon état général, le Poids à 29 Kg, la T 38,9°C, la FR à 18 c /mn, le Pouls à 90 bpm/mn, la TA : 100 mm Hg. L'examen clinique a objectivé une raideur de la nuque, sans déficit sensitivomoteur ni des paires crâniennes. L'examen ORL ne montre ni angines ni oreillons et l'enfant ne présente pas d'éruption cutané. Le reste de l'examen somatique et notamment neurologique est sans particularités.

Questions :

1. Identifiez la situation clinique ci-dessus et donnez vos hypothèses diagnostiques ?
2. Votre encadrant vous donne un résultat. A ce stade, quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
3. En s'aidant des nouvelles données pour quel diagnostic optez vous ? Justifiez.
4. Pour conforter votre hypothèses quels autres investigations demanderiez vous ?

تبلغ فتاة من العمر 6 سنوات، ليس لها سوابق مرضفة معرفة، تعاني من حمى ذات ظهور مفاجئ منذ 6 ساعات، لا تستجيب لمضادات الحمى مع تدهور سريع للحالة العامة مع هياج؛ يظهر الفحص السريري أن الطفلة منفعلة ولكن واعفة، تزن 20 كلغ، تعاني من حمى 40° ، تسارع القلب 140/دقيقة، ضغط الدم 60/100، تردد التنفس 26؛ يكشف فحص الجلد عن بقع حمراء على الجذع عددها 8، والتي لا تختفي عند المعرفة الشفوففة، كما أن الطفلة لا تعاني من تيبس سحائي ولا من عجز حركي.

الأسئلة:

- 1 - ما هي هذه الحالة السريرفة؟ وما هو تشخيصك الأولي؟
- 2 - اعط تقييمًا للحالة السريرفة، وحدد الخطوات الأولى؟
- 3 - ما هي الفحوصات التكميلية التي يجب إجراؤها؟ وما هي الإجراءات الواجب اتخاذها؟
- 4 - اعتمادًا على نتائج الفحوصات التكميلية، ما هو تشخيصك النهائي؟

الحالة السريرفة 4

يبلغ طفل من العمر 11 سنة كان يعاني من التهاب متكرر للوزتين، وهو يعاني منذ 3 أيام من حمى وصداع الرأس، وكانت أمه تداويه عادة بالأمكسولين 500 ملغ، 3 مرات في اليوم لمدة 48 ساعة، أما في هذه المرة ونظرًا لعدم التحسن قام بزيارة المستعجلات. يظهر الفحص السريري أن الطفل واع وحالته العامة جيدة، الوزن 29 كلغ، الحرارة: $38,9^{\circ}$ ، تردد التنفس: 18 دورة/الدقيقة؛ النبض: 90 نبضة/الدقيقة، ضغط الدم: 100 مم من الزئبق؛

يعاني الطفل من تيبس للرقبة غير مصحوب بعجز حركي حسي أو إصابة الأعصاب القحفية، كما لا يظهر فحص الأذن الأنف والحجرة أي التهاب للوزتين أو للكاف، ولا يعاني الطفل من أي طفوح جلدية، كما أن باقي الفحص الجسدي خاصة العصبي لا يظهر أي خلل.

أسئلة:

1. حدد الحالة السريرفة المبينة أعلاه واعط فرضيات تشخيصية؛
2. سيعطيك المشرف نتيجة اختبار أجري للطفل، في هذه المرحلة ما هي الفرضيات التشخيصية التي يمكن أن تحتفظ بها؟
3. اعتمادًا على المعطيات الجديدة ما هو تشخيصك الجديد مع التبرير؟
4. لتعريف هذه الفرضفة ما هي المعطيات الأخرى التي يمكن أن تبحث عنها.

Les éruptions fébriles de l'enfant

Plan :

- I. Introduction
- II. Diagnostic positive :
 - A. Interrogatoire
 - B. Examen clinique
- III. Etiologies :
 - A. Purpuras fébriles
 - B. Maculo-papules :
 - 1. Rougeole
 - 2. Rubéole
 - 3. Exanthème subit
 - 4. Mégalérythème épidémique
 - 5. Fièvre boutonneuse méditerranéenne (Rickettsiose)
 - 6. Maladie de Kawasaki
 - 7. Eruption scarlatiniforme
 - 8. Epidermolyse staphylococcique aigue
 - C. Vésicules et bulles :
 - 1. Varicelle
 - 2. Impétigo
 - 3. Prurigo strophulus
 - 4. Herpès
 - 5. Syndrome pied-main-bouche
 - D. Erythème polymorphe :
 - 1. Erythème polymorphe mineur
 - 2. Syndrome de Stevens-Johnson / Syndrome de Lyell
 - E. Érythème noueux :
- IV. Conclusion

الطفح الجلدي الحموي عند الطفل

التصميم

- I. مقدمة
- II. التشخيص الإيجابي:
 - أ. أخذ السيرة والسوابق
 - ب. الفحص السريري
- III. مسببات الطفح الجلدي:
 - أ. فرقرفة حموية
 - ب. طفح جلدي مبقع وحطاطي:
 1. الحصبة
 2. الحميراء
 3. طفح ظاهر فجائي
 4. حمامى ضخمة وبأئي
 5. الحمى البرعمية المتوسطة
 6. مرض الكوازاكي
 7. طفوح جلدية قرمزفة الشكل
 8. انحلال البشرة العنقودي الحاد
 - ج. طفح جلدي حويفلي وفقاعي:
 1. الحمامق
 2. القوباء
 3. حكاك الشرى الحطاطي
 4. الهربس
 5. متلازمة رجل-يد-فم
 - د. حمامى متعددة الأشكال الصغيرة:
 1. حمامى متعددة الأشكال الصغيرة
 2. متلازمة ستيفن جونسن/ متلازمة ليل
 - ه. حمامى عقدة
- IV. خلاصة

Objectifs:

- Reconnaître les lésions élémentaires des éruptions fébriles (EF) ;
- Identifier les EF qui peuvent engager le pronostic vital : purpura fébril, syndrome de Kawasaki, sd de Stevens-Johnson / syndrome de Lyell ;
- Diagnostiquer une rougeole, une rubéole, un éxanthème subit, un mégalérythème épidémique, une scarlatine, une varicelle;
- Connaitre la stratégie diagnostique des EF ;
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

I. Introduction :

- Les EF, sont un motif fréquent en pédiatrie, notamment en saison automno-hivernale;
- Dans 90 % des cas environ, la cause est virale et de bon pronostic ;
- Le diagnostic essentiellement clinique, basé sur l'identification de la lésion élémentaire et des signes associés ;
- Il existe des EF qui peuvent engager le pronostic vital, d'autres nécessitent un traitement urgent et d'autres un diagnostic étiologique précis. Cependant, la plupart des EF sont bénignes et ne nécessitent pas de confirmation biologique.

II. Diagnostic positif :

A. Interrogatoire :

- L'âge
- Chronologie de l'éruption, début, siège, nature, lésion élémentaire débutante ;
- Notion de contagé ;
- Antécédents médicaux (contexte d'immunodépression)
- Signes d'accompagnements ;
- Prise médicamenteuse, vaccin, piqure d'insecte, séjour en compagnie, retour d'un voyage ;
- Syndrome grippale.

الأهداف:

- التعرف على الآفات الأولية للطفوح الجلدية؛
- تحديد الطفوح الجلدية التي يمكن أن تشكل خطرا على حياة المريض، مثل: الفرغرية الحموية، متلازمة كوازكي، متلازمة ستيفن-جونسن، متلازمة ليل...
- تشخيص داء الحصبة، الحميراء، طفح ظاهري فجائي، حمى ضخم ة وبائية، القرمزية والحماق؛
- الإحاطة بإستراتيجية تشخيص الطفوح الجلدية؛
- تحليل التدابير العلاجية وبرمجة متابعة طبية للمريض.

I. مقدمة:

- تعد الطفوح الجلدية سببا شائعا لعيادة طبيب الأطفال، خاصة في فصلي الخريف والشتاء؛
- تسبب الفيروسات 90 % من الطفوح الجلدية فيروسي ويكون مآلها غالبا حميدا؛
- يعتمد التشخيص أساسا على الفحص السريري، وذلك عن طريق تحديد الآفات الأولية والعلامات المصاحبة.
- تشكل بعض الطفوح الجلدية خطرا على حياة المريض، فيما يحتاج بعضها لعلاج استعجالي، ويتطلب البعض الآخر تشخيصا سببيا محددًا، لكن أغلب الطفوح الجلدية حميدة ولا تستوجب إجراء أي اختبار بيولوجي.

II. التشخيص الإيجابي:

أ. البحث في سيرة وسوابق المريض:

- سن المريض؛
- السيرورة الزمنية للطفح الجلدي، بدايته، تموضعه، طبيعته، الآفات الأولية التي ظهرت في بداية تطور المرض؛
- وجود إمكانية العدوى؛
- السوابق المرضية الطبية للمريض (حالة ضعف المناعة)؛
- أخذ بعض الأدوية، أخذ لقاح، التعرض لدغة حشرة، الإقامة بالبادية، الرجوع من سفر...
- متلازمة نزلية.

2. Examen clinique :

Analyse sémiologique précise de l'éruption repose sur :

- L'examen clinique de l'éruption:
 - Tout le revêtement cutané doit être examiné sans oublier le cuir chevelu ;
 - Sa nature: macules, papules, vésicules, purpura (description des lésions élémentaires) ;
 - Localisée ou diffuse, confluence avec ou sans intervalle de peau saine ;
 - Chronologie (survenue unique ou par poussées) ;
 - Les symptômes associés : fièvre, desquamation, prurit.
- L'examen clinique complet :
 - Présence d'un état de choc, Recherche de signes de gravité (hémodynamiques, respiratoires, neurologiques);
 - Enanthème, angine, vésicules ou érosions muqueuses bucco-pharyngées...
 - Mesure de la température ;
 - Examen pulmonaire ;
 - Recherche d'adénopathies ;
 - Recherche d'une hépato-splénomégalie.
- **Important :**
 - toujours déshabiller complètement un enfant fébrile pour guetter une éruption, notamment un purpura ;
- **Attitudes pratiques :**
 - Devant une éruption fébrile, l'important est d'identifier les enfants qui nécessitent :
 - ✓ une hospitalisation urgente : purpura fébrile, maladie de Kawasaki, Syndrome de Lyell, syndrome de Srevens-Johnson, Syndrome du choc staphylococcique, l'épidermolyse staphylococcique aigue, ou tout enfant présentant une EF sans orientation mais qui a des signes de gravité (collapsus, troubles de la conscience).
 - ✓ Un traitement adapté : scarlatine, rickettsiose, impétigo, érysipèle...

ب. الفحص السريري:

يعتمد التحليل العرضي مدقق للطفح الجلدي على :

- الفحص السريري للطفح الجلدي:
 - تفحص اللحافة الجلدية دون نسيان فروة الرأس؛
 - يُكِّن هذا الفحص من تحديد:
 - ✓ طبيعة الطفح الجلدي: بقعة، حطاطة، حويصلة، فرغرية (وصف الآفات الأولية)؛
 - ✓ مساحة الطفح: موضعي أو منتشر، مقرون بوجود أو غياب مساحة جلدية معافاة؛
 - ✓ السيروورة الزمنية: يظهر مرة واحدة أو على مراحل؛
 - ✓ الأعراض المصاحبة: حمى، تقشر، حكة...
- فحص سريري شامل:
 - وجود حالة الصدمة، البحث عن أعراض الوخامة (ديناميكية الدم، تنفسية، عصبية)؛
 - ظهور طفح باطن، التهاب الحلق أو التهاب الحويصلة، تآكل الغشاء المخاطي للفم والحنجرة؛
 - قياس درجة الحرارة؛
 - الفحص الرئوي؛
 - البحث عن تضخم العقد اللمفاوية؛
 - البحث عن تضخم الطحال والكبد.
- ملحوظة: من المهم تجريد الطفل الذي يعود الطبيب من أجل الحمى من جميع الملابس وذلك للبحث عن طفوح جلديّة، وخصوصا البحث عن فرغرية؛
- مواقف عملية:
 - يعد من المهم أمام أي طفح جلدي تحديد الأطفال الذين يستلزمون:
 - ✓ الاستشفاء المستعجل: فرغرية حموية، متلازمة كوازاكي، متلازمة ليل، متلازمة ستيفن-جونسن، متلازمة الصدمة العنقودية، انحلال جلدي عنقودي حاد، وكل الأطفال المصابين بطفوح جلدية دون توجه سببي، ولكن تظهر عليهم أعراض الوخامة (وهط، اضطراب الوعي)
 - ✓ أو علاجا محددا: القرمزية، داء الركتسيات، القوباء، الحمرة...

- Pour optimiser l'orientation étiologique clinique, il faut procéder méthodiquement :
 - ✓ identifier la lésion élémentaire (purpura, macule, papule, vésicule, bulle, cocarde, décollement cutané) ;
 - ✓ définir sa répartition (généralisée (ex : rougeole), localisée (ex : syndrome pied-main-bouche), sièges particuliers (paumes et plantes : rickettsiose, cuire chevelu : varicelle, plis : scarlatine) ;
 - ✓ rechercher les signes associés : importance de la fièvre (ex : 40°C dans la rougeole, la scarlatine et le Kawasaki ; 38-38,5°C dans la rubéole et la varicelle), l'existence d'un prurit (ex : varicelle), d'une desquamation (évolution de la scarlatine et du Kawasaki), d'une tache noire (rickettsiose) et d'une atteinte des muqueuses (stomatite herpétique, angine de la scarlatine) et des demi muqueuses (Chéilite du Kawasaki).
- Cependant, souvent, le médecin n'a pas d'orientation clinique, notamment devant une EF morbilliforme. Dans ce cas, il n'a pas besoin de faire des analyses biologiques si l'état général est conservé, il s'agit d'une cause virale bénigne. Il suffit de suivre l'évolution de l'EF en 1 ou 2 consultations jusqu'à sa disparition à la recherche de signes de gravité ou d'orientation. Des mesures symptomatiques comme l'utilisation d'antipyrétiques sont conseillés.

III. Principales étiologies:

- LES PURPURAS FEBRILES : purpura fulminans jusqu'à preuve du contraire ;
- MACULO-PAPULES : Rougeole, Rubéole ou Exanthème subit, Eruption scarlatiniforme, Mégalérythème épidémique, Fièvre boutonneuse méditerranéenne (Rickettsiose), Maladie de Kawasaki, Epidermolyse staphylococcique aigue
- VESICULES – BULLES : Varicelle, Herpès, Impétigo, Prurigo strophulus, Syndrome pied-main-bouche ;
- ERUPTION POLYMORPHE : Syndrome de Stevens-Johnson, Syndrome de Lyell Erythème polymorphe mineur ;
- HYPODERMITES (PANNICULITES): Erythème noueux.

- ولتحسين التوجه السببي السريري، يجب تتبع المنهجية التالية:

- ✓ تحديد الآفة الأولية (فريرية، بقعة، حطاطة، حويصلة، فقاعة، أربة، انفصال جلدي)
- ✓ تحديد موضع الطفح الجلدي: منتشر (الحصبة)، موضعي (متلازمة رجل-يد-فم)، مواضع منفردة (الراحتان و الأخمصان ←داء الركتسيات، فروة الرأس ←الحماق، الطيات ←القرمزية)
- ✓ البحث عن العلامات المصاحبة: شدة الحمى (40 ° ←الحصبة، القرمزية، الكوازاكي، 38-38,5 ←الحميراء، الحماق)، وجود حكة (الحماق)، وجود تقشر (تطو القرمزية والكوازاكي)؛
- ✓ لا يمكن الطبيب غالبا من تحديد سبب الطفح الجلدي، لأنه غالبا ما يكون حصبي الشكل، في هذه الحالة لا يلجأ الطبيب لطلب فحوصات بيولوجية، خصوصا إذا كانت الحالة العامة تتسم بالاستقرار، لأن الطفح الجلدي يكون غالبا فيروسي وحميد. وبالتالي يكتفي بتتبع الطفل من خلال زيارة أو زيارتين له إلى أن يختفي الطفح وتهدف هذه الزيارات للبحث عن أعراض الوحامة أو التوجه السببي؛
- ✓ ينصح ببعض الاحتياطات العرضية مثل استعمال مضادات الحمى.

.III مسببات الطفح الجلدي:

- فريرية حموية : نعتبرها فريرية خاطفة إلى أن يثبت العكس؛
- بقع وحطاطات : الحصبة، الحميراء ، طفح ظاهر فجائي ، حمامى ضخمة وبائية، الحمى البرعمية المتوسطة، مرض الكوازاكي، طفوح جلدية قرمزية الشكل، انحلال البشرة العنقودي الحاد؛
- حويصلة، فقاعة : حماق، هريس، قوباء، حكاك الشرى الحطاطي، متلازمة رجل-يد-فم؛
- طفح جلدي متعدد الأشكال : متلازمة ستيفن جونسون ، متلازمة ليل ، حمامى متعددة الأشكال الطفيفة ...
- التهاب الشحمية : التهاب السبلة الشحمية: حمامى حمقة.

A. Purpuras fébriles :

- Même si le plus souvent il s'agit d'une cause virale ou bactérienne sans méningite (méningococcémie), tout purpura fébrile doit être considéré comme un purpura fulminans : méningite purulente au Méningocoque qui peut rapidement s'accompagner de collapsus, de trouble de conscience et de nécroses étendues.
- Donc c'est une urgence médicale : tout purpura fébrile doit être hospitalisé en unité de soins intensifs pour observation de 24H, avec administration de Ceftriaxone IV et réalisation d'un bilan.
- En consultation, tout purpura fébrile doit être traité par 50 mg de ceftriaxone en IM ou IV avant un transfert médicalisé vers un service de soins intensifs.
- Diagnostic différentiels : purpura thrombopénique fébrile comme dans les leucoses aigues, par exemple.

B. Éruptions maculo-papuleuses :

1. Rougeole :

- Epidémiologie :
 - Due à un parvovirus ;
 - Age de survenue : à partir de 5-6 mois ;
 - Sa fréquence a nettement diminué au Maroc depuis la généralisation de la vaccination ;
 - L'objectif de l'OMS d'éradiquer la maladie est encore loin d'être atteint puisque le nombre estimé de cas annuels de rougeole dans le monde est de 30 millions, et celui des décès imputables à cette maladie de 875 000 ;
 - Maladie très contagieuse ;
 - L'échec de la vaccination est actuellement de 3 à 6 % des cas ;
- Clinique :
 - Evolution caractéristique : 2 semaines après le contage, fièvre élevée (39-40°C) pendant 4 jours accompagnée de catarrhe oculo-respiratoire (conjonctivite, coryza, toux) et souvent des signes digestif (diarrhée). Ensuite, s'ajoute l'éruption maculo-papuleuse descendante pendant 4 jours puis desquamation fine.

أ. الفرغريات الحموية:

- يجدر اعتبار كل فرغرية حموية على أنها فرغرية خاطفة (تظهر في حالة الإصابة بالتهاب السحايا بالمكورة السحائية المصحوب بوهط، اضطراب الوعي أو نخر ممتد)، على الرغم من أن سبب الفرغرية الحموية في أغلب الأحيان فيروسي أو بكتيري مع غياب التهاب السحايا (انتان الدم بالمكورة السحائية)؛
- لذا تعتبر الفرغرية الحموية استعجالا طبيا يستلزم استشفاء المريض في مصلحة العناية المركزة للمراقبة لمدة 24 ساعة، وعلاجه بالسيفترياكسون عبر الوريد، وإجراء بعض الفحوصات له؛
- يجب البدء بالعلاج في العيادة الطبية في حالة الإصابة بفرغرية حموية عن طريق إعطاء المريض جرعة 50 مغ من سيفترياكسون عبر العضل أو عبر الوريد قبل نقله الطبي لمصلحة العناية المركزة.
- التشخيص التفريقي: فرغرية حموية ناتجة عن قلة الصفائح الدموية كما هو الحال في تكثر الكريات البيض الحاد.

ب. طفح جلدي مبقع و حطاطي:

1. الحصبة :

- وبائيات:
 - تعد الفيروسات الصغيرة المتعضية المسؤولة عن المرض؛
 - سن ظهور المرض: ابتداءا من 5-6 أشهر؛
 - بدأ يقل انتشار المرض في المغرب بفضل اللقاح ؛
 - ما زال هدف منظمة الصحة العالمية في القضاء على داء الحصبة بعيدا نظرا للعدد الكبير من حالات الإصابة في العالم التي تتجاوز 30 مليونا، وحالات الوفيات التي تبلغ 875000 حالة وفاة سنويا؛
 - تعد الحصبة مرضا معديا جدا؛
 - يقدر فشل اللقاح حاليا ب 3 إلى 6 % من الحالات.
- المظهر السريري:
 - يعد تطور المرض مميزا له حيث تظهر أسبوعين بعد العدوى حمى مرتفعة (39-40°)، تدوم 4 أيام وتكون مصحوبة بنزلة عينية-رئوية (التهاب الملتحمة، زكام، سعال)، وأيضا بعلامات هضمية (إسهال)، وبعد ذلك يظهر الطفح الجلدي على شكل بقع وحطاطات ينتشر في الجسم بشكل تنازلي ثم يتبع بتقشر دقيق.

- Eruption fébrile :
 - ✓ Exanthème : Maculo-papules de couleur rouges intense, souvent confluentes mais toujours avec intervalles de peau saine. L'exanthème est diffus à tout le corps selon une évolution descendante : commence derrière les oreilles, puis visage, tronc, membres inférieurs, et la disparition se fait selon l'ordre d'apparition laissant une desquamation fine.
 - ✓ Enanthème : signe de Koplik = Petits points blanc-bleuâtres situés à la face interne des joues.
- Durée de l'éruption : 6 jours.

- Evolution :
 - Favorable sous Tt symptomatique qui consiste à soulager les différents symptômes, comme la toux, les démangeaisons ou la fièvre. L'administration de vitamine A orale à forte dose peut réduire la gravité et la durée des complications ;
 - Complications : (surtout en cas de facteurs de risque : Jeune âge (nourrisson), malnutrition, maladie chronique, déficit immunitaire) :
 - ✓ Otite, laryngite, bronchiolite, bronchopneumonie ;
 - ✓ Encéphalite morbilleuse (J4-J5 post-éruption) ;
 - ✓ Leuco-encéphalite sclérosante subaiguë tardive.

- Maladie à déclaration obligatoire ; définition du cas au Service Régional d'Epidémiologie.

- Confirmation : IgM anti-rougeole, demandées si doute diagnostic ou pour études épidémiologiques.

- الطفح الجلدي:
 - ✓ طفح ظاهر: مبقع حطاطي ذو لون أحمر قاتم، غالبا ما يكون مقرنا مع وجود مناطق من جلد معافى، وينتشر في جميع أنحاء الجسم حسب تطور تنازلي : يبدأ خلف الأذنين، ثم ينتشر في الوجه، ثم الجذع، ثم الأطراف السفلى، ويختفي حسب نفس الترتيب مخلفا تقشرات دقيقة.
 - ✓ طفح باطن: علامة كوبليك: وهي عبارة عن نقط صغيرة بيضاء زرقاوية متمركزة على الجانب الداخلي للخصين؛
- مدة الطفح الجلدي: 6 أيام؛

• التطور:

- يكون التطور إيجابيا بالاعتماد على علاج عرضي فقط، والذي يهدف لتخفيف بعض الأعراض مثل الحكمة والسعال، كما أن إعطاء جرعات كبيرة من فيتامين A يساعد على الحد من وخامة ومدة المضاعفات.
- يمكن حدوث مضاعفات خاصة في الحالات التالية: عند صغير السن (الرضيع)، سوء التغذية، أمراض مزمنة، ضعف المناعة، وتتمثل في:
 - التهاب الأذن، التهاب الحنجرة، التهاب القصبات، التهاب قصبي رئوي؛
 - التهاب الدماغ الحصيبي (في اليوم الرابع أو الخامس بعد الطفح)؛
 - التهاب بيضاء الدماغ المصلب دون الحاد المتأخر؛
- تستلزم الحصبة تصريحا إجباريا لدى مصالح علم الأوبئة الإقليمية؛
- تأكيد التشخيص يعتمد على البحث عن الغلوبولين المناعي ضد الحصبة (يطلب فقط في حالة الشك في التشخيص أو لإجراء دراسات وبائية).

2. Rubéole :

- Maladie virale contagieuse due à un virus à ARN de la famille des togaviridae
- Bénigne mais risque de malformation congénitale si transmise à une femme enceinte : le syndrome de Rubéole congénitale comportant des malformations cérébrales, oculaires, auditives et cardiaques.
- Age 3 à 10 ans
- Eruption fébrile : fièvre modérée, exanthème morbiliforme (macules discrètes non confluentes): débutant au niveau de la face, s'étendant en 24 heures au tronc et à la racine des membres, avec modification rapide de l'éruption en quelques heures puis disparition sans desquamation ;
- Adénopathies cervicales douloureuses ;
 - Evolution :bénigne chez l'enfant ;
- La contagiosité persiste 10 jours après l'éruption.
- Prévention : vaccination antirubéolique couplée au vaccin anti-rougeoleux dans le Programme National d'Immunisation (PNI).

3. Exanthème Subit ou roséole infantile :

- Du à *Herpès virus* de type 6 et 7 ;
- Maladie du nourrisson âgé de 3 mois à 24 mois.
- Clinique:
 - Chronologie de l'exanthème typique permettant un diagnostic clinique ;
 - Fièvre brutale, élevée en plateau, isolée ;
 - Au 3e jour : disparition de la fièvre (+++) et apparition de fines macules, rose pâle, prédominant au tronc respectant la face ;
- Durée : quelques heures (12 à 24 heures) ;
- Prévention : pas de vaccin.

2. الحميراء:

- تعد الحميراء مرضا فيروسيا معديا يسببه فيروس من فصيلة الفيروسات الطخائية؛
- يعتبر هذا الداء حميدا، ولكن الخطورة تكمن في إمكانية إصابة الجنين بتشوهات خلقية عند عدوى المرأة الحامل بالفيروس مسببا متلازمة الحميراء الخلقية المكونة من تشوهات دماغية وبصرية وسمعية وقلبية؛
- السن: من 3 إلى 10 سنوات؛
- طفح جلدي حموي: يجمع بين حمى معتدلة وطفح ظاهر حصبي الشكل (بقع مفصولة غير مقرنة) على مستوى الوجه، و يمتد بعد 24 ساعة إلى الجذع وأصول الأطراف، ويتغير بسرعة خلال بضع ساعات، ثم يختفي دون ترك تقشرات؛
- يمكن أن يكون مصحوبا بتضخم مؤلم للعقد اللمفاوية العنقية؛
- يكون التطور دائما حميدا عند الطفل؛
- يدوم الإعداء 10 أيام بعد الطفح الجلدي؛
- تعتمد الوقاية على لقاح ضد الحميراء ممزوج بلقاح ضد الحصبة ويندرج في إطار البرنامج الوطني للتلقيح.

3. طفح ظاهر فجائي أو الوردية الطفلية:

- يسببه فيروس الهربس نوع 6 و7؛
- يصيب الأطفال الذين يتراوح سنهم بين 3 أشهر وستين؛
- يبين الفحص السريري أن السيرورة الزمنية للطفح الجلدي لها علاقة مع الحمى وهذه العلاقة نوعية تمكن من التشخيص السببي؛
- تظهر حمى فجائية مرتفعة، مستقرة ومنفردة ثم تتبع في اليوم الثالث ببقع دقيقة، وردية شاحبة، طاغية في الجذع وأحيانا في الأطراف والعنق ولكن لا تصل إلى الوجه؛
- يدوم الطفح مدة 12 إلى 24 ساعة؛
- الوقاية: لا يوجد لقاح.

4. Le mégalérythème épidémique :

- Due au *Parvovirus B19*, évolue en petites épidémies chez des enfants de 4 à 12 ans;
- Caractérisé par :
 - De grands placards érythémateux du visage et des membres ;
 - Le plus souvent, ce mégalérythème survient 1 à 2 jours après un érythème bilatéral des joues qui dure 4 à 5 jours ;
 - En règle, on ne trouve pas de signes généraux et la fièvre, quand, elle existe, est retrouvée à l'interrogatoire sous forme d'un syndrome grippal fébrile une semaine avant l'éruption.
 - Risque d'érythroblastopénie grave chez les personnes atteintes d'anémies ou chez le fœtus si contamination d'une femme enceinte.
 - Confirmation ; IgM anti-parvovirus ou PCR.

5. Fièvre boutonneuse méditerranéenne ou Rickettsiose :

- EF d'été +++ (la tique du chien ne supporte pas l'hiver) ; Les enfants en contact avec des chiens ;
- Clinique : fièvre est élevée et isolée pendant 3 à 5 jours suivie d'une éruption érythémato-papuleuse avec atteinte palmo-plantaire +++ . L'escarre ou la tache noire, retrouvée dans 80 % des cas, doit être recherchée même au niveau du cuir chevelu.
- Confirmation : Sérologie de Weil et Félix ne devient positive qu'à la fin de l'évolution voire 1 mois après l'éruption. ;
- Complications possibles : vascularite et thrombose, peuvent atteindre dans les formes graves, tous les organes (encéphalite,...).
- Le traitement comporte la doxycycline après 8 ans et la josamicine avant cet âge.

4. حمى ضخمة وبائية:

- تعد الفيروسات الصغيرة B19 المتعضية المسؤولة عن هذا الداء، وتسبب وباءاً صغيراً عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4 و 12 سنة؛
- يتميز داء الحمى الضخمة البائية بتكون حمى لوحية تصيب الوجه والأطراف، وغالبا ما تظهر يوماً أو يومين بعد حمى الخدين التي تدوم من 4 إلى 5 أيام؛
- قاعدة: لا توجد علامات عامة أو حمى، وحين توجد فالمرضى ينقلها على شكل متلازمة نزلية حموية ظهرت أسبوعاً قبل الطفح الجلدي؛
- يكمن خطر قلة الأرومات الحمر عند الأشخاص المصابين بفقر الدم أو عند الجنين في حالة إصابة المرأة الحامل بالفيروس.

5. الحمى البرعمية المتوسطة أو داء الركتسيات:

- تتميز الحمى البرعمية المتوسطة بطفح جلدي صيفي (لأنه ينتقل بواسطة القراد الذي لا يستحمل الشتاء)، ويصيب الأطفال الذين يلامسون الكلاب؛
- يبدأ بظهور حمى مرتفعة ومنفردة تدوم 3 إلى 5 أيام ثم تتبع بطفح حموي وحطاطي مع إصابة الكفين والأخمصين، كما يمكن أن تتواجد خشاعة مميزة أو بقعة سوداء في 80% من الحالات ويجب البحث عنها أيضاً في فروة الرأس؛
- لا تصبح السيروولوجيا ويل وفيليكس إيجابية حتى نهاية تطور المرض، أو حتى شهر بعد الطفح الجلدي؛
- تكمن الخطورة في التهاب الأوعية الدموية و الإصابة بختار ويمكن أن يصيب جميع الأعضاء (التهاب الدماغ)؛
- يعتمد العلاج على الدوكسيسيلين للذين يتجاوز عمرهم 8 سنوات والجوزامسين قبل هذا السن.

6. Maladie de Kawasaki :

- Vascularite des vaisseaux de moyen et de petit calibre d'étiologie non connue
- Tableau clinique :
 - Jeune enfant (< 4 ans dans 80% des cas) ;
 - Association de 5 signes parmi 6 :
 1. Fièvre élevée prolongée inexpliquée, plus de 5 jours ;
 2. Conjonctivite sans pus ;
 3. Énanthème buccal : glossite, chéilite, gingivo-stomatite ;
 4. Exanthème scarlatiniforme ou morbiliforme ;
 5. Modification des extrémités : Œdème des mains et des pieds suivi de desquamation et de stries inguéales ;
 6. Adénopathies à prédominance cervicales ;
 - Syndrome inflammatoire : intense et non spécifique : accélération de la VS, CRP élevée , hyper-fibrinémie et hyperplaquettose.
- Complications :
 - Cardiaques +++ : Atteinte coronarienne : anévrysmes, thromboses, infarctus; péricardite, myocardite.
 - Autres : méningite lymphocytaire, cytolysé hépatique, oligo-arthrite...
- Urgence thérapeutique
 - Immunoglobulines intraveineuses (2g/kg en une seule prise) ;
 - Aspirine à dose anti-inflammatoire 60 à 80 mg/kg/j en 3 ou 4 prises pendant la durée de la fièvre puis à dose anti-agrégante 3 à 5 mg/kg/j jusqu'à la certitude de normalisation de l'échographie cardiaque.

6. مرض الكوازاكي :

- تنتج أعراض مرض الكوازاكي عن التهاب الأوعية الدموية ذات القطر الصغير والمتوسط .
- المظهر السريري :
 - يصيب الأطفال أقل من 4 سنوات في 80 % من الحالات؛
 - يجمع بين 5 علامات من بين 6، وهي:
 1. حمى مرتفعة غير مفسرة ممتدة لأكثر من 5 أيام؛
 2. التهاب الملتحمة دون تكون قيح؛
 3. طفح باطن: التهاب اللسان، التهاب الشفة، التهاب اللثة والقم؛
 4. طفح ظاهر: قرمزي الشكل أو حصبي الشكل؛
 5. تغير الأطراف: ودمة الأيدي والأرجل متبوعة بتقشر وتكوّن خطوط ظفرية ؛
 6. تضخم العقد اللمفاوية خاصة العنقية.
- متلازمة التهابية: شديدة وغير نوعية: ازدياد سرعة التثقل، بروتين الالتهاب CRP، ارتفاع نسبة الفبرين في الدم، فرط الصفائح الدموية.
- مضاعفات:
 - قلبية: إصابة الشرايين التاجية (خثار ،إحتشاء،أم الدم) ، التهاب التأمو، التهاب عضلة القلب؛ وتتجلى الخطورة في الموت باحتشاء عضلة القلب أو اعتلال العضلة القلبية الإقفارية الوخيمة؛
 - مضاعفات أخرى: التهاب السحايا اللمفاوي، انحلال خلوي كبدي، التهاب المفاصل القليلة؛
- العلاج: استعجالي ويعتمد على:
 - غلوبولين مناعي داخل الوريد (2 غرام/كغ مرة واحدة) للوقاية من إصابة الشرايين التاجية؛
 - حمض الأسيتيل ساليسليك بجرعة مضادة للالتهاب 60-80 مغ/كغ/اليوم 3-4 مرات في اليوم مدة الإصابة بالحمى، ثم بجرعة مضادة لتكدس الصفائح الدموية إلى حين التأكد من سلامة القلب عن طريق التصوير بالصدى.

7. Eruption scarlatiniforme :

- **Scarlatine :**
 - Fréquente infection bactérienne due au *Streptocoque* hémolytique du groupe A qui dispose d'une toxine érythroène ;
 - Age entre 3 à 10 ans ;
 - Exanthème :
 - ✓ J2 de la fièvre: éruptions congestives en nappe, sans intervalle de peau saine à l'intérieur de ses limites (scarlatiniforme), prédominant aux plis de flexions
 - ✓ Eruption avec sensation de granité débutant à la face antérieure du thorax et des plis de flexion puis diffusant à tout le corps en respectant les paumes et les plantes ;
 - ✓ J4, palissement de l'éruption et desquamation généralisée en large lambeaux aux mains et aux pieds.
 - Enanthème :
 - ✓ Angine rouge et douloureuse ;
 - ✓ Glossite exfoliatrice : la langue est initialement recouverte d'un enduit blanchâtre qui disparaît de la pointe et des bords vers la base dessinant un V à pointe antérieure. La langue prend alors un aspect framboisé dû à l'hypertrophie des papilles linguales qui prédomine au 7^e jour d'évolution
 - Traitement : amoxicilline x 10 jours ;
 - Guetter une possible glomérulonéphrite aigue à J15 de l'éruption par bandelettes urinaires à la recherche de protéinurie et d'hématurie.

7. طفوح جلدية قرمزية الشكل:

• القرمزية :

- ناتجة عن عدوى بكتيرية شائعة بالعقدية A تنتج ديفان مولد الحمamy؛
- تصيب الأطفال بين 3 و 10 سنوات؛
- طفح ظاهري:
 - ✓ يظهر في اليوم الثاني بعد الإصابة بالحمى طفح جلدي محتقن منزري بدون فترات جلد معافى من داخل حدوده (قرمزية الشكل) يطغى في الطيات؛
 - ✓ يكون هذا الطفح مصحوبا بلحساس بالحكة يبدأ في الوجه الأمامي للجدع وطيات الأطراف ثم ينتشر في جميع الجسد دون أن يصيب الكفين والأخمصين ؛
 - ✓ يختفي الطفح في اليوم الرابع مخلفا تقشرا عاما على شكل سدائل عريضة في الأيدي والأرجل؛
- طفح باطني:
 - ✓ التهاب اللوزتين (لونها أحمر ومؤلمتين)؛
 - ✓ التهاب اللسان التقشري: يكون اللسان في البداية مغطى بمادة بيضاء تختفي تدريجيا بدءا بذروة اللسان، ثم الحافتين لينتهي في القاعدة، ويرسم بذلك حرف V، ثم يأخذ اللسان شكلا ثوتيا ناتجا عن تضخم حليمات اللسان خاصة في اليوم السابع من تطور المرض.
- يعتمد العلاج على الأموكسسلين لمدة 10 أيام.
- كما يجدر ترقب إمكانية الإصابة بالتهاب كبيبات الكلى الحاد في اليوم 15 من ظهور الطفح وذلك بفحص البول بالشرائط البولية للبحث عن وجود بروتين أو دم في البول.

- **Autres EF scarlatiniformes :**
 - Le syndrome de choc staphylococcique :
 - ✓ Du à la *Staphylococcus aureus* ;
 - ✓ Fièvre avec atteinte cutanéomuqueuse scarlatiniforme ;
 - ✓ signes de choc et d'une atteinte polyviscérale ;
 - L'épidermolyse aiguë staphylococcique ou Staphylococcal Scaled Skin Syndrome (SSSS):
 - ✓ Continuum entre Impétigo bulleux et l'épidermolyse aiguë staphylococcique;
 - ✓ Svt < 5 ans, dû au *Staphylococcus aureus* producteur de toxines exfoliantes : (décollement interkératinocytaire).
 - ✓ Début brutal : AEG + fièvre + érythème scarlatiniforme débutant aux plis et aux régions péri-orificielles.
 - ✓ 24 à 48 heures après: bulles flasques aux zones de frottements avec signe de Nikolsky en peau saine ;
 - ✓ En péri-buccale : érythème, croûtes et fissures ;
 - ✓ Pas de trouble hémodynamique (≠ choc toxique staphylococcique) ;
 - ✓ Porte d'entrée : impétigo péri-orificiel, impétiginisation d'une varicelle, omphalite.
 - ✓ Examens complémentaires si doute : décollement intra-épidermique. Pas de staphylocoque au prélèvement bactériologique car la lésion est provoquée à distance de l'infection staphylococcique (ex ; impétigo) par la toxine!
 - ✓ Complications; parfois ; vastes décollements cutanés douloureux, superficiels mais sans troubles hydroélectrolytiques ;
 - ✓ Hospitalisation + ATB IV + Antalgique.
- Diagnostique différentiel des EF scarlatiniformes : l'**Erysipèle** :
 - Dû surtout au *Stréptocoque A*, parfois au *Staphylocoque*
 - C'est une dermo-épidermite : placard rouge étendu à une région du corps (ex : jambe) surélevée et très douloureuse, parfois recouverte de phlyctènes. Il y a souvent une porte d'entrée au voisinage.
 - le début est brusque marqué par une fièvre à 39-40°C, souvent accompagnée de frissons ;
 - La pénicillinothérapie est urgente.

- طفوح جلدية أخرى قرمزية الشكل :
 - متلازمة صدمة المكورة العنقودية وتتميز ب:
 - ✓ حمى مع إصابة جلدية مخاطية قرمزية الشكل؛
 - ✓ حالة الصدمة مصحوبة بإصابات متعددة للأحشاء.
 - انحلال البشرة العنقودي الحاد:
 - ✓ توجد صلة بين القوباء الفقاعية وانحلال البشرة العنقودي الحاد؛
 - ✓ غالبا ما يصيب الأطفال الأقل من 5 سنوات؛
 - ✓ ناتج عن الإصابة بالعنقودية الذهبية المنتجة لديفان تقشيري (انفصال بين الخلايا الكيراتينية)
 - ✓ تكون البداية فجائية وتتميز بتدهور الحالة العامة، حمى وظهور حمامى قرمزية الشكل تظهر في البداية في الطيات والمناطق المحيطة بالفوهات؛
 - ✓ بعد 24 إلى 48 ساعة تظهر فقاعات رخوة في مناطق الاحتكاك، وعلامة نيكولسكي على الجلد المعافى؛
 - ✓ كما تظهر على محيط الفم حمامى، جلبات وتشققات؛
 - ✓ كما يلاحظ غياب اضطراب في ديناميكية الدم (على عكس ما يلاحظ في متلازمة صدمة المكورة العنقودية).
 - ✓ يمكن أن تتمثل بؤرة الدخول في: قوباء متموضعة على محيط الفوهات، تقويؤ الحماق، التهاب السرة؛
 - ✓ تطلب الفحوصات التكميلية عند الشك في طبيعة المرض (انفصال داخل البشرة) في هذه الحالة لا تتمكن من عزل العنقوديات من العينات البكتيرية لأن الآفات ناتجة عن الديفان منتج عن بعد.
 - ✓ تتمثل المضاعفات في انفصال جلدي مؤلم وشاسع، ولكنه سطحي وغير مصحوب بخلل في حركة الماء والكهرليات.
 - ✓ يستوجب العلاج الاستشفاء، واستعمال المضاد الحيوي عبر الوريد، وأخذ مسكنات الألم.
- تشخيصها التفريقي هو: الحمرة
 - تكون الحمرة ناتجة عن الإصابة بالعنقودية A ، وأحيانا بالمكورة العنقودية؛
 - التهاب الجلد والبشرة : عبارة عن آفة جلدية منتشرة في منطقة معينة من الجسم (مثل الساق) وتكون مرتفعة قليلا ومؤلمة وأحيانا مغطاة ببقا؛
 - تكون البداية فجائية وتتميز بحمى تصل إلى 39-40° حرارية مصحوبة غالبا برعشة؛
 - يكون العلاج استعجاليا ويعتمد على البنسلين.

C. Vésicules et bulles:

1. Varicelle :

- Due au *Herpes virus varicellae* ; très contagieuse
- La varicelle correspond à la primo-infection, le zona étant la forme récurrente ;
- Age entre 2 et 10 ans ;
- Clinique :
 - Phase d'incubation : durée 2 semaines.
 - Phase d'invasion : durée 2 jours, fièvre modérée.
 - Phase éruptive : Début par des maculo-papules au niveau du tronc ou à la racine des cheveux avec un prurit +++ important. Quelques heures plus tard, apparaissent de vésicules superficielles, de contenu clair qui se dessèchent puis forment des croûtes.
 - Pendant une dizaine de jours, les vésicules se succèdent en 3 à 4 poussées qui juxtaposent des éléments d'âges différents +++ donnant ainsi: à l'éruption un aspect polymorphe pathognomonique.
- Evolution: souvent bénigne, parfois complications (surtout chez le sujet immunodéprimé +++). La forme maligne: surinfection et impétiginisation secondaire, ataxie cérébelleuse (bénigne, apparaît dans la semaine qui suit l'éruption ; régresse spontanément) ;
- Traitements non spécifiques : règles d'hygiène, paracétamol.
- L'utilisation de l'aciclovir n'est pas recommandée chez l'enfant sain ;
- Vaccination efficace : disponible dans le secteur libéral mais pas dans le PNI.

2. Impétigo :

- Dû soit au *Streptocoque* bêta hémolytique du groupe A soit au *Staphylocoque*, très contagieux.
- Clinique : débute par de petites vésicules évoluant rapidement en bulles siégeant en peau saine des régions découvertes, le pus est de couleur orangé, comme du miel (méllicérique).

ج. طفح جلدي حويصلي وبقاعي:

1. الحماق:

- يعتبر فيروس الهيربس الحمافي المسبب لمرض الحماق، وهو مرض معد جدا ؛
- يمثل الحماق العدوى الأولية أما النطاق فيمثل الشكل الراجع؛
- يتراوح سن الإصابة: بين السننتين و10 سنوات؛
- يمر هذا المرض بعدة مراحل تتمثل في:
 - مرحلة الحضانة: تدوم أسبوعين؛
 - مرحلة الغزو: تدوم يومين وتتميز بحمى معتدلة؛
 - مرحلة الطفح:
- ✓ تبدأ ببقع وحطاطات في الجذع وأصول الشعر مصحوب بحكة شديدة +++؛
- ✓ تظهر بعد بضع ساعات حويصلات سطحية ذات محتوى صاف والتي تجف لتشكل جلبة؛
- ✓ تتعاقب الحويصلات خلال عشرة أيام في 3 أو 4 دفعات لتتجاوز عناصر ذات سن مختلف تعطي للطفح مظهرا متعدد الأشكال، وهو مظهر واصم للحماق؛
- التطور : غالبا ما يكون حميد، كما يمكن أن تحدث أحيانا بعض المضاعفات: خاصة عند ضعف المناعة، مما يعطي للمرض شكلا خبيثا ، وتتمثل في عدوى إضافية وإصابة ثانوية بالقوباء أو رنج مخيخي المنشأ (وهو حميد، يظهر أسبوعا بعد الطفح ويشفى تلقائيا)؛
- العلاج: غير نوعي ويعتمد على احترام قواعد النظافة، أخذ الباراسيتامول، كما أن استعمال الأسيكولوفير غير موصى به عند الأطفال الأصحاء؛
- يعد التلقيح فعالا (متوفر في القطاع الخاص فقط ولا يندرج ضمن البرنامج الوطني للتلقيح).

2. القوباء:

- يمكن أن تنتج القوباء عن العقدية A أو عن العنقودية، وهو مرض شائع ومعد جدا؛
- يبدأ بحويصلات صغيرة تتطور بسرعة إلى فقاعات تتموضع على جلد معافى في المناطق المكشوفة، ويصبح محتوى الفقاعات برتقالي اللون مثل لون العسل ولذلك يسمى بعسلي اللون.

3. Prurigo strophulus:

- Due probablement à une hypersensibilité par piqûre d'insectes ;
- Age entre 2 et 7 ans ;
- Eruption :
 - La lésion élémentaire commence par une minuscule papule blanche, dure, bientôt surmontée par une vésicule ferme, souvent excoriée ;
 - Eléments d'âges différents avec guérison de chaque élément en 2 à 10 jours ;
 - Prédominance aux faces d'extension des membres ;
- Prurit important ;
- Récidives fréquentes ;
- Diagnostic différentiel: varicelle.

4. Herpès :

- La primo-infection due au premier contact avec le virus de l'herpès réalise le plus souvent une gingivo-stomatite ;
- Les éruptions cutanées herpétiques sont surtout le fait des récurrences herpétiques ;
- Macule érythémateuse qui se couvre de fines vésicules groupées en bouquet, qui peuvent confluer, se dessécher, former une croûte qui tombe quelques jours plus tard ;
- Siège préférentiel des lésions au pourtour des orifices naturels, et parfois aussi au tronc ou aux membres.

5. Syndrome pied-main-bouche :

- Dû au virus Coxackie A5, A10 ou A16
- Tableau clinique :
 - Phase prodromique : fièvre et troubles digestifs ;
 - Phase d'état : stomatite vésiculeuse (lésions aphtoïdes) et éruption vésiculeuse digito-palmo-plantaire ;
- Traitement symptomatique.

3. حكاك الشرى الحطاطي:

- من المحتمل أن يكون ناتجا عن فرط الحساسية جراء لسعة الحشرات؛
- سن الإصابة : من سنتين إلى 7 سنوات؛
- الطفح : عبارة عن عنصر ممرکز بحطاطة صغيرة ، بيضاء وصلبة تعلوها بعد ذلك حويصلة صلبة غالبا متقشرة، وتكون العناصر ذات أحجام مختلفة وكل عنصر يبرأ في غضون يومين إلى 10 أيام، ويطغى في واجهة تمدد الأطراف؛
- و يكون مصحوبا بحكة شديدة؛
- الانتكاسة شائعة؛
- التشخيص التفريقي هو الحماق.

4. الهربس :

- تنتج العدوى الأولية لمرض الهربس عن التماس الأولي مع فيروس الهربس مشكلا في غالب الأحيان التهاب الفم واللتة؛
- أما الطفوح الجلدية الهربسية فتكون ناتجة عن الرجع الهربسي :
 - تتمثل في بقع حماموية مغطاة بحويصلات دقيقة مجموعة على شكل باقة ذات أحجام صغيرة، والتي يمكن أن تتداخل فيما بينها ثم تجف لتشكل جُلبة تسقط خلال بضعة أيام؛
 - غالبا ما تتمركز هذه الآفات بمحيط الفوهات الطبيعية وأحيانا بالجذع والأطراف.

5. متلازمة رجل-يد-فم :

- الفيروس المسبب هو فيروس الكوكساكي A16-A10-A5 .
- المظهر السريري :
 - مرحلة بادرية: تتميز بحمى واضطراب هضمي؛
 - مرحلة الحالة: تتجلى في التهاب الفم الحويصلي (آفة قلاعية الشكل) مصحوب بطفح حويصلي أصابعي- راحي-أخمصي.
- العلاج عرضي فقط.

D. Érythème polymorphe :

- La lésion élémentaire est caractéristique par son aspect en cocarde :
 - Anneau érythémateux en périphérie ;
 - Anneau médian plus claire ;
 - Au centre, un décollement bulleux ou nécrotique.
- On distingue :
 - l'érythème polymorphe mineur (herpes ou mycoplasme)
 - l'érythème polymorphe majeur avec atteinte muqueuse et décollement cutané du mycoplasme ou à une intoxication médicamenteuse (Syndrome de Stevens-Johnson : décollement de moins de 10 % de la surface cutanée ; Syndrome de Lyell : décollement de plus de 30 % de la surface cutanée)

1. Syndrome de Stevens-Johnson :

- Manifestations générales sont intenses ;
- Lésions muqueuses sont sévères : conjonctivite, stomatite, chéilite érosive et hémorragique très douloureuse ;
- lésions cutanées sont rapidement remplacées par des bulles dont le toit est nécrotique ;
- Les causes médicamenteuses (sulfamides et anti-inflammatoires surtout) sont plus fréquentes ;
- Traitement : hospitalisation en réanimation.

2. Érythème polymorphe mineur:

- Éruption typique prédomine aux faces d'extension des membres avec parfois atteinte muqueuse ;
- Surtout en rapport avec une infection par le virus *Herpès* ;
- Plus rarement en rapport avec le *Mycoplasme* ou le virus *d'Ebstein-Barr* ;
- Parfois il est secondaire à une prise médicamenteuse ;
- Traitement : macrolides en attendant sérologie mycoplasme IgM. Si négative, il s'agit probablement d'un hérape ;

د. حمامى متعددة الأشكال:

- طفح جلدي بقاعي حطاطي يتميز بشكله الأربوبي:
 - حلقة حماوية في المحيط؛
 - حلقة أكثر صفاء في الوسط؛
 - انفصال فقاعي أو نخري في المركز.
- كما يمكن تمييز كل من:
 - حمامى متعددة الأشكال الطفيفة (الهربس، المفطورة)
 - حمامى متعددة الأشكال الوخيمة: مصحوبة بإصابة المخاط وانفصال جلدي بسبب المفطورة أو تسهم دوائي (متلازمة ستيفن-جونسن: الانفصال يمكن أن يصيب 10% من مساحة الجلد، متلازمة ليل: يمكن أن تصل المساحة المصابة ل 30%)

1. متلازمة ستيفن جونسن:

- الأعراض العامة وخيمة؛
- تتميز بأفات مخاطية وخيمة: التهاب الملتحمة، التهاب الفم، التهاب الشفة التي تصبح متأكلة، نزفية ومؤلمة جدا؛
- أما الآفات الجلدية فسرعان ما تعوض ببقاعات ذات سطح نخري؛
- الأسباب الدوائية: تتمثل خصوصا في السلفوناميد ومضادات الالتهاب.
- يعتمد العلاج على استشفاء المريض في الانعاش.

2. حمامى متعددة الأشكال الطفيفة :

- تتميز بطفح نوعي يطغى على الوجه وامتداد الأطراف وأحيانا يمكن أن يصيب المخاط؛
- يرتبط خصوصا بالعدوى بفيروس الهربس؛
- نادرا ما يكون ناتجا عن المفطورة أو فيروس إبتسائين بار؛
- وأحيانا يكون ناتجا عن أخذ بعض الأدوية.
- العلاج: نبدأ بالماكروليد في انتظار نتائج سيروولوجيا المتفطرة Igm، إذا كانت النتيجة سلبية فيرجح أن يكون سبب المرض هو الهربس.

E. Érythème noueux :

- Il s'agit d'une hypodermite.
- Apparition brutale de nodules sous-cutanés douloureux et inflammatoires à la face antérieure des jambes surtout ;
- Ces nouures évoluent sur quelques jours prenant les couleurs de la biligénie ;
- L'infection streptococcique et la primo-infection tuberculeuse sont les deux premières causes à rechercher; une cause médicamenteuse ou inflammatoire reste possible.

IV. Conclusion

L'essentiel devant une EF de l'enfant est d'identifier celles qui nécessitent un traitement (Purpura fébrile, Lyell et Stevens Johsen, Kawaski, Epidermolyse staphylococcique aigue, Scarlatine, Rickettsiose, Erythème polymorphe Mycoplasmique) et/ou une confirmation étiologique (Rougeole, Rubéole, Mégalérythème épidémique).

Il faut déclarer les maladies cibles et isoler les malades contagieux, notamment des femmes enceintes.

ه. حمامى عَقْدَة :

- هي عبارة عن التهاب الشحمية؛
- تتميز بظهور مفاجئ لعُقَيْدَة تحت جلدية مؤلمة وملتهبة خاصة في الوجه الأمامي للساق؛
- تتطور هذه العقيدات في بضعة أيام لتأخذ لون الصفراء؛
- تعد العدوى العقدية والعدوى الأولية للسلس السببين الرئيسيين اللذين يجب البحث عنهما؛
- هناك أسباب أخرى منها: أسباب دوائية والتهابية.

.IV خلاصة :

- من المهم في حالة ظهور طفح جلدي على الطفل تحديد الأمراض التي تستوجب علاجاً محدداً (مثل: الفرورية الحموية، متلازمة ليل، متلازمة ستيفن-جونسن، متلازمة كوازاكي، انحلال البشرة العنقودي الحاد، داء الركتسيات، حمامى متعددة الأشكال الناتجة عن المفطورات) و/أو التي تحتاج لتأكيد سببي (الحصبة، الحميراء، حمامى ضخمة وبائية)؛
- كما يجب التصريح بالأمراض المستهدفة، وكذا عزل المرضى المعديين خاصة عن النساء الحوامل.

Objectifs :

- Comprendre la pathogénie de DIP ;
- Savoir évoquer un DIP ;
- Connaitre la classification en 4 groupes de DIP ;
- Connaitre la stratégie d'exploration devant une suspicion de DIP ;
- Connaitre les principaux DIP : déficit immunitaire combiné sévère, défaut d'expression de la molécule HLA classe II, maladie de Bruton, Granulomatose septique chronique, la prédisposition mendélien aux mycobactéries;
- Connaitre les principales bases du traitement.

Plan :

- I. Introduction**
- II. Pathogénie**
- III. Evoquer un DIP**
- IV. Classes de DIP**
- V. Stratégie d'exploration devant un DIP**
- VI. Les principaux DIP et bases du traitement**

ضعف المناعة الأولي (ض.م.أ.)

الأهداف:

- فهم آلية الأمراض في حالة ضعف المناعة الأولي؛
- معرفة متى نطرح إمكانية الإصابة ب ض.م.أ. ؛
- معرفة الأقسام الأربعة ل ض.م.أ. ؛
- معرفة إستراتيجية التحري أمام الشك في الإصابة ب ض.م.أ. ؛
- معرفة أهم أمراض ض.م.أ. : ضعف مناعي مشترك وخيم، مرض بروتون، ورم حبيبي إنتاني مزمن، مرض التعرض المنديلي للمكروبات؛
- معرفة أساسيات العلاج.

التصميم:

- I. مقدمة
- II. آلية الأمراض
- III. طرح إمكانية الإصابة ب ض.م.أ.
- IV. أقسام ض.م.أ.
- V. إستراتيجية التحري أمام الشك في ض.م.أ.
- VI. أهم أمراض ض.م.أ. وأساسيات العلاج

I. Introduction :

- Les DIP sont un ensemble de 250 maladies héréditaires qui prédisposent aux infections répétées et/ou sévères mais aussi avec une moindre fréquence à l'auto-immunité, à l'auto-inflammation, aux cancers et à l'allergie.
- Les DIP sont actuellement une nouvelle approche de l'infectiologie humaine puisqu'ils s'intéressent aussi à la fragilité de l'hôte.
- Les DIP ne sont plus considérées actuellement comme des maladies rares. En effet, leur prévalence est estimée à 1\1200 individus dans le monde (maladies rares (< 1/2000)).
- Cette prévalence est certainement plus élevée dans les pays à forte consanguinité comme le Maroc (15%) et l'Arabie saoudite (52%), par exemple.
- Le registre marocain de déficit immunitaire compte en 2013 environ 500 patients colligés depuis 1997, cependant le nombre attendu d'après les estimations international devaient être de 2500 patients. Donc un effort important doit être fait pour sensibiliser les médecins à cette pathologie.

II. Pathogénie :

- L'ensemble de manifestations cliniques constatées lors des DIP résultent de la perturbation du système immunitaire qui est responsable de l'intégrité de soi : la protection de l'individu contre les microbes, contre les cellules cancéreuses mais aussi la tolérance des constituants de l'organisme.
- Les 250 maladies qui constituent le DIP résultent du blocage du développement ou de la maturation des cellules immunitaires qui sont essentiellement les lymphocytes T, B et les macrophages.
- Le groupe de DIP qui touche les lymphocytes T sont appelées Déficiets Immunitaires Combinés parce qu'un déficit des lymphocytes B y est constamment associé. Les déficiets des lymphocytes T (CD3) peuvent être quantitatif (lymphopénie, exp : SCID) ou fonctionnels (pas de lymphopénie, exp : défaut d'expression de la molécule HLA de classe II, fréquent au Maghreb).

- يعتبر ضعف المناعة الأولي مجموعة مكونة من 250 مرضا وراثيا ، يجعل المريض عرضة للإصابة بتعفنات متكررة و/أو وخيمة ، و يعرضه أيضا بنسبة أقل لتطور المناعة الذاتية، الالتهابات الذاتية، الأورام والحساسية.
- تعد أمراض ض.م.أ. مقارنة جديدة ضمن علم الأمراض التعفنفة عند الإنسان، حيث تهتم أيضا بضعف حالة الشخص الحامل للمكروب؛
- لم يعد ض.م.أ. مرضا نادرا، فانتشاره يقدر بحوالي 1200/1 نسمة عبر العالم. ومن المؤكد أن هذا الانتشار أكثر ارتفاعا في الدول التي يشيع فيها زواج الأقارب (مثل المغرب 15% ، المملكة العربية السعودية 52%)؛
- كما لا يحصي السجل المغربي ل ض.م.أ. سوى 500 مريض منذ سنة 1997 وحتى حدود سنة 2013 في حين أنه حسب التقديرات العالمية يج در إحصاء 2500 مريض ومن هنا نستنتج أنه يجب بذل مجهودات كبيرة لتحسيس الأطباء بهذا النوع من الأمراض.

II. آلية الأمراض:

- تنتج المظاهر السريرية الملاحظة في حالة ض.م.أ. عن اضطراب جهاز المناعة المسؤول عن سلامة الجسم، عن حماية الفرد ضد المكروبات وضد الخلايا السرطانية ويعد كذلك مسؤولا عن مدى تحمل الجسم لهكوناته؛
- ينتج الممتا وخمسون مرضا المشكّلة ل ض.م.أ. عن توقف نمو أو نضج الخلايا المناعية التي تتمثل أساسا في اللمفاويات ب، ت والبلعميات؛
- مجموعة ض.م.أ. التي تصيب اللمفاويات ت تسمى العوز المناعي المشترك ، وذلك لأنه يكون مصحوبا دائما بخلل في اللمفاويات ب، كما أن هذا العوز يمكن أن يكون كميا (قلة اللمفاويات، مثلا: العوز المناعي المشترك الوخيم) أو وظيفي (غياب قلة اللمفاويات، مثلا: عيب في التعبير عن الجزيئة HLA نوع II، وهو مرض شائع في المغرب العربي)

- Le groupe de DIP qui touchent exclusivement les lymphocytes B sont appelées Déficits de l'Immunité Humorale et ne sont pas associés à une atteinte des

lymphocytes T. Les maladies les plus fréquents sont l'agammaglobulinémie de Bruton (liée à l'X, absence de lymphocytes B circulantes) et le déficit immunitaire commun variable (c'est le DIP le plus fréquent au Monde et qui se déclare habituellement après l'âge de 20 à 30 ans, les lymphocytes B sont présent alors qu'il y a une hypogammaglobulinémie : c'est un déficit fonctionnel des LB) ;

- Les déficits immunitaires qui touchent les phagocytes peuvent être quantitatifs (neutropénies) ou fonctionnelle : exp : la granulomatose septique chronique qui est due à l'absence de la bactéricidie) ou le déficit en molécules d'adhésion leucocytaire (polynucléaire > 50000 alors que les infections ne comportent pas de pus car les PNN ne peuvent pas faire la diapédèse) ;
- Il y a d'autres DIP comme le déficit en complément (prédisposent aux méningites purulentes à répétition), les syndromes auto-inflammatoires (ce sont des fièvres héréditaires intermittentes sans infections, en rapport avec une anomalie de la régulation de l'interleukine 1).
- Au cours des 20 dernières années, un nouveau groupe de DIP a progressivement été décrit. Il s'agit de DIP caractérisés par la prédisposition uniquement à un groupe de germes (ex : les mycobactéries) ou à un seule microbe (prédisposition génétique au *pneumocoque*, à l'*herpès simplexe virus*, au *candida*, au *bacille de Koch*...).

III. Evoquer un DIP :

- Les DIP doivent être évoqués devant des infections inhabituelles par leur fréquence (>4 \ an), par leur sévérité (entraînant une hypotrophie ou engageant le pronostic vital), leur caractère multifocale (atteinte simultanée ou successive de plusieurs organes) ou par les microbes responsables comme les germes opportunistes (*Pneumocystis*, *CMV*, *Aspergillus*...);
- Ces infections sont d'autant plus évocatrices de DIP qu'il existe une consanguinité, des cas similaires dans la fratrie, une retentissement sur l'état général ou l'association à une auto-immunité, une néoplasie ou une atopie.

- تسمى مجموعة ض.م.أ. التي تصيب اللمفاويات ب ضعف المناعة الخلطي ، حيث لاتكون مصحوباً بإصابة المفاويات ولكن يمكن أن يصاحبها خلل في البلعميات، من بين الأمراض الأكثر شيوعاً في هذه المجموعة نذكر: فقد غاماغلوبولين الدم لبروتون (مرتبط بالصبغي X، مصحوب بغياب المفاويات ب في الدم) و العوز المناعي المشترك المتغير (الأكثر شيوعاً في العالم، يصيب الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 30 سنة، ويتميز بتواجد اللمفاويات ب في الدم ولكن إفرازها لمضادات الأجسام ضعيف)؛
 - يمكن أن يكون ضعف المناعة الذي يصيب البلعميات إما كمياً (قلة العدلات) أو وظيفياً (ورم حبيبي اثنائي مزمن: غياب عملية إبادة الجراثيم) أو خلل في التصاق الكريات البيضاء (يمكن أن تفوق متعددات النواة 50000 لكن العدوى لا تكون مصحوبة بتكون قبيح لأن متعددات النواة لا يمكنها الانسلاخ نحو البؤرة التعفنفة)؛
 - هناك أنواع أخرى من ض.م.أ. مثل خلل المتممات (يجعل المريض أكثر عرضة للإصابة بالتهاب السحايا الفيحي المتكرر) متلازمة الالتهاب الذاتي (تتمثل في حمى وراثية متقطعة في غياب أي عدوى وتكون مرتبطة بخلل في الأنتيرلوكين 12)؛
 - ظهرت خلال العشر سنوات الأخيرة أنواع جديدة لضعف المناعة تجعل المريض عرضة للإصابة بفئة معينة من المتعضيات (لكالمفطرات) أو نوع واحد من الميكروبات (مثل القابلية الوراثية للمريض للمكورات الرئوية pneumocoque، لفيروس الهربس البسيط herpès simplex virus، للمببضة candida أو لعصيات كوخ bacille de Koch).
- .III طرح إمكانية الإصابة ب ض.م.أ. :**
- يجب البحث عن ض.م.أ. في حالة الإصابة بالتهابات غير اعتيادية إما بتكرارها (أكثر من 4 التهابات في السنة)، أو بحدتها (تهدد حياة المريض)، أو بتعدد مواضعها، أو بطبيعة المتعضيات المسؤولة عنها (متعضيات انتهازية: المتكيسة Pneumocystis، الفيروس المضخم للخلايا CMV، الرشاشية Aspergillus).
 - ومما يدل أكثر على الإصابة بض.م.أ. أمام هذا النمط من العدوى هو وجود قرابة بين الأبوين، ظهور حالات مماثلة عند الإخوة، تدهور الحالة العامة للمريض، الإصابة بأمراض المناعة الذاتية، تكون ورم أو الإصابة بالحساسية.

IV. Classification des DIP : (voir tableau II)

- Ont peuvent classer les DIP en 4 groupes :
 - DI combinés : atteinte quantitatives (lymphopénie) ou qualitative des lymphocytes T.
 - DI humoraux : atteinte quantitative ou fonctionnelle des lymphocytes B.
 - Déficit de l'immunité innée (déficit des phagocytes, déficit en complément)
 - DI complexe qui associe un DIP à une atteinte d'autres organes comme l'albinisme (Syndrome de Griscelli) ou le système nerveux (Ataxie-télangiectasie).

V. Stratégie d'exploration devant un DIP:

- Devant toute suspicion de DIP, il faut d'abord éliminer une infection rétrovirale, on demandant une sérologie VIH.
- Le bilan de premier intention comporte : une sérologie VIH, une NFS (lymphopénie, neutropénie), un dosage pondérale des immunoglobulines : IgA, IgM, IgG, IgE (agammaglobulinémie, déficit en IgA, syndrome d'hyperIgM, syndrome d'hyperIgE), une numération des sous populations lymphocytaires (lymphocyte T : CD3, CD4, CD8, lymphocyte B : CD19, CD20, lymphocyte NK : CD16, CD56), étude fonctionnelle des phagocytes par un test de Nitrobleu de tétrazolium (NBT) (exploration de la bactericidie pour le diagnostic de la granulomatose septique chronique) ;
- Ce premier bilan permet le diagnostic de plus de 70 % des maladies. Cependant, si ce bilan est normal alors que persiste la suspicion du DIP, il est préférable de contacter les centres spécialisés dans le déficit immunitaire afin de faire d'autres analyses comme l'exploration de l'axe interleukine 12- interférent gama pour le diagnostic d'une prédisposition aux mycobactéries ou la demande de test de la biologie moléculaire.

VI. Les principaux DIP : (voir tableau III)

IV. أقسام ض.م.أ.: (انظر الجدول رقم II)

يمكن تقسيم أمراض ضعف المناعة الأولي إلى 4 مجموعات:

- عوز مناعي مشترك (يصيب اللمفاويات ت)؛
- عوز مناعي خلطي (يصيب اللمفاويات ب)؛
- عوز مناعي خلقي (خلل البلعميات، المتممات)؛
- عوز مناعي معقد (يجمع بين ضعف المناعة وإصابة أعضاء أخرى كالجلد (برص) متلازمة غريسيلي) أو الجهاز العصبي (فقد الانتظام مع توسع الشعيرات) .

V. استراتيجية التحري أمام الشك في الإصابة ب ض.م.أ.:

- يجب دائما في حالة الشك في الإصابة ب ض.م.أ. حذف إمكانية الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسب؛
- تتمثل الفحوصات الأولية في إجراء سيروولوجيا فيروس ضعف المناعة المكتسب، الصيغة الدموية (للبحث عن قلة اللمفاويات أو قلة العدلات) قياس وزني للغلوبينات المناعية نوع أ، م، ج، و (للبحث عن فقد غاماغلوبولين الدم، خلل في الغلوبولين المناعي نوع أ، متلازمة فرط الغلوبولين المناعي م أو متلازمة فرط الغلوبولين المناعي و)، عد تحت الأصناف اللمفاوية (اللمفاويات ت: CD3، CD4 ، CD8 / اللمفاويات ب: CD19، CD2 / اللمفاويات القاتلة: CD16، CD56)
- نلجأ في حالة سلامة نتائج الفحوصات الأولية لتحليل وظيفة البلعميات عن طريق فحص نترولو تترازوليم (يكشف عن وظيفة إبادة الجراثيم لتشخيص داء الورم الحبيبي الإثنائي المزمن)؛
- ويفضل كذلك في حالة سلامة نتيجة هذا الفحص الاتصال بمراكز متخصصة في ضعف المناعة بهدف إجراء فحوصات أخرى مثل تحليل محور الأنتيرلوكين 12 أو الأنتيرفيرون غاما لتشخيص القابلية الوراثية للمريض للمنظرات أو طلب فحص البيولوجيا الجزيئية.

VI. أهم أمراض ض.م.أ.: (انظر الجدول رقم III)

VII. Conclusion :

- Devant des infections inhabituelles, pensez aux DIP.
- Eliminer d'abord une infection rétrovirale.
- Des infections opportunistes orientent vers un déficit des lymphocytes T : Déficits Immunitaires Combinés Sévères (lymphopénie à la NFS), ou déficit fonctionnel. Tous deux sont une urgence à faire une Allogreffe de moelle osseuse.
- Des infections respiratoires hautes et basses répétées aboutissant rapidement à une DDB orientent vers un déficit en anticorps (déficits Immunitaires Humoraux) qui nécessitent une substitution mensuelle et à vie en Immunoglobulines.
- Une infection à Aspergillus évoque une Granulomatose Septique Chronique et nécessitent un traitement à vie par l'itraconazole.

Moroccan Society for Primary Immunodeficiencies
www.pid-moroccansociety.org

Association de soutien, Hajar: www.hajar-maroc.org

- جدر التفكير في إمكانية الإصابة بضعف المناعة في حالة معاناة الطفل من تعففات غير اعتيادية؛
- يجب أولا حذف الإصابة بفيروس ضعف المناعة المكتسب؛
- توجهنا التعففات الانتهازية نحو إمكانية الإصابة بخلل في اللمفاويات ت: عوز مناعي مشترك وخيم (قلة اللمفاويات)، أو خلل وظيفي، والذان يستوجبان علاجا استعجاليا عن طريق التطعيم الخيفي بالنخاع العظمي؛
- يؤدي تكرار الإصابة بالتهابات رئوية عليا وسفلى إلى توسع سريع للقصبات الهوائية، الشيء الذي يشير إلى الإصابة بخلل في الغلوبيلين المناعي (عوز مناعي خلطي)، ويستلزم التعويض الشهري ومدى الحياة بالغلوبيولين المناعي؛
- تحيلنا العدوى بالرشاشية إلى التفكير في إمكانية الإصابة بالورم الحبيبي الإثنائي المزمن والذي نعتمد في علاجه على الإتراكونازول.

الجمعية المغربية لضعف المناعة الأولي: www.pid-moroccansociety.org

الجمعية الداعمة، هاجر: www.hajar-maroc.org

L'infection par le VIH chez l'Enfant

I. EPIDEMIOLOGIE :

- Dans le Monde les personnes infectées par VIH représentent 42 millions dont 50% sont des femmes, et les enfants <15 ans représentent 3,2 millions infectés.
- La prévalence de l' VIH chez la femme enceinte :
 - < 1% dans les pays industrialisés ;
 - 35 % en Afrique (situation du Maroc).
- Au Maroc, les estimations de ministère de santé font état d'une prévalence annuelle de 0,01% (soit environ 10 nouvelles infections par jour) ; le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 30000 en fin 2012, et les enfants moins de 15 ans représentent entre 500 et 1000, et chaque année, plus de 700 femmes séropositives tombent enceintes et donnent naissance à 120 à 150 enfants infectés par le VIH.
- 460 867 tests de dépistage du VIH ont été réalisés au cours de la 3^e campagne nationale organisée par le Ministère de la Santé entre le 20 novembre et le 27 décembre 2013, dont 778 cas de séropositivité ont été décelés (parmi eux des femmes enceintes et des enfants).
- Mode de transmission
 - ✓ >95 % : transmission de la mère VIH+ :
 - ✓ Pendant la grossesse (3 T): 30% à 50%.
 - ✓ Lors de l'accouchement : 50% à 70%.
 - ✓ Contamination lors de l'allaitement: 15%
- Autres modes de contamination :
 - La transfusion ;
 - L'abus sexuel ;
 - Des matériels contaminés.

الإصابة بفيروس ضعف المناعة المكتسب عند الأطفال

I. وبائيات:

- يقدر عدد المصابين بضعف المناعة المكتسب في العالم بحوالي 42 مليون نسمة من بينهم 50 % نساء. يقدر عدد الأطفال الأقل من 15 سنة الحاملين للفيروس ب 3,2 مليون؛
- تقدر نسبة انتشار الإصابة بالفيروس عند المرأة الحامل ب:
 - أقل من 1 % في الدول الصناعية؛
 - 35 % في إفريقيا كما هو الحال في المغرب.
- في المغرب تقدر نسبة انتشار فيروس ضعف المناعة المكتسب سنويا ب 0,01 % (بمعنى إصابة 10 أشخاص يوميا) حسب تقديرات وزارة الصحة ، حيث يقدر عدد الحاملين للفيروس نهاية سنة 2012 ب 30000، ويبلغ عدد الأطفال أقل من 15 سنة بين 500 و 1000 ؛ كما يتوقع أنه خلال كل سنة ستصبح أزيد من 700 امرأة حاملة للفيروس حواملًا وسينجب ما يقارب 120 إلى 150 طفلا حاملًا للفيروس.
- كشفت الحملة الوطنية التي تنظمها وزارة الصحة للتحري عن الإصابة بفيروس ضعف المناعة المكتسب لفائدة 460867 شخصا خلال الفترة الممتدة بين 20 نونبر و 27 دجنبر 2013 عن إصابة 778 شخصا من بينهم نساء حوامل وأطفال.
- طرق انتقال الفيروس:
 - ينتقل الفيروس إلى الطفل في أكثر من 95 % من الحالات من أم حاملة للفيروس إما:
 - ✓ خلال الحمل (الأثلث الأخير) بنسبة 30 إلى 50 %؛
 - ✓ أثناء الولادة بنسبة 50 إلى 70 %؛
 - ✓ في حالة الرضاعة الطبيعية بنسبة 15 %.
 - كما توجد طرق أخرى لانتقال الفيروس بنسب أقل من بينها:
 - ✓ نقل الدم؛
 - ✓ الإعتداء الجنسي؛ استعمال أدوات ملوثة.

- Indications du dépistage du VIH :
 - Tout enfant :
 - ✓ Né d'une mère suspecte (VIH +) ;
 - ✓ Ayant une malnutrition sévère ;
 - ✓ Suspecté avoir une tuberculose ;
 - ✓ Suspecté d'immunodéficience :
 - L'immunodéficience (candidose orale à > 1 mois de vie) ;
 - ADP multiples, dermatoses fréquentes ;
 - Parotidite bilatérale chronique ;
 - Hépatosplénomégalie inexplicée ;
 - Hospitalisations fréquentes ;
 - Pneumopathies à répétition ;
 - Infections ORL à répétition

II. C.A.T devant une suspicion d'infection par le VIH :

1. Confirmer le diagnostic ;
2. Evaluer le stade de la maladie ;
3. Evaluer le profil immunologique
4. Evaluer la charge virale (CV) ;
5. Rechercher et traiter les infections opportunistes ;
6. Rechercher les critères pour commencer les ARVs.

1. Confirmer le diagnostic de VIH

- Enfant > 18 mois : sérologie Elisa + western ;
- Enfant < 18 mois :
 - PCR ► 2 PCR(+) → HIV(+)
 - Mais : PCR (-) → HIV (Non détecté ?): attendre l'âge de 18 mois pour faire la sérologie.

- يطلب إجراء الفحص الذي يكشف عن الإصابة بالفيروس في الحالات التالية:
 - عند الأطفال:

- ✓ المولودون من أم مشكوك في حملها للفيروس؛
- ✓ الذين يعانون من سوء التغذية الوخيم؛
- ✓ المشكوك في إصابتهم بداء السل؛
- ✓ المشكوك في إصابتهم بضعف المناعة.

- الإصابة بداء المبيضات الفموي عند الرضع الذين يتجاوز سنهم الشهر؛
- تضخم العقد اللمفاوية، جلاد متكرر؛
- التهاب النكفية الثنائية المزمنة؛
- تضخم غير مفسر للطحال والكبد؛
- استشفاء متكرر؛
- التهاب الرئة المتكرر؛
- التهابات أذنية-أنفية-حنجيرية متكررة؛

.II ما يجدر القيام به في حالة الشك في الإصابة بفيروس ضعف المناعة المكتسب:

1. تأكيد التشخيص

2. تقييم المرحلة المرضية

3. تقييم الوضع المناعي للمريض

4. تقييم الحمولة الفيروسية

5. البحث عن التعففات الانتهازية وعلاجها

6. البحث عن دواعي العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية

1. تأكيد تشخيص الإصابة بفيروس ضعف المناعة المكتسب:

- نطلب بالنسبة للأطفال الذين يتجاوز سنهم 18 شهرا إجراء: سيروولوجيا إليزا + تقنية لخرة ويستيرن؛

- أما بالنسبة للأطفال الأقل من 18 شهرا فنجري فحص:

- PCR (البيولوجيا الجزيئية) إذا كانت النتيجة إيجابية فهي تؤكد الإصابة بالمرض، ولكن إذا كانت سلبية فهذا يعني أننا لم نتمكن من الكشف عن الفيروس لذا من المستحسن انتظار سن 18 شهرا لإعادة السيروولوجيا.

2. Evaluer le stade de la maladie :

- Classification clinique pédiatrique OMS 2013
 - Stade clinique pédiatrique 1 :
 - ✓ Asymptomatique ;
 - ✓ ADP persistantes généralisées.
 - Stade clinique pédiatrique 2 :
 - ✓ HSMG persistante inexpliquée ;
 - ✓ Hypertrophie parotidienne persistante inexpliquée;
 - ✓ Infections récurrentes ou chroniques des VAS ;
 - ✓ Éruptions de papules prurigineuses ;
 - ✓ Mycoses des ongles ;
 - ✓ Verrues planes disséminées ;
 - ✓ Erythème gingival linéaire ;
 - ✓ Molluscum contagiosum étendus ;
 - ✓ Zona à répétition.
 - Stade clinique pédiatrique 3 :
 - ✓ Malnutrition modérée inexpliquée ne répondant pas à une thérapie ;
 - ✓ Diarrhée persistante inexpliquée (≥ 14 jours) ;
 - ✓ Fièvre persistante inexpliquée ;
 - ✓ Candidose buccale persistante ;
 - ✓ Leucoplasie orale chevelue ;
 - ✓ Gingivite aigue nécrosante ulcéralive ;
 - ✓ Tuberculose ganglionnaire ;
 - ✓ Tuberculose pulmonaire ;
 - ✓ Pneumopathie récurrentes bactériennes sévères ;
 - ✓ Pneumopathie interstitielle lymphoïde symptomatique ;
 - ✓ Pneumopathie chronique dont la DDB ;
 - ✓ Episodes inexpliqués d'anémie (<8 g/dl), neutropénie et thrombopénie chronique.

2. تقييم الحالة المرضية:

- تصنيف سريري لطب الأطفال حسب منظمة الصحة العالمية 2013 :
 - المرحلة السريرية 1:
 - ✓ بدون أعراض؛
 - ✓ تضخم عام ومستديم للعقد اللمفاوية ؛
 - المرحلة السريرية 2:
 - ✓ تضخم مستديم للكبد والطحال غير المفسر؛
 - ✓ التهاب النكفية المزمن؛
 - ✓ تعففات رجعية أو مزمنة للمسالك الهوائية العليا؛
 - ✓ التهابات أذنية-أنفية-حنجرية متكررة؛
 - ✓ طفح جلدي حطاطي يحدث حكة؛
 - ✓ فطار الأظافر؛
 - ✓ انتشار التآليل المسطحة؛
 - ✓ حمامى اللثة الخطي؛
 - ✓ المليساء المعدية؛
 - ✓ نطاق متكرر.
 - المرحلة السريرية 3:
 - ✓ سوء التغذية المعتدل غير المفسر والذي لا يستجيب للعلاج الاعتيادي؛
 - ✓ إسهال مستديم غير مفسر (>14 يوما)؛
 - ✓ حمى مستديمة غير مفسرة؛
 - ✓ فطار فموي مستديم؛
 - ✓ طولان فموي مشعر؛
 - ✓ التهاب اللثة الحاد تقرحي وناخر؛
 - ✓ داء السل العقدي؛
 - ✓ السل الرئوي؛
 - ✓ التهابات رئوية بكتيرية متكررة؛
 - ✓ اعتلال بكتيري خلالي لمفاوي عرضي؛
 - ✓ مراحل غير مفسرة من فقر الدم (<8 غ/دلترا)، قلة العدلات، وقلة الصفائح الدموية.

- Stade clinique pédiatrique 4 :
 - ✓ Malnutrition sévère ne répondant pas à une thérapie standard
 - ✓ Pneumonie à *Pneumocystis* ;
 - ✓ Infections bactériennes sévères récurrentes ;
 - ✓ Infection à HSV chronique, Toxoplasmose cérébrale ;
 - ✓ Tuberculose extrapulmonaire, Sarcome de Kaposi ;
 - ✓ Candidose œsophagienne ou des voies respiratoires ;
 - ✓ Cryptococcose extra pulmonaire dont la méningite ;
 - ✓ Toute mycose endémique généralisée ;
 - ✓ Cryptosporidiose, infection à CMV > 1 mois de vie ;
 - ✓ Maladie mycobactérienne généralisée ;
 - ✓ Fistule vésico-rectale acquise ;
 - ✓ Lymphome cérébral ;
 - ✓ Leucoencéphalopathie multifocale progressive ;
 - ✓ Infection à VIH associée à une cardiomyopathie ou une néphropathie.

3. Evaluer le profil immunologique :

	< 12 mois	1 à 3 ans	3 à 5 ans	> 5 ans
% CD4	<25 %	< 20 %	< 15 %	<15 %
nbre CD4	<1500/mm	<750/mm	<350/mm	<200/mm
Nombre lymphocyte	<4000/mm	<3000/mm	<2500/mm	<2000/mm

- المرحلة السريرية 4:
 - ✓ سوء التغذية الوخيم، لا تستجيب للعلاج المعتاد؛
 - ✓ التهاب الرئة بالمتكيسة؛
 - ✓ التهابات بكتيرية وخيمة متكررة؛
 - ✓ الإصابة المزمنة بفيروس الهربس البسيط، داء المقوسات الدماغي؛
 - ✓ سل خارج الرئة، ساركومة كابوزي؛
 - ✓ داء المبيضات الذي يصيب المرء والمسالك الهوائية؛
 - ✓ داء المستخفيات خارج الرئة ومنها التهاب السحايا؛
 - ✓ كل فطار متوطن وعام؛
 - ✓ داء خفيات الأبواغ، الإصابة بالفيروس المضخم للخلايا (<شهر من الولادة)؛
 - ✓ داء المتفطرات العام؛
 - ✓ لمفومة دماغية؛
 - ✓ اعتلال بيضاء الدماغ العديدي البؤر المترقي؛
 - ✓ الإصابة بفيروس ضعف المناعة المكتسب عند أطفال مصابين باعتلال عضلة القلب أو اعتلال كلوي؛
3. تقييم الوضع المناعي للمريض:

> 5 سنوات	3-5 سنوات	1-3 سنوات	< 12 شهرا	
<15%	<15%	<20%	<25%	نسبة CD4
<200/مم ³	<350/مم ³	<750/مم ³	<1500/مم ³	عدد CD4
<2000/مم ³	<2500/مم ³	<3000/مم ³	<4000/مم ³	عدد اللمفاويات

4. Evaluer la charge virale (CV) :

- Méthode PCR :
 - Laboratoires Marocains de Référence :
 - Institut National d'Hygiène ;
 - Institut Pasteur du Maroc
 - Résultats:
 - PCR (-) = virus non détecté ? → HIV ?
 - PCR (+) = virus détecté → HIV +
- CV > 1000000 copies/mm → HIV foudroyante.

5. Rechercher et traiter les IO :

- Pneumocystose :
 - 1ère cause de décès chez les enfants ;
 - Traiter par le cotrimoxazole .
- Tuberculose ;
- Autres: toxoplasmose, infection à CMV, cryptococcose, cryptosporidiose.

6. Rechercher les critères pour commencer les ARVs :

- Conditions la prescription ARVs :
 - Confirmation du diagnostic VIH ;
 - Capacité d'observance du TTT ;
 - Possibilité d'une surveillance biologique CD4 et CV.
- **Qui traiter ?**
 - Les enfants ≥ 5 ans infectés par le VIH avec $CD4 \leq 500$ cellules/mm³, indépendamment du stade clinique ;
 - Les enfants ≤ 5 ans infectés par le VIH, indépendamment du stade clinique ;
 - Les enfants ayant une infection sévère ou avancée, indépendamment de l'âge et des CD4 ;
 - Les nouveau-nés ou nourrissons de moins de 18 mois chez lesquels un diagnostic présomptif d'infection à VIH a été retenu.

4. تقييم الحملولة الففروسفة:

- اختبار تفاعل سلسلة البولفمراز PCR (البفولوجفا الجزفئفة)؛
 - المآآبراف المرعبفة المرجفة:
 - ✓ المعهد الوطنف لآفظ الصآة؛
 - ✓ معهد باسآور بالمرآ.
 - النآاف:
 - ✓ PCR سلبفة: لم فآم الكشف عن الففروس: الإصابة بالففروس؟؟
 - ✓ PCR إجابفة: آم الكشف عن الففروس: الإصابة مؤكدة.
- الحملولة الففروسفة: إذا كانت الحملولة الففروسفة آفوق 1000000 نسخة/مم³ فإن الإصابة آعآبر آاطفة.

5. البآآ عن الآعفنات الإآآازفة وآلاجها:

- آاء المنآكساف الرآوفة:
 - فعد آاء المنآكساف الرآوفة أول سبب للوفاة عند الأطفال الآملفن للففروس؛
 - فآم آلاآه بالآوآرفموكسازول .
- آاء السل؛
- آعفنات آرى: آاء المقوساف، الإصابة بالففروسة المضآمة للخلافا، آاء المسآآففاف، آاء آففاف الأبواآ...

6. البآآ عن آواعى البآء بالآلاآ بمضافاف الففروسة القهقرفة:

- فشآرآ قبل البآء باسآعمال مضافاف الففروسة القهقرفة:
 - آأكد آشآفص الإصابة بالمرآ؛
 - القآرة على مآابعة الآلاآ؛
 - إمكنفة المراقبة البفولوجفة (CD4، الحملولة الففروسفة).
- من نعالآ؟
 - الأطفال الآفن فآاوزون 5 سنواف المصابون بففروس ضعف المناعة المكتسب مع CD4 آفوق 500 آلفة/مم³، بآض النظر عن المرحلة السررففة؛
 - الأطفال أقل من 5 سنواف، بآض النظر عن المرحلة السررففة؛
 - الأطفال الآفن فعانون من إصابة وآفمة، بآض النظر عن السن وCD4؛
 - آآفآو الولاآة والررض أقل من 18 شهرا فف آالة الأآآ بالآشآفص الافتراضف بالففروس.

- Comment traiter ? Trithérapie ARVs
 - Enfants \leq 3ans : ABC (ouAZT)+3TC+LPV ;
 - Enfant \geq 3 ans : ABC+3TC+EFV ;
 - Adolescents \geq 35 Kg : TDF+3TC(ouFTC)+EFV.

III. Prévention de transmission mère enfant de VIH : PTME

- Le risque de la transmission mère-enfant :
 - 35 % si la maman et le bébé n'ont pas bénéficié du PTME ;
 - 01 % si la maman et le bébé ont bénéficié du PTME
- Au cours de la grossesse :
 - Initier les ARVs quel que soit l'âge de la grossesse ;
 - .l'association recomender au Maroc est TDF+FTC+EFV.
- Prise en charge tardive de la maman :
 - Avant le début du travail : ARVs + Une césarienne programmée ;
 - Au moment du travail : ARVs en perfusion jusqu'au clampage du cordon.
- Après l'accouchement (Le bébé) :
 - ARV : soit mono ARVs (AZT) pendant 6 semaines, soit une tri ARVs pendant 6 semaines si facteurs de risque (absence de prise d'AVR durent la grossesse et/ou lors de l'accouchement) ;
 - Aspiration douce des sécrétions ++ ;
 - Lavement systématique à la Naissance (virucides) ;
 - Allaitement au sein est contre indiqué ;
 - Cotrimoxazole ($> 6^{\text{ème}}$ semaine -18 mois) ;
 - BCG retardé jusqu'à preuve de la non contamination ;
 - Bilan : CD4, PCR, NFS (7j, 03, 09 mois de vie) ;
 - Vaccination contre l'HVB dans les 72h après la naissance.

• كيف نعالج؟

- بالعلاج الثلاثي لمضادات الفيروسات القهقرية:
 - ✓ الأطفال ≥ 3 سنوات: ABC (ou AZT)+3TC+LPV؛
 - ✓ الأطفال ≤ 3 سنوات: ABC+3TC+EFV؛
 - ✓ المراهقين ≤ 35 كلغ: TDF+3TC(ou FTC)+EFV .

III. الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل:

- يقدر خطر انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل ب:
 - 35% إذا لم يحظى كل من الأم والطفل بأية وقاية؛
 - 1% إذا حُضِيَ بالوقاية اللازمة؛
- يجب أن تشمل الوقاية جميع مراحل الحمل والولادة وحتى بعد الولادة:
 - خلال الحمل:
 - ✓ نستعمل مضادات الفيروسات القهقرية خلال جميع مراحل الحمل؛
 - ✓ ويوصى في المغرب بالجمع بين TDF+FTC+EFV .
 - إذا لم تتلقى الأم أي وقاية خلال فترة الحمل فيجب:
 - ✓ قبل بداية المخاض: البدء بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية و برمجة ولادة قيصرية؛
 - ✓ خلال المخاض: إعطاء مضادات الفيروسات القهقرية عبر الوريد إلى حين لقط الحبل السري.
 - بعد الولادة: بالنسبة للمولود:
 - ✓ أخذ مضادات الفيروسات القهقرية (إما نوع واحد أو اللجوء إلى العلاج الثلاثي في حالة وجود عوامل الخطورة (عدم أخذ أي علاج خلال الحمل أو الولادة) لمدة 6 أسابيع)؛
 - ✓ شفط طفيف للإفرازات؛
 - ✓ تحميم المولود جيدا (يمكن استعمال مبيدات الفيروسات)؛
 - ✓ الرضاعة الطبيعية غير مسموح بها؛
 - ✓ أخذ الكوتريموكسازول (> 6 أسابيع – 18 شهرا)؛
 - ✓ تأخير اللقاح ب البي سي جي إلى حين التأكد من عدم الإصابة بالعدوى؛
 - ✓ إجراء الفحوصات التالية: نسبة CD4، PCR، الصيغة الدموية (7 أيام، 3 أشهر، 9 أشهر)؛
 - ✓ أخذ لقح ضد فيروس التهاب الكبد B.

IV. CONCLUSION :

- VIH chez l'Enfant :
 - mal connue ;
 - Sous diagnostiquée ;
 - Sous traitée.
- PTME : Espoir
 - En cours d'installation par le ministère
 - Proposer le dépistage systématique de HIV chez la femme enceinte.

.IV . خلاصة:

- تعد الإصابة بفيروس ضعف المناعة المكتسب عند الطفل غير معروفة ينقصها تشخيص مبكر وعلاج فعال؛
- تعتبر الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل من أنجع الوسائل للحد من انتشار هذا الداء عند الأطفال، حيث تعمل وزارة الصحة على تفعيل هذا البرنامج، كما تقترح التحري الدائم عن الفيروس عند كل الحوامل.

Tableau I : Traitement de première intention des méningites bactériennes aiguës en fonction de l'examen direct du LCR

examen direct positif	Antibiotique	Dosages	Alternatives
Cocci Gram + Suspicion de pneumocoque	Ceftriaxone ou Céfotaxime	- 100 mg/kg/j i.v, en 1 ou 2 perfusions - 300 mg/kg/j i.v, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 heure	Amoxicilline
Cocci Gram – Suspicion de méningocoque	Ceftriaxone ou Céfotaxime	- 75 mg/kg/j i.v, en 1 ou 2 perfusions - 200 mg/kg/j i.v, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 heure	Amoxicilline Thiamphénicol ?
Suspicion d'H. influenzae	Ceftriaxone ou Céfotaxime	- 75 mg/kg/j i.v, en 1 ou 2 perfusions - 200 mg/kg/j i.v, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 heure	Amoxicilline Thiamphénicol ?
Bacille Gram – Suspicion d'E.coli Si enfant de moins de 3 mois	Ceftriaxone ou Céfotaxime + gentamicyne	- 75 mg/kg/j i.v, en 1 ou 2 perfusions - 200 mg/kg/j i.v, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 heure - 3 à 5 mg/kg/j i.v, en 1 perfusion unique Journalière	
Examen direct négatif	Antibiotique	Dosages	Alternatives
nourrisson < 3 mois	Ceftriaxone ou Céfotaxime + gentamicyne	100 mg/kg/j i.v, en 1 ou 2 perfusions 300 mg/kg/j i.v, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 heure 3 à 5 mg/kg/j i.v, en 1 perfusion unique journalière	Amoxicilline

جدول رقم I : العلاج الأولي لالتهاب السحايا البكتيري اعتمادا على الفحص المباشر للسائل الدماغي الخوي

البديل	الجرعة	المضاد الحيوي	الفحص المباشر إيجابي
اموكسيسيلين	100 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على جرعة أو جرعتين 300 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على 4 جرعات أو بصفة مستمرة مع إعطاء جرعة أولية 50 مغ/كغ لمدة ساعة	سيفترياكسون أو سيفوتاكسيم	مكورة غرام + الشك في المكورة الرئوية
اموكسيسيلين تيونفنيكول ؟	75 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على جرعة أو جرعتين 200 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على 4 جرعات أو بصفة مستمرة مع إعطاء جرعة أولية 50 مغ/كغ لمدة ساعة	سيفترياكسون أو سيفوتاكسيم	مكورة غرام – الشك في المكورة السحائية
اموكسيسيلين تيونفنيكول ؟	75 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على جرعة أو جرعتين 200 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على 4 جرعات أو بصفة مستمرة مع إعطاء جرعة أولية 50 مغ/كغ لمدة ساعة	سيفترياكسون أو سيفوتاكسيم	الشك في المستدمية النزلية
	75 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على جرعة أو جرعتين 200 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على 4 جرعات أو بصفة مستمرة مع إعطاء جرعة أولية 50 مغ/كغ لمدة ساعة 3 أو 5 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد جرعة واحدة	سيفترياكسون أو سيفوتاكسيم + جونتاميسين	عصية غرام – الشك في الإشريكية القولونية عند الرضيع أقل من 3 أشهر
البديل	الجرعة	المضاد الحيوي	الفحص المباشر سلبي
اموكسيسيلين	100 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على جرعة أو جرعتين 300 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد على 4 جرعات أو بصفة مستمرة مع إعطاء جرعة أولية 50 مغ/كغ لمدة ساعة 3 أو 5 مغ/كغ/اليوم عبر الوريد جرعة واحدة	سيفترياكسون أو سيفوتاكسيم + جونتاميسين	رضيع أقل من 3 أشهر

Tableau II. Classification clinico-microbiologique des DIP en 4 groupes.

Le DIP	DIH	DIC	DIC complexe	DINS
Age du début	6 mois – 2ème décade	3-6 mois	Plus de 2 ans	Néonatal
Clinique	- > 2 pneumonies/an - > 4 otites/an - DDB - Diarrhées répétées, Pyodermite	- Pneumopathie interstitielle - Diarrhée Chronique - Muguet buccal rebelle - Septicémie	- Ataxie télangiectasie - Purpura + eczéma - Cheveux gris - Hypocalcémie + malformation cardiaque.	- Abscès hépatique, cutané, pulmonaire - Stomatites - Retard de la chute du cordon ombilical. - Méningites répétées
Microbiologie	Germes extracellulaires : Pneumocoque, Haemophilus influenza, Giardia	Germes opportunistes intracellulaires : Pneumocystis, CMV, Candida, Salmonella, .	Germes intra et extracellulaires	Staphylocoque, Aspergillus, Mycobactéries atypiques Meningocoques
Bilan	- EPP - Dosage IgA, G, M - Numération des L B	-lymphopénie -Numération des SPL -marqueurs spécifiques	- Thrombopénies - augmentation α FP - IgA ,IgG,IgG2	NFS, NBT, interleukines, CH50
Traitement	Immunoglobulines Intraveineuses Antibiotiques	- Greffe de moelle osseuse -Ig IV ou SC . Cotrimoxazole	-Grefe de moelle osseuse - Ig IV ou SC. Cotrimoxazole	-Cotrimoxazole ? Itraconazole - G-CSF
Exemples	- Maladie Bruton, DICV - HIGM, Déficit en IgA	- DICS - Défaut d'expression HLAII	- Syndrome Ataxie télangiectasie - Wiscott Aldrich, Griscelli, Di George	-Neutropénies congénitales - GSC, LAD, Déficit en complément - Prédisposition aux Mycobactéries

الجدول رقم II: أقسام ضعف المناعة الأولى

عوز مناعي خلقي	عوز مناعي معقد	عوز مناعي مشترك	عوز مناعي خلطي	ض.م.أ.
حديثي الولادة	أكثر من سنتين	3-6 أشهر	6 أشهر - العقد الثاني	سن بداية المرض
خراج كيدي، جلدي و رئوي -التهاب الرئة تأخر سقوط الحبل السري -التهاب السحايا المتكرر	- اضطراب الإنتظام وتوسع الشعيرات - فرغرية +إكزيمة - شعر رمادي نقص كالسيوم الدم+تشوهات قلبية	- التهاب رئوي خلالي - اسهال مزمن - التهاب الفم الفطاري المقاوم للعلاج - تسمم الدم	-أكثر من التهابين رئويين / السنة -أكثر من 4 التهابات أذن/ السنة - توسع القصبات - اسهال متكرر، قيح الجلد	العلامات السريرية
-العقدية، الرشاشية، المتقطرات غير النوعية	متعضيات داخل و خارج الخلايا	المتعضيات الانتهازية داخل الخلايا: المتكيسة الرئوية الجوجنية، الفيروس المضخم للخلايا، المبيضة السلمونية.	المتعضيات خارج الخلايا: المكورة الرئوية، المستدمية النزلية، الجياردية	علم الأحياء
- الصبغة الدموية - فحص نترولو تترازوليم - المتممات CH50	-الصفائح الدموية - ألفا فيتو بروتين - مضادات الأجسام: أ، ج، ج2	-قلة للمفاويات -عد تحت الأنصاف للمفاوية - واصمات مميزة	رحلان كهربائي بروتيني قياس مضادات الأجسام أ، ج،م -عد للمفاويات ب	علم المناعة
- كوتريموكسازول - إيتراكونازول - G-CSF	- زرع النخاع العظمي - مضادات الأجسام عبر الوريد - كوتريموكسازول	- زرع النخاع العظمي - مضادات الأجسام عبر الوريد - كوتريموكسازول	-مضادات الأجسام عبر الوريد - مضادات حيوية	العلاج
-قلة العدلات الخلفي، ورم حبيبي مزمن انتاني، عوز في التصاق للمفاويات، خلل في المتممات	-اضطراب الإنتظام- توسع الشعيرات، ويسكوت ألدوتش، غريسييلي، دي جورج	- عوز مناعي مشترك وخيم - عيب في التعبير عن الجزيئة HLA نوع II	- مرض بروتون، عوز مناعي مشترك متغير - متلازمة فرط الغلوبولين م، عوز الغلوبين المناعي أ	امثلة

Tableaux III : DIP les plus fréquents

	DICS : Déficit Immunitaire Combiné Sévère (lymphopénies)	La maladie de Bruton : Agammaglobulinémie	La granulomatose septique chronique	Prédisposition Mendélien aux Mycobactéries
Age de début	Avant 6 mois	6 à 12 mois (disparition des Ac maternels).	Début précoce, en période néonatale	6 à 12 mois
Principaux signes cliniques	-Muguet buccal rebelle -Diarrhée avec hypotrophie, Pneumopathie interstitielle. Septicémie.	-infection ORL, pneumonie, diarrhée, pyodermite. -complications : DDB	-Absès du foie, poumon, peau - Granulomes	- BCGites généralisées mortelle - Tuberculose grave de l'enfant
Microbiologie	- Germes opportunistes : CMV, Pneumocystis, Candida, -Autres : Pneumocoque, Hémophilus, Staphylocoque.	- Germes encapsulés : Pneumocoque, Hémophilus.	- Staphylocoque - Aspergillus.	- Mycobactéries atypiques : BCG, Mycobactéries environnementales. - BK
Confirmation immunologique	-NFS : lymphopénie ; -SPL : effondrement des CD3 - Génétique	- EPP : gammaglobulinémie. - IgA,G,M < - 2DS. Ly B	-NBT : absence de réduction du NBT	Déficit en IL12, en Récepteur de l'IFN γ
Principaux traitement	- Antibiotrophylaxie au cotrimoxazole -Allogreffe de moelle osseuse -Thérapie génétique	Cotrimoxazole - Substitution mensuelle et à vie en Ig en IV ou SC	-Prophylaxie Aspergellaire: Itraconazole -Allogreffe de Moelle	-Interféron γ pour les formes modérées -Allogreffe de moelle pour les formes sévères.

الجدول رقم III: أهم أمراض ض.م.أ.

التعرض المنديلي للمكروبات	ورم حبيبي إثنائي مزمن	مرض بروتون	عوز مناعي مشترك وخيم	سن بداية المرض
12-6 شهرا	بداية مبكرة: المرحلة الوليدية	12-6 شهرا	قبل 6 أشهر	أهم العلامات السريرية
- حدوث التهاب عام و قاتل عقب التلقيح ب الب.س.ج. - داء السل الخيم عند الطفل و الكبير	خراج الكبد، الرئة أو الجلد	- التهابات أنفية اذنية حنجرية - التهاب الرئة، اسهال، تقيح الجلد مضاعفات: توسع القصبات، التهاب الدماغ	- سلاق(التهاب الفم الفطاري) مقاوم للشفاء - اسهال، هزال - التهاب رئوي خلالي، تسمم الدم	علم الأحياء
متفطرة غير إعتيادية: ب.س.ج، متفطرة بيئية عصيات سلية	العنقودية، الرشاشية	المتعضيات المحفظة: المكورات الرئوية، السندمية.	المتعضيات الإنتهازية: الفيروس المضخم للخلايا، المتكيسة الرئوية الجوجنية، المبيضة. المتعضيات الإعتيادية: المكورة الرئوية، المستدمية، العنقودية.	علم المناعة
خلل في الأنتيرفيرون γ	فحص نترولو نترازوليم	- رحلان كهربائي للبروتينات: فقد غاماغلوبولين الدم، نقص مضادات الأجسام ا، ج، م (-2DS) - للمفاويات ب: منعمة - خلل في الأنزيم: بروتون تيروزين كيناز.	- الصيغة الدموية: قلة للمفاويات، - تحت الأصناف للمفاوية: نقص DC3، - علم الجينات	أساسيات العلاج
- الأنتيرفيرون γ في الحالات المعتدلة التطعيم الخيفي للنخاع العظمي في الحالات الخيمة	- الوقاية من العدوى بالرشاشية بالإيتراكونازول، - التطعيم الخيفي للنخاع العظمي في الحالات الخيمة	- التعويض الشهري و لمدى الحياة بمضادات الأجسام عبر الوريد أو تحت الجلد - مضاد حيوي وقائي (كوتريموكسازول)	- التطعيم الخيفي للنخاع العظمي - المعالجة الجينية - مضاد حيوي وقائي (كوتريموكسازول)	

ب. مسرد المصطلحات الطبية الواردة في الدروس

وقد كان الهدف الثاني من إعداد البحث المتعلق بدروس الأمراض التعفنفة عند الطفل، هو جرد معجم للمصطلحات الطبية قصد تقييم مدى نجاعة المعجم الطبي الموحد في تلبية احتياجات المهتمين والمتخصصين في تعريب الطب بشكل عام، والمساهمة في بناء النواة الأولى لمشروع معجم فرعي خاص بطب الأطفال من أجل الإحاطة بجميع المصطلحات في هذا المجال، واقتراح مصطلحات جديدة وعرضها على مركز تنسيق التعريب بغرض إغناء المعجم الطبي الموحد بها.

معجم المصطلحات الطبية

عربي - فرنسي - إنجليزي

Français

A

Abcès
Abrasion
abus sexuel
accident vasculaire cérébral
Accouchement
acide acétyle salicylique
Adénite
Adénopathie
Adénovirus
agammaglobulinémie de Bruton
Agitation
aile du nez
Albinisme
Albumine
Allaitement
Allogreffe
Alvéole
Amaigrissement
Amibiase
Amniotique
Analyse
Anémie
Anévrisme
Angine
antibio-prophylaxie
Antibiotique
Anticorp
Antigène
anti-inflammatoire
anti-rétrovirus
Antitussif
Aphasie
Aphtoïde
Apnée
Appendicite
appendicite
Apyrexie
Arachoidite

Anglais

Abscess
Abrasion
sexual abuse
cerebrovascular accident
Accouchement
acetyl salicylique acid
Adenitis
Lymphadenopathie
adenovirus
agammaglobulinémie of Bruton
agitation
wing of nose
albinism
albumin
nursing
allograft
alveolus
weight reduction
amibiase
amniotic
analysis
anemia
aneurysm
sore throat
Prophylactic antibiotic
antibiotic
antibody
antigen
anti-inflammatory
antiretrovirus
antitussive
aphasia
aphtoid
apnea
appendicitis
appendicite
apyrexia
rachoiditis

عربي

خراج
سَحَج
إعتداء جنسي
حادثة وعائية دماغية
ولادة
حمض اسيتيل ساليسيليك
التهاب العقد
تضخم العقد للمفاوية
الفيروسات الغدانية
فقد غاماغلوبولين الدم
تهيج
جناح الأنف
مهق - برص
ألبومين
رضاعة
التطعيم الخيفي
سنخ
نقص الوزن
أميبيا
سلوي
تحليل
فقر الدم
أم الدم
التهاب الحلق
مضاد حيوي وقائي
مضاد حيوي
مضاد أجسام
مستضد
مضاد الالتهاب
مضاد الفيروسات القهقرية
مضاد السعال
حُبسة
قلاعي الشكل
انقطاع التنفس
التهاب الزائدة
التهاب الزائدة
إقلاع الحمى
التهاب العنكبوتية

artère coronaire	caronary artery	الشريان التاجي
Arthrite	Arthritis	التهاب المفصل
Ascite	Ascites	استسقاء
Aspergillus	aspergillus	الرشاشية
Asphyxie	asphyxia	اختناق
Aspiration	aspiration	شفط
Asthénie	Asthenia	وهن
Asthme	Asthma	ربو
Asymptomatique	asymptomatic	بدون أعراض
ataxie cérébelleuse	cerebellar atxia	رَنح مخيخي المنشأ
ataxie-télangiectasia	ataxie-telangiectasia	رنح توسع الشعيرات
Atélectasie	atelectasis	انخماص
Atopie	Atopy	تأتب
Attitude	Attitude	موقف
Auscultation	auscultation	تَسْمُع
auto-immunité	autoimmunité	المناعة الذاتية
B		
Bacille	Bacillus	عصية
bacille de bordet-gengon	bordet-gengon bacillus	عصية بوردية جينغو
bacille de koch	kochis bacillus	عصية كوخ
Bacillifère	bacilliferous	حامل العصيات
Bactericidie	bactericidal	إبادة الجراثيم
Bénigne	Benign	حميد
biologie moléculaire	molucular biology	البيولوجيا الجزيئية
biopsie	Biopsy	خزعة
bordetella pertussis	bordetella pertussis	البورديتلة الشاهوقية
Bronchiolite	bronchiolitis	التهاب القصبات
Bronchite	bronchitis	التهاب القصبات
Broncho-gramme	bronchogram	صورة القصبات الظليلة
Bronchopneumonie	bronchopneumonia	التهاب قصبي رئوي
Bronchoscope	broncoscopy	تنظير القصبات
Buccal	Stomatic	فموي
Bulle	bubble	فقاعة
C		
Candidose	candidosis	داء المبيضات
Calcification	calcification	تكلس
<i>campylobacter jéjuni</i>	Campylobacter jéjuni	العطفية المعوية
Candida	candida	المبيضة
Cardiomyopathie	cardiomyopathy	اعتلال عضلة القلب
Caséum	caseum	جبين
Catarrhé	Catarrh	نزلة

Cavité	cavitation	جوف
cellule cancéreuse	cancer cell	خلية سرطانية
céphalalgie \céphalée	cephalgia\headache	صداع
Cervical	Cervical	عنقي
Césarienne	cesarean	ولادة قيصرية
Chancre	Chancre	قرح
charge virale	viral charge	حمولة فيروسية
Chéilite	cheilitis	التهاب الشفة
Chlamydia	chlamydia	المُتَدَثِّرة
chlamydia trachomatis	chlamydia trachomatis	المتدثرة الحثرة
Choc	Shock	صدمة
Chronique	Chronic	مزمن
Cicatrice	Scar	ندبة
Clinique	Clinical	سريري
Cocarde	cockrde	أرْبِيَة
Collapsus	collapse	وهط
Coloration	coloration	تَلَوُّن
Complément	complément	متمم
Complémentaire	complementary	تكميلية
complication	complication	مضاعفة
Comportement	bihavior	سلوك
Compression	compression	انضغاط
Compylobacter	compylobacter	العطفية
Confirmer	to confirm	إثبات
Confluence	confluence	مُفْرَن
confusion mental	mental confusion	تخليط عقلي
Congestive	congestive	محتقن
Consanguinité	consanguinity	زواج الأقارب
Conscience	consciousness	وعي
Contagieux	contagious	مُعد
Contamination	contamination	تلوث
Convalescence	convalescence	نفاهة
Convulsion	convulsion	اختلاج
Coqueluche	chin cough	السعال الديكي
cordon ombilical	umbilical cord	الحبل السري
Cortex	cortex	قشرة
Corticoïde	corticoid	قشراني
Cotrimoxazol	cotrimoxazol	كوتريموكسازول
Coupole	cupule	قبيبية
coxalgie	coxalgia	ألم الورك
Coxsackievirus	coxsackievirus	الفيروس الكوكساكية

Crachat	spit	بصاق
Crâne	cranium	جمجمة \ قحف
Cryptosporidiose	cryptosporidiosis	داء خفيات الأبواغ
crise convulsive	convulsive crisis	نوبة اختلاجية
Croûte	crust	جُلبة
Cryptococcose	cryptococcosis	داء المستخفيات
cuir chevelu	scalp	فروة
cul de sac	cul de sac	رَدْبَة
cutanéomuqueux	cutaneomucosal	جلدي مخاطي
Cyanose	cyanose	زراق
Cytolyse	cytolysis	انحلال خلوي
Cytomégalovirus	cytomegalovirus	الفيروس المضمخة للخلايا
D		
Décollement	abruption	انفصال
défaut d'expression de la molécule HLAII	HLA II expression defect	عيب في التعبير عن الجزيئة HLA II
Déficit	deficit	نقصية
déficit d'adhésion leucocytaire	leucocyte adhesion deficiency	عوز في التصاق الكريات البيضاء
déficit en IgA	Ig A defeciency	عوز في غلوبولين أ
déficit immunitaire	immunodeficiency	عوز مناعي
déficit immunitaire acquise	acquired immunodeficiency	عوز مناعي مكتسب
déficit immunitaire combiné sévère	sever combined immunodeficiency	عوز مناعي مشترك وخيم
déficit immunitaire commun variable	common variable immunodeficiency	عوز مناعي مشترك متغير
déficit immunitaire complex	complex immunodeficiency	عوز مناعي معقد
déficit immunitaire humorale	humoral immunodeficiency	عوز مناعي خلطي
déficit immunitaire inné	inborn immunodeficiency	عوز مناعي خلقي
déficit immunitaire primitif	primitive immunodeficiency	عوز مناعي أولي
Déglutition	deglutition	بلعم
Dénutrition	denutrition	امتناع عن التغذية
Dépistage	screening	تحري
dermatite séborrhéique	seborrheic dermatitis	التهاب الجلد المني
Dermatose	dermatosis	جلاد
Dermite	dermatis	التهاب الجلد
Déshydratation	dehydration	إجتفاف
Désorientation	desorientation	توهان
Desquamation	desquamation	تَوَسُّف \ تَقَشْر
détresse respiratoire	resperatory ditress	ضائقة تنفسية
Diagnostic	diagnosis	تشخيص
diagnostic différentiel	differential diagnosis	تشخيص تفرقي

Diapédèse	diapedesia	انسلال
Diarrhée	diarrhea	إسهال
diarrhée aigue	diarrhea sharp	إسهال حاد
diarrhée persistant	persestent diarrhea	إسهال مستديم
Diffus	diffuse	منتشر
dilatation des branches	bronchiectasia	توسع القصبات الهوائية
Disséminé	disseminated	منتشر
Distension	distension	تمدد
dosage pondérale	dosage ponderal	قياس الوزن
Douleur	ache	وجع
Drainage	drainage	نَزْح
Dysenterie	dysentery	زحار
Dyspnée	dyspnea	ضيق التنفس
E		
Echovirus	echovirus	الفيروسية الإيكوية
Electroencéphalogramme	electroencephalogram	مخطط كهربية الدماغ
Electrolyte	electrolyte	كهرلية
Embryon	embryo	مضغة
Emphysème	emphysema	نفاخ
Empyème	empyema	ذئيلة
Enanthème	enanthem	طفح باطن
Enceinte	enceinte	حامل
Encéphalopathie	encephalopathy	اعتلال دماغي
Encombrement	cluttering	هدرمة
Endémique	endemial	متوطن
Entérocyte	enterocyte	خلية معوية
Entérovirus	enterovirus	فيروس معوي
Epanchement	effusion	انصباب
Epidémiologie	epidemiology	وبائيات
Epidermite	epidermitis	التهاب البشرة
Epidirute	epiduritis	التهاب ظاهرة الجافية
Epilepsie	epilepsia	صرع
Epiphénomène	epiphenomenon	ظاهرة إضافية
épithélium cilié	ciliated epithelium	ظهارة مهدبة
Erosion	erosion	تآكل
Eruption	eruption	طفح جلدي
Erysipèle	erysipelas	الحمرة
Erythème	erythema	حُمَامِي
érythème noueux	erythema nodosum	حمامي عقدة
Erythroblastopénie	erythroblastopénia	قلة أرومات الحمر
Erythrogène	erythrogenic	مولد الحمامي

Escarre	eschar	خَشارة
Escherichia coli	Escherichia coli	الإشريكية القولونية
état de choc	state of shock	حالة الصدمة
éthiopathogénie	etiopathogeny	آلية الأمراض
Etiologie	etiology	سببيات
Etraconazol	Etraconazol	إيتراكونازول
Evolution	evolution	تطور
Examen	examination	فحص
examen clinique	clinical examination	فحص سريري
Exanthème	exanthema	طفح ظاهر
exanthème subit	exanthem subitum	طفح ظاهر فجائي
Excoriation	excoriation	تسنخ
Expectoration	expectoration	طرد البلغم
Expiration	expiration	زفير
Exsudation	exsudation	نَضْح
Extrémité	extrémité	طرف
F		
facteur de risque	risk factor	عامل الخطورة
facteurs prédisposant	predisposing factor	عوامل مؤهبة
Fasciite	fascitis	التهاب الألفافة
Fébricule	febricula	حمى خفيفة
Fébrile	pyrexial	خُموي
fièvre	fever	حمى
fièvre boutonneuse méditerranéenne	fièvre boutonneuse méditerranéenne	الحمى البرعمية المتوسطية
Fistule	fistula	ناسور
fistule vésico-réctale	vesicorectal fistula	ناسور متاني-مستقيمي
Fœtus	fœtus	جنين
follicule	follicle	جريب
Folliculite	folliculitis	التهاب الجريبات
Fonctionnel	fonctional	وظيفي
Foudroyant	foudroyant	خاطف
Foyer	nidus	بؤرة
Fréquent	frequent	شائع
Frisson	chill	رعدة/نافض
Frontal	frontal	جبهوي
G		
Ganglion	ganglion	عقدة
Génétique	genetic	وراثي
germe opportuniste	opportuniste germ	متعضية انتهازية
gigantocellulaire	giganto cellular	عملاق الخلايا

gingivo-stomatite	gingivo-stomatitis	التهاب اللثة والفم
Glaireux	glairy	أحي
globule blanc	white globule	كريات بيضاء
Glomérulonéphrite	glomerulonephritis	التهاب كبيبات الكلى
Glossite	glossitis	التهاب اللسان
Gorge	throat	حلق
granulomateuse septique chronique	chronic septicemia granulomatosis	ورم حبيبي إنتاني مزمن
Granulome	granuloma	تورم حبيبي
Grippe	grip	نزلة
Grossesse	cyesis	حمل
H		
Hallucination	hallucination	هلوسة
Hanche	hanch	ورك
Hémoculture	hemoculture	زرع الدم
Hémodynamique	hemodynamic	ديناميكا الدم
Hémogramme	hemogram	الصيغة الدموية
hemophilus influenzae	hemophilus influenzae	المُستدمية النزلية
Hémoptysis	hemoptysis	نفث الدم
Hémorragie	bleeding	نزف
Hépatomégalie	hepatomegaly	ضخامة الكبد
Herpès	herpes	هربس
herpès virus	herpes verus	فيروس الهربس
herpès simplex virus	herps simplex virus	فيروس الهربس البسيط
Hilaire	hilar	نقيري
Hospitalisation	hospitalization	استشفاء
hyper-clarté	hyperlucency	فرط الشفافية للأشعة
hydro-	hydro-	الماء
Hydrocéphalie	hydrocephalus	مؤه الرأس
Hypersécrétion	hypersecretion	فرط الإفراز
Hypersensibilité	hypesensibility	فرط الحساسية
Hypersonorité	hypersonance	مفرط الرنين
Hypertrophie	hypertrophy	تضخم
hypodermite (panniculite)	adipositis(panniculitis)	التهاب الشحمية\التهاب السُّبلة الشحمية\
Hypogammaglobulinémie	hypogammaglobulinemia	نقص غاماغلوبولين الدم
Hypotrophie	low birth weight	وزن الولادة المنخفض
Hypothermie	hypothetma	انخفاض الحرارة
Hypoxémie	hypoxemia	نقص تأكسج الدم
I		
Ibuprofène	Ibuprofen	ايبوبروفين
Iléon	ileum	لفافي

Immunisant	immunofucient	مُمنَع غلوبولين مناعي (مضادات الأجسام)
Immunoglobuline	immun globulin	غلوبولين مناعي
Immunoglobuline	immunoglobulin	كبت المناعة
Immunosuppression	immunosuppression	قوباء
Impétigo	impetigo	الحضانة
Incubation	incubation	داعية
Indication	indicatio	جَوَاسَة
induration	induration	احتشاء
Infarctus	infarct	احتشاء عضل القلب
infarctus du myocarde	myocardial infraction	مُنْعَدَى
Infecté	infected	ارتشاح
Infiltration	infiltration	شلل دماغي
infirmité motrice cérébrale	cerebral palsy	التهابي
Inflammatoire	inflammatory	انتفاخ
Inflation	bullation	معلومات
Information	information	تلقيح
Inoculation	inoculation	معاينة
Inspection	inspection	قصور
Insuffisance	insufficiency	سلامة
Intégrité	integrity	بين الأضلاع
Intercostale	inter-costal	تداخل
Interférence	interference	الأنتيرفيرون
Interféron	interferon	الأنتيرلوكين
Interleukine	interleukine	تدوين السوابق
Interrogatoire	history taking	جَلاَل
Interstitium	interstitium	فترة
Intervalle	interval	عدم التحمل
Intolérance	intolerance	اختبار داخل الأدمة
intraderno réaction	intra dermal test	تنبيب
Intubation	intubation	انغلاف
Invagination	invagination	جائرة
Invasif	invasive	مخطط رحلاني
Ionogramme	ionogram	غير منتظم
Irrégulier	irregular	اقفار
Ischemie	ischemia	
Isolement		
J	insolation	عزل
Jonction	jonction	موصل
Joue	cheek	خد
Juxtaposer		يجاور
K	Juxtapose	

Kératite	Keratitis	التهاب القرنية
Kératocyte	Keratocyte	خلية كيراتينية
L		
Lambeau	Flap	سديلة
Laryngite	Laryngitis	التهاب الحنجرة
Latent	Latent	خاف
Lavement	Lavement	غسل
Lésion	Lesion	آفة
leuco-encéphalite	leukencephalitis	التهاب بيضاء الدماغ
leuco-encéphalite multifocale progrressive	multifocal progressive leukoencephalopathy	اعتلال بيضاء الدماغ العديد البؤر المترقي
leucose aiguë	acute leukosis	تكثر الكريات البيض الحاد
leukoplasie orale chevelue	oral hairy leukoplakia	طلوان فموي مشعر
liquide céphalo rachidien	cerebrospinal fluid	السائل الدماغي النخاعي
listeria monocytogène	listeria monocytogenes	الليستيرية المستوحدة
Lobaire	lobar	فصي
Lymphocyte	lymphocyte	لمفاوية
lymphocyte B	lymphocyte B	لمفاوية ب
lymphocyte T	lymphocyte T	لمفاوية ت
Lymphocytose	lymphocytosis	فرط اللمفاويات
Lymphome	lymphoma	لمفومة
Lymphopénie	lymphopénia	قلة اللمفاويات
M		
Macrophage	macrophage	خلية بلعمية
Macroscopique	macroscopic	عياني
Macule	macule	بقعة
Majeur	major	رئيسي
Malaise	malaise	وعكة
Malin	malignant	خبيث
Malnutrition	malnutrition	سوء التغذية
Manifestation	manifestation	مظهر
Matériels	materials	أدوات
Mécanisme	mechanism	آلية
Médiastin	mediastinum	منصف
Méningiome	meningism	حالة سحائية
Méningite	menigitis	التهاب السحايا
méningite bactérienne	bacterial meningitis	التهاب السحايا البكتيري
méningite basilaire	basal meningitis	التهاب السحايا القاعدية
méningite herpétique	herpetic meningitis	التهاب السحايا الهربسي
méningite listérienne	listeral meningitis	التهاب السحايا الليستري

méningite ourlienne	parotid meningitis	التهاب السحايا النكفي
méningite purulente	purulent meningitis	التهاب السحايا لبقحي
méningite tuberculeuse	tubercular meningitis	التهاب السحايا السلي
méningite viral	viral meningitis	التهاب السحايا الفيروسي
méningo-encéphalite	meningocephalitis	التهاب السحايا و الدماغ
Mesures	measures	تدابير
Météorisme	meteorisme	تطبل البطن
Microbe	microbe	جلرثومة
Miliaire	miliaria	الدخنية
moelle osseuse	bone marrow	للنخاع العظمي
molluscum contagiosum	molluscum contagiosum	المليساء المعدية
mononucléose infectieuse	infectious mononucleosis	كثرة الوحيدات العدوائية
Morbilleux	morbilious	حصبي
Morbiliforme	morbiliform	حصبي الشكل
Mortalité	mortality	معدل الوفيات
Mucoide	musinoid	مخاطاني
		سلاق (التهاب الفم الفطاري)
muguet buccal	buccal muguet	غشاء مخاطي
Muqueuse	mucosa	الم عضلي
Myalgie	myalgia	المتفطرة
Mycobactérie	mycobacteria	المفطورة الرئوية
mycoplasma pneumoniae	mycoplasma pneumoniae	فطار الأظافر
mycose des angles	nail mycosis	اعتلال عضلة القلب
Myocardiopathie	myocardiopathy	التهاب عضل القلب
Myocardite	myocarditis	فيروس مخاطي
Myxovirus	myxovirus	
N		
Nébulisation	nebulization	ارذاذ
Nécrose	necrosis	نخر
nécrose caséuse	caseous necrosis	نخر جبني
Néonatal	neonatal	وليدي
Néoplasie	néoplasia	تكون ورم
Néphrologique	nephrologic	كلوي
nerfs crâniens	cranial nerves	اعصاب قحفية
Neutropénie	neutropenia	قلة العدلات
Nouveaux	nodosum	عقدة
O		
Obstructif	obstructive	انسداد
occlusion	occlusion	انسداد
Œdème	oedema	ودمة
Œsophage	esophagus	مرئ

Oligarthrite	oligoarthritis	التهاب المفاصل القليلة
Onde	wave	موجة
Ongle	onyx	ظفر
Opacité	opacity	عتامة
Opalescent	opalescent	غميم
Orchite	orchitis	التهاب الخصية
Oreille	ear	اذن
Oreillons	mumps	نكاف
Os	os	عظم
Ostium	ostium	فوهة
Otite	otitis	التهاب الأذن
P		
Panaris	panaris	داجس
Pancreatite	pancreatitis	التهاب البنكرياس
Papille	papilla	حليمة
Papule	papule	حطاطة
Paraclinique	paraclinical	اللاسريية
Parainfluenzae	parainfluenzae	نظيرة النزلة الوافدة
Parenchyme	parenchyma	متن
Parotide	parotid	نكفي
Parvovirus	parvovirus	الفيروس الصغيرة
Pathognomonique	pathognomonic	واصم
Paume	palm	كف
Peau	skin	جلد
peau d'orange	peau d'orange	جلد البرتقالة
Percuter	percuss	قرع
Perfusion	perfesion	إرواء
Péricarde	pericardium	تامور
Péricardite	pericarditis	التهاب التامور
Péritonite	peritonitis	التهاب الصفاق
Perméabilité	permeability	نفودية
Persistent	persistent	مستديم
Phagocyte	phagocyte	بلعم
Pharynx	pharynx	بلعوم
Phlyctenaire	phlyctenular	نفاطي
Physiopathologie	pathophysiology	الفيزيولوجيا المرضية
Placenta	placenta	مشيمة
plante du pied	vola peids	اخمص القدم
Plèvre	pleura	جنبية
Pli	plication	تنية
Pneumocoque	pneumococcus	مكورة رئوية

pneumocystis carinii	pneumocystis carinii	المتكيسة الرئوية الجؤجئية
Pneumocystose	pneumocystosis	داء المتكيسات الرئوية
Pneumonie	pneumonitis	التهاب الرئة
pneumonie interstitielle	interstitial pneumonia	التهاب رئوي خلالي
Polymorphe	polymorphous	تعدد الأشكال
Polynucléaire	polynuclear	متعددة النواة
Polypnée	polypnea	تسرع التنفس
ponction lombaire	lumbar puncture	بزل قطني
porte d'entrée	portal of entry	باب الدخول
Poumon	lung	رئة
prédisposition Mendelien au microbe	Mendelian prédisposition to microbe	التعرض المنديلي للمكروبات
Prématuré	premature	خديج
Prévalence	prevalence	انتشار
Prévention	prevention	وقاية
primo-infection	primary infection	عدوى أولية
prise de contraste	contrast enhancement	استعزاز تبايني
Processus	process	ناتئ
Prodrome	prodrome	بادرة
Pronostic	prognostic	يحدد المآل
Prophylaxie	Prophylaxis	وقاية
Prurigineux	prurigineux	يحدث حكة
Prurigo	prurigo	حكاك
Prurit	prurit	حكة
Pseudo	pseudo	كاذب
pulpe du doigt	fingertip	انملة
Purifier	purified	قيحي
purpura fulminans	purpura fulminans	فرقرية خاطفة
Pustule	pustule	بثرة
Pyodermite	pyodermatitis	تقيح الجلد
Pyopneumothrax	pyopneumothrax	التهاب الصدر القيحي الغازي
Q		
Quinte	whoop	شهقة
R		
Radiographie	radiography	تصوير شعاعي
raideur méningée	stiffness	تيبس
râle crépitant	crepitant rale	خرخرة فرقية
râle sibilant	sibilant rale	خرخرة صفيرية
Rash	rash	طفح
Réanimation	intensive care	الرعاية المركزية

Récurrent	reccurent	رجعي
Règle	rule	قاعدة
Réhydratation	rehydration	إمهاء
réponse immune à médiation cellulaire	immune reponse mediation cells	استجابة مناعية ذات الوسيط الخلوي
Respiration	respiration	تنفس
revêtement cutané	common integument	اللحافة العامة للجلد
Rhinite	rhinitis	التهاب الأنف
Rhinorrhée	rhinorrhea	ثُر أنفي
Rhinovirus	rhinovirus	الفيروسات الأنفية
Rickettsiose	rickettsiosis	داء الركتسيات
roséole infantile	roseola infantilis	الوردية الطفيلية
Rotavirus	rotavirus	الفيروسات العجالية
Rougeole	morbilli	الحصبة
Rubéole	roeteln	الْحُمَيْرَاء
S		
Salmonelle	salmonella	السلمونية
Sang	blood	دم
santé publique	public healt	الصحة العمومية
sarcome de kaposi	kaposis sarcoma	ساركومة كابوزي
Scanner	scanner	مفراس
Scarlatine	scarlatina	القرمزية
Sclérème	sclerema	صَلْدَمَة
Sclérosant	sclerosing	مُصَلَّب
Secondaire	secondary	ثانوي
Sécrétion	secretion	إفراز
Sédatif	sedative	مهدئ
segmentaire	segmental	قِطْعِي
Selle	stool	براز
Sémiologie	semiology	علم الأعراض
Sensation	feeling	شعور
Septicémie	septicemia	إنتان الدم
Séquelle	sequellae	عواقب
Séreuse	serosa	مصلية
séroconversion	seroconversion	انقلاب تفاعلية المصل
Sérologie	serology	سيرولوجيا
Sévère	sever	وخيم
Shigelle	shigella	الشغيلة
Siffler	whistele	صفر
Signe	sign	علامة
signe de nikolsky	nikolsky's sign	علامة نيكولسكي

sillon	groove	التلّم
Situation	situation	وضع
Soif	thirst	عطش
Soluble	soluble	ذوّاب
Somnolence	somnolence	نيمومة
sous population lymphocytaire	lymphocyte sub-population	تحت الأصناف للمفاوية
Spécificité	specificity	نوعية
Spécifique	specific	نوعية
Splénomégalie	splenomegaly	ضخامة الطحال
Spontanée	spontaneous	تلقائي
Stade	stage	مرحلة
Staphylococcus	staphylococcus	عنقودية
staphylococcus aureus	staphylococcus aureus	العنقودية الذهبية
Staphylocoque	staphylococcus	مكورة عنقية
Stérilisation	sterilization	تعقيم
Strabisme	strabismus	حول
streptococcus pneumoniae	streptococcus pneumoniae	العقدية الرئوية
Streptocoque	streptococcus	عقدية
Strophulus	strophylus	الشّرى الحطاطي
Subaigu	subacute	دون الحاد
Sueur	sudor	تعرّق
Sulfamide	sulfonamide	سلفوناميد
Surinfection	superinfection	عدوى إضافية
sus-sternal	supra-sternal	فوق القّص
Symptôme	symtome	عرض
Syndrome	syndrome	متلازمة
syndrome auto-inflammatoire	auto-inflammatory syndrome	متلازمة الالتهاب الذاتي
syndrome de Griscelli	Griscelli syndrome	متلازمة جريسلي
syndrome de Stevens-Johnson	stevens-johnson syndrome	متلازمة ستيفنز جونسون
syndrome d'hyper IgE	d'hyper IgE syndrome	متلازمة فرط الغلوبولين و
syndrome d'hyper IgM	d'hyper IgM syndrome	متلازمة فرط الغلوبولين م
syndrome infectieux	infectious syndrome	متلازمة عدوائية
syndrome méningé	meningeal syndrom	متلازمة سحائية
système immunitaire	immun system	جهاز المناعة
système nerveux	nervous system	الجهاز العصبي
Systémique	systemic	مجموعي
T		
tabagisme passif	passive smoking	التدخين القسري
Tachypnée	tachypnea	تسرع التنفس
Tardif	tardive	متاخر
Temporal	temporalis	صدغي

test de nitrobleu de tetrazolium	nitrobleu de tetrazolium test	فحص نيتروبلو تيترازوليوم
thrombopenie	thrombopenia	قلة الصفائح
Thrombose	thrombosis	خثار
Tique	tick	قراد
Tirage	retraction	تعييد
Titre	titer	عيار
Tolérance	tolerance	تحمل
topographie	topography	طبغرافيا
Toux	cough	سعال
toux productive	productive cough	سعال منتج للبلغم
toux sèche	dry cough	سعال جاف
toxine	toxinum	ذيفان
toxique	toxic	سام
toxoplasmose	toxoplasmosis	داء المقوسات
trachée	trachea	الرغامى
trachéite	tracheitis	التهاب الرغامى
tractus	tract	السبيل
traitement	treatment	معالجة
traitement symptomatique	symtomomatic treatment	معالجة الأعراض
transfusion	transfusion	نقل الدم
transit intestinale	intestinal transit	تحركات معوية
transmission	transmission	انتقال
travail	travail	المخاض
trimestre	trimester	أثلوث
tronc	trunk	جدع
trouble	disorder	اضطراب
tuberculine	tuberculin	توبركولين
tuberculome	tuberculoma	تورم سلي
tuberculose	tuberculosis	سل
typique	typical	نمطي
tyrosine kinase	tyrosine kinase	تيروزين كيناز
U		
ulcération	ulceration	تقرح
V		
vaccin	vaccine	لقاح
vaccin BCG	BCG vaccine	لقاح بي سي جي
vaisseaux	vessels	أوعية
vallée sylvienne	vellacula sylvii	اخدود سيلفيوس
varicelle	Varicella	حُمق
Vascularite	vasculitis	التهاب وعائي

Ventilation	ventilation	تهوية
verruës planes	planes verrucae	تآليل مسطحة
Vésicule	vesicula	حُوَيْصِلَة
Vespéral	vesperal	مساتي
vibrion	vibrion	ضمة
Villosité	villus	ز غابات
Viral	viral	فيروسي
Virucide	virucide	مبيد الفيروسات
virus de déficit immunitaire humain	human immunodeficiency virus	فيروس العوز المناعي المشترك
virus respiratoire syncytial	respiratory syncytial virus	الفيروس التنفسي المخلوي
Visage	face	وجه
vitesse de sédimentation	sedimentation rate	سرعة التثقل
Voie	tract	مسلك
voie aérien superieur	aeral higher pathway	مسلك هوائي علوي
Vomissement	vomiting	قيء
W		
western blot	western blot	لطفة ويستن
Wheezing	wheez	أزيز
X		
Y		
yersinia enterocolotica	yersinia enterocolotica	اليرسينية الملهبة للمعي و القولون
Z		
Zona	zoster	نطاق

4. المناقشة:

يعتبر هذا العمل ترجمة لفكرة راودتني مند التحاقى بكلية الطب بالدار البيضاء، والتي تولدت نتيجة عدد من الصعوبات التي واجهتها خاصة خلال السنة الأولى من الدراسة، كما هو الحال بالنسبة لفئة عريضة من الطلبة، والتي تتمثل في:

الاضطراب النفسى الذي يسببه تغيير لغة التعليم الرئيسية بشكل مفاجئ من اللغة العربية إلى اللغة الفرنسية، وخاصة أننا تلقينا المعارف العلمية لمدة طويلة تزيد عن 13 سنة باللغة العربية.

هذا بالإضافة إلى المستوى المتواضع لأغلب الطلبة في اللغة الفرنسية الذي يظهر جليا خلال المحاضرات الملقاة بمدرجات الكلية، حيث يجد الطلاب صعوبة كبيرة في متابعة الدروس، مما يضطرهم لتسجيلها وإعادة سماعها أكثر من مرة لفهمها، كما لا يتمكن أغلب الطلاب من كتابة الدروس بشكل سريع، مع ارتكاب عدة أخطاء لغوية، الأمر الذي يؤدي بالطالب إلى إهدار الوقت والجهد في إعادة كتابة هذه الدروس ومحاولة استيعابها.

إلى جانب ضعف التواصل بين الأستاذ والطالب نتيجة العامل اللغوي الذي يمنع الطالب، بسبب ضعف لغته الفرنسية، من طرح الأسئلة والاستفسار عن بعض المسائل التي لم يفهمها خلال المحاضرة، فتبقى بعض النقاط مشوشة في ذهنه، وقد يضطر لحفظها رغم سقامة فهمه لها من أجل اجتياز الامتحان، الأمر الذي لا يمكن قبوله في طبيب المستقبل.

ولهذه الأسباب مجتمعة كنت أفكر دائما في حل لهذه الصعوبات، وكيف من الممكن تجاوزها، فاتضح لي جليا أن لو كانت الدروس تلقى باللغة العربية سريتم فهمها في المحاضرة وكتابتها بشكل سريع وبدون أخطاء، مما سيوفر الوقت والجهد للطلبة لتعميق الفهم بالإطلاع على مراجع أخرى، وتطوير مهارات تدريبية، أو لتعزيز لغة أجنبية (الإنجليزية) ولما لا لتطوير موهبة ما.

والذي شجعتني على المضي قدما في تطوير فكرتي هذه، هو احتضان كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء لمبادرات إنجاز أطروحات باللغة العربية، بالإضافة إلى وجود أساتذة وطلبة مهتمين بتعريب الطب، ويقومون بإنجاز بحوث وأطروحات باللغة العربية ودعمها. وبالتالي قررت إنجاز أطروحة التخرج باللغة العربية حول موضوع الأمراض التعفنفة عند الطفل.

أ. مناقشة الوسائل:

• المعاجم الطبية العربية المتوفرة في المكتبات الدولية:

لإنجاز هذه الأطروحة اتبعت منهجية اعتمدت فيها على جرد معاجم المصطلحات الطبية المتوفرة في المكتبات المغربية والدولية، والتي ستمكنني من ترجمة المصطلحات العلمية، فتمكنت من الحصول على مجموعة من المعاجم التي أوردتها كالآتي:

✓ المعجم الطبي الموحد¹:

يعتبر المعجم الطبي الموحد، الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية، المرجع الرئيسي لتعريب العلوم الطبية، كما نصت على ذلك جميع المؤتمرات الإقليمية لتعريب العلوم الصحية المنعقدة في عدد من البلدان العربية، وذلك بهدف توحيد المصطلح العلمي.

وأشير إلى أن هذا المعجم غير متوفر بمكتبة الكلية، أو في المكتبات العمومية الكبرى كالمكتبة الوطنية بالرباط، مما اضطرني إلى اللجوء إلى فرع منظمة الصحة العالمية بالرباط للحصول على نسخة منه، وفعلاً حصلت، بعد جهد كبير، على النسخة الورقية الطبعة الرابعة والأخيرة لسنة 2006 للمعجم

¹- تم إنجاز المعجم الطبي الموحد من طرف اتحاد الأطباء العرب، تحت إشراف المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ومجلس وزراء الصحة العرب، وبرعاية منظمة الصحة العالمية. يعتبر مشروعاً ضخماً لإنشاء منظومة مصطلحات وتوحيدها من أجل تعريب العلوم الطبية، حيث بدأ هذا المشروع كمبادرة من اتحاد الأطباء العرب سنة 1966 من المكتب الإقليمي للشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية، فتم تشكيل لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية، ويعمل الأستاذ الدكتور محمد هيثم الخياط مقرراً لها منذ تأسيسها. وقد صدرت له أربع طبعات ورقية وهي:

الطبعة الأولى: 1973 من مطبعة المجمع العراقي في بغداد وأعيدت طباعتها في القاهرة سنة 1977؛

الطبعة الثانية: 1978 جامعة الموصل بالعراق؛

الطبعة الثالثة: 1983 ميدليفانت سويسرا (إنجليزي-عربي-فرنسي)؛

الطبعة الرابعة: 2006 بيروت.

و عدة إصدارات إلكترونية منها:

نسخة 2001 التي تحتوي نحو 150000 تقع في نحو تسعين معجماً فرعياً متخصصاً يجري البحث فيها جميعها أو حسب التخصص، ويحوي المصطلحات بالإنجليزية والعربية والفرنسية ويترجم بينها،

نسخة 2009 فتميز بكونها أكثر دقة في كتابة المصطلحات حيث تعتمد الطبعة الورقية الرابعة للمعجم الطبي الموحد كما تحتوي على 160000 مصطلح (بعضها متكررة بفروق طفيفة في الترجمات و تمكن من الترجمة لخمس لغات (عربي-فرنسي-إنجليزي-ألماني-إسباني)

الطبي الموحد باللغتين العربية والإنجليزية، وكذا على قرص مدمج يحتوي على نسخة 2009 بخمس لغات (عربي-فرنسي-إنجليزي-ألماني-إسباني)؛ كما زرت معهد الدراسات والأبحاث للتعريب بالرباط²، غير أنه لا يتوفر إلا على النسخة الثالثة للمعجم الطبي الموحد.

✓ المعجم الموحد لمصطلحات الصحة وجسم الإنسان:

ينتمي هذا المعجم إلى سلسلة مكونة من 38 معجماً علمياً باللغات العربية-الفرنسية-الإنجليزية، وهو من إصدارات مكتب تنسيق التعريب بالرباط³، وهو متوفر بمكتبة هذه المؤسسة.

✓ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية:

المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية من إصدارات مركز تعريب العلوم الصحية بالكويت⁴، الطبعة الأولى لسنة 2009 الحرف A، وقد اعتمد المركز في إنجاز هذا المعجم على المصطلحات

² - معهد الدراسات والأبحاث للتعريب : مؤسسة جامعية للبحث العلمي تابعة لجامعة محمد الخامس-السويس بالرباط، أحدثت سنة 1960 (بالمرسوم رقم 2-59-1965 الصادر يوم 14 يناير 1960). مهمته إنجاز الأشغال اللازمة للتعريب وتطويرها وتوجيهها. والعمل على جعل اللغة العربية أداة للعمل والبحث في جميع الميادين ولاسيما في ميدان العلوم والتقنيات ، ويهدف معهد للدراسات والأبحاث لأجل التعريب خصيصاً إلى ما يأتي:

- إحصاء المفردات الأساسية لاستعمالها في التعليم؛
- إحصاء واقتباس المفردات الموحدة في العالم العربي والمعدة لوضع الكتب المدرسية؛
- إحصاء العبارات التقنية غير الموحدة وتسهيل توحيدها بالاتصال مع المعاهد العلمية بالعالم العربي؛
- إحصاء العبارات التقنية التي ليس لها مقابل في اللغة العربية والعمل على إحداثها؛
- المساهمة في نهضة الأدب العربي العلمي والشعبي؛
- تقديم عبارات اللغة العربية التقنية الموحدة لجميع المنظمات العمومية والخصوصية وكذا لكل شخص يرغب في معرفتها؛
- إنجاز و توجيه غير ذلك من الأشغال التي قد تظهر ضرورة لتعريب البحوث والدراسات؛
- تحديد خطة بحث وبرامج عمل يتمحوران حول ما يلي :
- * إنجاز البحوث والدراسات اللغوية التي تساعد على وصف اللغة وصفاً نسقياً وشاملاً؛
- * إنجاز بحوث تطبيقية من أجل إنتاج الأدوات الضرورية لتطوير اللغة العربية ونشرها في ميادين اللسانيات المعلوماتية واللسانيات التعليمية، والتخطيط والتطوير وغير ذلك مما له علاقة باللغة العربية وثقافتها على وجه العموم.

³ -مكتب تنسيق التعريب: يعمل على تجميع المصطلحات العربية وإحصائها وتصنيفها وإعدادها للمراجعة والمناقشة ونشرها، وتشرف عليه " المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم " أو كما تسمى اختصاراً "الأسيسكو". وقد جاء تأسيس المكتب كنتيجة لمؤتمر التعريب الأول الذي أقيم في الرباط في نسيان (أبريل) عام 1961. وقد اهتم بتعريب وتوحيد مصطلحات العلوم، فحتى عام 1981 قام بإتمام العمل على مصطلحات 20 علماً والتي بلغ عددها 67 ألف مصطلح تقريباً. ومنذ يونيو 1964 بدأ المكتب بإصدار مجلة اسمها "اللسان العربي"، كما أنه أصدر معاجم لغوية في العلوم والأمور المختلفة.

⁴ - المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية " أكمل " - منظمة عربية منبثقة عن مجلس وزراء الصحة العرب أنشئت عام 1980 ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى : توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي باللغة العربية. تبادل

المتوفرة في المعجم الطبي الموحد، وقام بتفسيرها إلى جانب ترجمتها، كما أصدر المركز عدة معاجم فرعية تهم عددا من التخصصات الطبية، يمكن تحميلها على الشبكة العنكبوتية عبر الرابط التالي:
<http://www.acmls.org>.

✓ كما أشير إلى تواجد عدة معاجم عبر شبكة الأنترنت عبر الروابط التالية:

1. المعجم الطبي الموحد بموقع منظمة الصحة العالمية:

<http://www.emro.who.int/ar/Unified-Medical-Dictionary.html>

2. قاموس الاختصاصات الطبية لدار القدس للعلوم <http://dar-alquds.com/dict/abb>

3. المعجم الطبي الموحد ودليل أطباء سوريا <http://medical.sitamol.net/>

4. البنك الآلي السعودي للمصطلحات العلمية (باسم):

<Http://basn.kacst.edu.sa/Default.aspx>

5. قاموس طبي عربي إنجليزي www.tbceb.net/t-7.htm

6. قاموس المصطلحات الطبية، موسوعة الملك عبد الله بن عبد العزيز:

<http://www.kaahe.org/cgi/dictionary.pl?ar>

ب. مناقشة النتائج:

الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية. دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية. تصميم وإنشاء الشبكة العربية للمعلومات الطبية "أمين"

يمكن مناقشة النتائج التي تم الحصول عليها أثناء إعداد هذه الأطروحة من خلال نقطتين رئيسيتين، الأولى تتعلق بمناقشة مقرر دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل، والثانية من خلال تقييم معجم المصطلحات.

✓ **المقرر:**

سنناول مناقشة الدروس من الناحية الشكلية ومن ناحية المضمون

● **من حيث الشكل:**

تمكنا خلال هذا البحث من إنتاج مقرر لدروس الأمراض التعفنفة عند الطفل والرضيع باللغتين الفرنسية والعربية، والذي يضم سبعة دروس تأتي على ذكر عناوينها كآآي:

- الالتهابات الرئوية الحادة السفلى؛

- داء السل؛

- الإسهال الحاد؛

- التهاب السحايا ذات السائل الصافي؛

- التهاب السحايا القيحي؛

- الطفوح الجلدية الحموية؛

- ضعف المناعة الأولي والثانوي.

وقد أسفر هذا المجهود على تجميع مقرر يضم ما يربو عن 184 صفحة.

ولتيسير الاطلاع على الدروس باللغتين في نفس الوقت، قمنا بوضع كل صفحة باللغة الفرنسية أمام ترجمتها باللغة العربية، ليتمكن الطالب من إيجاد مقابلات المصطلحات الطبية غير المؤلفة لديه باللغة العربية بسهولة، وخصوصا أن هذه الدروس موجهة لطلبة السنة الرابعة من الطب العام، الذين تعودوا على المصطلحات العلمية باللغة الفرنسية.

✓ **من حيث المضمون:**

تقييم المعجم الطبي الموحد:

من خلال استقراء المعاجم التي اطلعنا عليها ومقارنتها، يتضح أن أغلبها يعتمد على المعجم الطبي الموحد في طبعته الرابعة، لذا ارتأينا أن نركز على نفس ه ذه الطبعة كمرجع أساسي لترجمة مقرر دروس الأمراض التعفننية عند الطفل، كما أننا عملنا على اختبار وتقييم مدى نجاعته في ترجمة جميع المصطلحات العلمية الدقيقة الواردة في الدروس، وكنتيجة لعملية ترجمة الدروس السالفة الذكر اسخلصنا مجموعة من المصطلحات التي بلغ عددها 600 مصطلح، وعملنا على وضع مرادفات لها باللغتين العربية والإنجليزية، فكانت النتائج كالتالي:

عدد المصطلحات	نسبة المصطلحات التي لها مرادفات	نسبة المصطلحات التي ليس لها مرادفات في المعجم الطبي الموحد
600	100 %	0 %

وكخلاصة نستنتج أن المعجم الطبي الموحد يمكننا من ترجمة دروس الأمراض التعفننية عند الطفل دون تفصير فيما يخص المصطلحات العلمية، وهذه النتيجة المشجعة تدفع بنا إلى الاجتهاد في ترجمة المقررات المنهجية المعتمدة في تدريس الطب العام في كل التخصصات بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء، حتى نستكمل ترجمة المنهاج كله.

- صياغة الدروس باللغة العربية:

إذا كان المعجم الطبي الموحد يلبي رغبة الباحث في ترجمة المصطلحات العلمية الطبية، فهو لا يفي بغرض الترجمة لما سوى المصطلحات الطبية، بمعنى أنه لا يكفي الاعتماد عليه وحده لترجمة وصياغة الدروس بشكل كامل، وبالتالي لابد من الاستعانة بمعاجم لغوية لصياغة نصوص متكاملة.

وهذا ما أظهرته بعض الدراسات⁵ التي أجريت على 10 مراجع طبية باللغة الإنجليزية مقرررة لتدريس طلبة الطب بجامعة الملك فيصل، إذ أن المصطلحات العلمية الطبية لا تتجاوز نسبة

⁵-الدراسة: (أطروحة: تعريب أعراض الجهاز التناسلي، السيدة لطيفة الحبان)

3.3% من مجموع الكلمات، بمعنى أن 96.7% تحتاج منا اللجوء إلى معاجم لغوية عربية- فرنسية كالمنهل الذي اعتمدها في بحثنا.

جدول: نسبة المصطلحات الطبية في 10 مراجع طبية

الموضوع	عدد الكلمات	المصطلحات	نسبتها%
1- الأحياء الدقيقة	8778	308	3.5
2- الأحياء	6510	98	1.5
3- النساء والتوليد	5688	186	3.2
4- علم الأمراض	5890	185	3.1
5- طب الأطفال	6337	322	5.1
6- الطب النفسي	7011	280	3.9
7- الجراحة	6454	165	2.5
8- طب المجتمع	8762	351	4.0
9- التشريح	10602	331	3.1
10- الطب الباطني	9030	322	3.5
المجموع	75062	2548	3.3

لكن بالرغم من المجهود الذي قمنا به لترجمة الدروس اعتمادا على المعجم الطبي الموحد والمعاجم اللغوية فقد أفرزت الترجمة الأولية، وهي ترجمة حرفية، نصوصا صعبة الفهم، أي عبارة عن جمل متفرقة دون روابط، لا تساعد القارئ على الاستيعاب، مما جعلنا نستنتج أن كل لغة مستقلة بذاتها، ومن ثم يستحسن ترجمة المعنى والمضمون، وإعادة صياغة الدروس حسب قواعد اللغة العربية، وهذه هي الطريقة الأنجع لترجمة الدروس بشكل جيد.

وقد ساعدنا في تهيئ هذا المنتج العلمي المتواضع أمران: لغتنا العربية ورصيدنا اللغوي العلمي، بحكم أننا تلقينا تكويننا العلمي باللغة العربية على مدى 13 سنة قبل الحصول على شهادة البكالوريا، وخاصة في مادة العلوم الطبيعية. كما أن لغتنا العربية معروفة بتراثها وعمق معانيها وكثرة مجازاتها

وتعدد صور الاشتقاق فيها⁶، مما يجعلنا قادرين على التعبير عن الفكرة المراد إيصالها للطالب بطرق مختلفة.

ج. تدريس الطب باللغة العربية:

بناء على النتائج المحصل عليها من خلال ترجمة الدروس والتي كانت مشجعة، وتوفر المعاجم العلمية المساعدة على ذلك، وبعد سنوات من التدريس باللغة الفرنسية وما تطرحه من مشاكل في الفهم والاستيعاب والتواصل، كيف سيتقبل الطالب المغربي تلقي الدروس بكلية الطب باللغة العربية؟ وما موقف الأساتذة من هذا المشروع؟ وما هو واقع لغة تدريس الطب بالعالم العربي؟ وأين تكمن أهمية التدريس باللغة العربية؟ وما هي المرتكزات التي يمكن اعتمادها لتبني المشروع؟

✓ تقبل الأستاذ والطالب المغربي لهذه الدروس:

بما أن موضوع البحث المنجز في هذه الأطروحة سيكون موجها لطلبة كلية الطب بالدار البيضاء، وكذا عموم الباحثين والدارسين، وسيتم تقييمه والمصادقة عليه من طرف أساتذة خبراء في المجال بالكلية، فإننا نعترم بعد هذه الأطروحة، وتحت إشراف هؤلاء الأساتذة، إجراء دراسة تقييمية، من خلال استبيان موجه إلى الطلبة والأساتذة داخل الكلية، بعد اطلاعهم على التجربة لمعرفة مدى تقبلهم لهذه المبادرة، وذلك على غرار بعض الدراسات التي أنجزت بعدة بلدان عربية، التي استطلعت رأي الأساتذة⁷، ورأي الطلبة⁸.

✓ وضعية تدريس الطب في العالم العربي:

⁶- أهمية التعليم باللغة العربية، الأستاذ الدكتور عبد الله التطاوي
⁷- أجريت دراسة مقطعية في كلية الطب بجامعة الملك فيصل بالدمام في عام 2001م لمعرفة وجهات نظر أعضاء هيئة التدريس عن موضوع تعريب التعليم الطبي، وتبين أن (46%) موافقون و (54%) غير موافقين (تعريب التعليم العالي في الدول العربية، ديمة سعد المقرن).

⁸- وفي هذا الإطار لقد قام مكتب التعريب بجامعة العرب الطبية سنة 1989 بإجراء استبيان حول رغبة الطلبة في الدراسة باللغة العربية، فكانت نسبة الطلبة الذين أجابوا بنعم لاستعمال اللغة العربية هي (85%) من طلبة سنة أولى طب و (75%) من طلبة سنة ثانية وحوالي (50%) من سنة ثالثة و (40%) من سنة رابعة و (20%) من طلبة سنة خامسة. وهذه النتائج تعكس أن أغلبية الطلبة في سنة أولى وثانية، برصيدهم القليل من اللغة الإنجليزية يفضلون الدراسة بالعربية بينما طلبة السنوات المتقدمة، وبعد الدراسة لمدة أربع أو خمس سنوات بالإنجليزية يفضلون الاستمرار بالتعلم بهذه اللغة الإنجليزية (المرجع: دراسة حول استطلاع الرأي حول تعريب العلوم الطبية. من إعداد مركز دراسات الطب العربي / جامعة العرب الطبية).

إن لغة التعليم في جميع دساتير الدول العربية، وفي جل قوانين تنظيم الجامعات في الوطن العربي، هي اللغة العربية. وهذا هو القرار الجامع المشترك⁹، والركيزة الأساسية التي تدعم تدريس العلوم الطبية باللغة العربية.

كما أنه من بين أهداف اتحاد الجامعات العربية العمل على أن تكون اللغة العربية لغة التعليم في الجامعات مع الاهتمام باللغات الحية والسعي لتوحيد تعريف المصطلحات العلمية والاهتمام بالترجمة¹⁰.

وبالرغم من وجود هذه المرتكزات فإن واقع تدريس العلوم الطبية يظهر اختلاف لغة التدريس من دولة إلى أخرى، واعتماد لغات أجنبية في غالب الأحيان، وندرج بعض الأمثلة على ذلك:

سوريا: بدأ التعليم الطبي بعد الحرب العالمية الأولى باللغة العربية، و بالرغم من إصرار المحتلين الفرنسيين الذين أرادوا أن تكون الفرنسية هي لغة التعليم، فإن جهود الرواد الأوائل كانت جبارة في تأليف الكتب الطبية، وإيجاد المصطلحات الطبية وتطويرها، فحافظوا على اللغة العربية في التعليم الطبي بكل كفاءة واقتدار. وقد تطور مستوى التعليم لدرجة جيدة جداً، حتى تفوق خريجوا الطب في سوريا على خريجي الكليات التي تعلم باللغة الإنجليزية في الدول العربية¹¹.

العراق: بدأت الدراسات الطبية ومازالت باللغة الإنجليزية إلا في بعض المواد كالطب الشرعي. وقد صدرت قرارات وزارية عدة توجب تطبيق التعريب في كل جامعات العراق إلا أنها لم تطبق حتى الآن¹².

مصر: تأسست أول كلية للطب في العالم العربي بأبي زعل سنة 1872، وبدأ تعليم الطب فيها باللغة العربية واستمر لمدة 60 سنة، حتى أتى الاحتلال الإنجليزي وفرض الإنجليزية التي لازالت تدرس لحدود الساعة.

⁹- المؤتمرات القومية والوطنية التي عقدت حتى الآن حول تعريب التعليم الطبي وتوصياتها وقراراتها، الدكتور خالد محيي الدين منيمنة.

¹⁰- اتحاد الجامعات العربية، الدكتور أحمد عزيز بوصفيحة.

¹¹- تعريب التعليم العالي في الدول العربية، ديمة سعد مقرن.

¹²- التجربة العربية في تعريب العلوم وعلوم الطب، الدكتور صادق الهلالي

لبنان: عَلمت أول كليتين للطب باللغة العربية قبل تحويلهما إلى لغات أجنبية (فرنسية وإنجليزية) وخلال فترة تعريبها القصيرة تم تأليف 12 كتابا طبيا وترجمة عدة كتب أخرى.

الأردن: بدأ التعليم باللغة العربية في الكليات الطبية بالأردن، وتم تحويله إلى اللغة الإنجليزية فيما بعد. وعندما أنشئ مجمع اللغة العربية الأردني سعى إلى تعريب التعليم، وأثمرت جهوده لتدريس بعض العلوم في كلية الطب بالجامعة الأردنية بالعربية ومنها الطب الشرعي، التغذية في الصحة والمرض، الصحة العامة والإسعافات الأولية¹³.

السودان: ابتدأ التعليم العالي عام 1924 باللغة الإنجليزية، حتى بدأت الدعوة إلى تعريب التعليم، فأصدرت الدولة السودانية قرارات هامة بشأن إصلاح مسار التعليم العالي، فقامت الهيئة العليا للتعريب عام 1990 بمساعدة الأساتذة السودانيين في ترجمة وتأليف الكتب العلمية الخاصة، وبدأ عمليا تدريس الطب بالعربية، وتبعتها جامعة وادي النيل ثم جامعة أم درمان الإسلامية، وتلتها معظم كليات الطب الأخرى، وقد أتممت هذه الجامعات تدريس العلوم الطبية الأساسية بالعربية وبدأت بتدريس العلوم السريرية بها¹⁴.

ليبيا: تضع جامعة العرب الطبية في "بنغازي" التعريب في مقدمة أولوياتها، فهي تدرس معظم العلوم الأساسية بالعربية. كما أن كلية طب "سبها" تدرس باللغة العربية منذ افتتاحها، وقد مضى على ذلك سنوات عدة وأصبح طلابها في المرحلة السريرية¹⁵.

المملكة العربية السعودية: أسست مدينة الملك فهد للعلوم والتقنية البنك الآلي السعودي للمعلومات (باسم) 1983، للمساهمة في تعريب العلوم والتقنية وتوحيد المصطلحات العلمية وإيصالها للمستفيدين، ولكن الاستفادة منه ما زالت ضئيلة ومحدودة، وبالرغم من الجهود المبذولة بالمملكة لا يزال التعليم باللغة العربية في الكليات الصحية والعلمية محدودا.

الجزائر: قامت ثورة قومية للتعريب بداية من التعليم الابتدائي بخطة نقطة نقطة، حتى وصلت إلى تعريب التعليم العالي في الحقوق والعلوم الاقتصادية والسياسية والصحافة وعلم النفس وعلوم التربية والاجتماع والإحصاء والتاريخ، لكن لم يصل التعريب إلى كليات الطب والهندسة حتى الآن.

¹³ - التجربة العربية في تعريب العلوم وعلوم الطب، الدكتور صادق الهلالي

¹⁴ - تعليم الطب بلغة الأم (التجربة السودانية) - د. عبد الوهاب الإدريسي مجلة اللسان العربي، عدد 43

¹⁵ - الدراسات العليا بالعربية في ميدان الصحة، أحمد عزيز بوصفيحة

تونس: فقد تم تعريب التعليم العام، لكن العملية لم تصل إلى الجامعات التونسية إلا في بعض مواضيع العلوم الإنسانية والاجتماعية والدراسات الأدبية.

المغرب: بعد استقلال المغرب أنشئ معهد الدراسات والأبحاث للتعريب، ثم أنشئ فرع مكتب تنسيق التعريب في العالم العربي. وكان نتيجة جهودهما تعريب التعليم العام، و تدرس الآن الدراسات الأدبية والإنسانية والاجتماعية باللغة العربية، ولكن التعليم في الكليات الطبية لا يزال باللغة الفرنسية.

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن الواقع التعليمي لمختلف كليات الطب في العالم العربي يتلخص فيما يلي:

-اللغة العربية: سوريا، ليبيا والسودان (جزئياً)؛

-اللغة الفرنسية: المغرب، الجزائر، تونس، لبنان؛

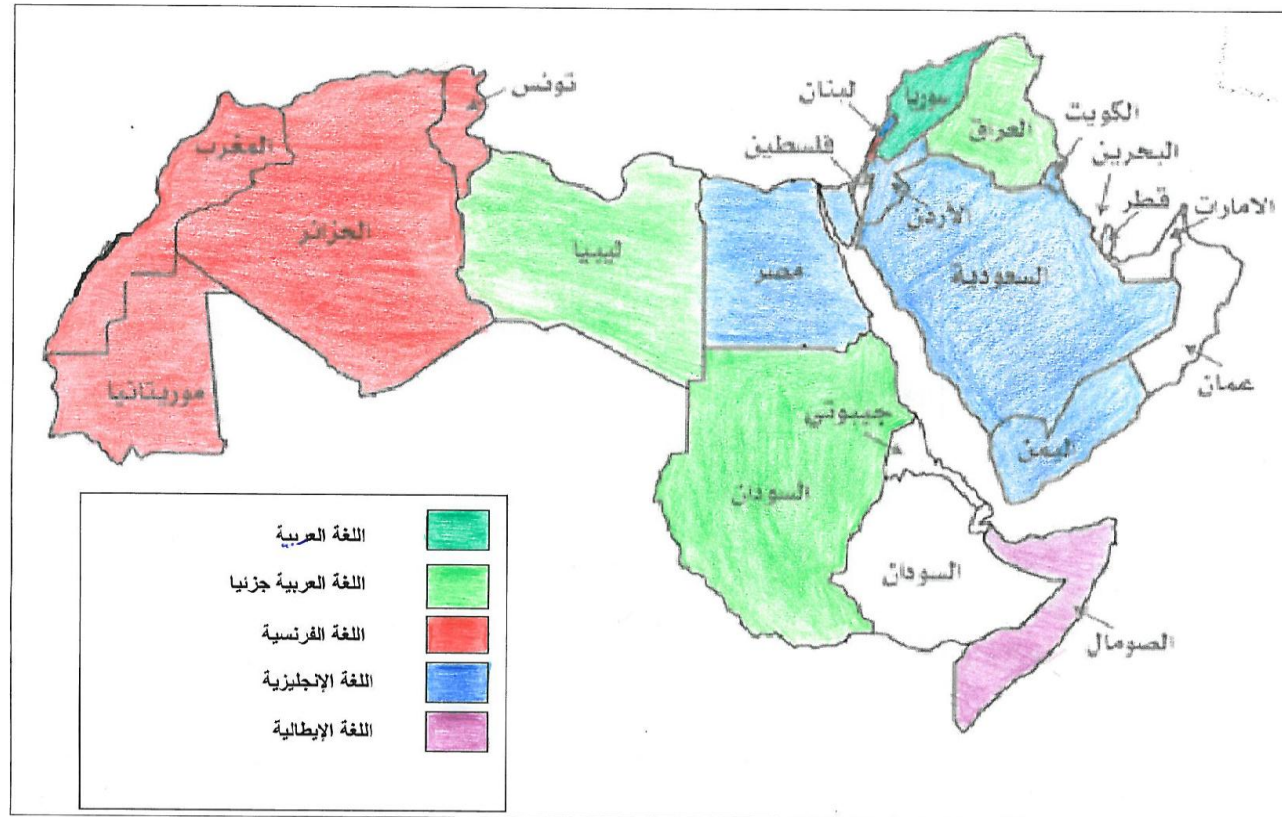
-اللغة الإيطالية: الصومال؛

-اللغة الإنجليزية: مصر، السعودية، الأردن، لبنان، العراق...

إن تدريس العلوم الطبية بلغات مختلفة في العالم العربي، يسهم في إحداث قطيعة وإضعاف الصلة بين أطباء الوطن العربي¹⁶

¹⁶- قرار المؤتمر الطبي الرابع والعشرون حول تعريب التعليم الطبي (القاهرة 19-23/1/1988)

لغة تدريس العلوم الطبية بالعالم العربي



✓ أهمية تدريس الطب باللغة العربية بالعالم العربي:

إن التعريب قضية حضارية وضرورة تربوية ودعوة للاعتماد على الذات لما فيه من استنهاض للأمة وترسيخ لهويتها وتأصيل لانتمائها الحضاري¹⁷، ومن أهم العوامل والأسباب التي تدعو بل تلح إلحاحا على ضرورة تعريب العلوم الطبية في بلادنا نذكر:

● العامل النفسي-التربوي:

إن تدريس الطب باللغة العربية يكسر الحاجز النفسي الذي يخلقه إقبال الطالب على التعليم الجامعي بلغة لا يتقنها، حيث يصطدم بعائقين: الأول يتمثل في حداثة المادة العلمية التي سيتلقاها، والثاني يتعلق بوسيلة تلقي الدروس وهي اللغة الأجنبية، الأمر الذي يترك له ارتباكا نفسيا، قد يضع حدا لمساره الدراسي. غير أن التدريس باللغة الأم (العربية) يمكن من تيسير وتسهيل التحصيل لدى الطلبة وتمكينهم من تلقي العلوم الطبية ومتابعة المحاضرات بطريقة أوفى، حيث أن قدراتهم في الاستيعاب باللغة العربية أكبر بكثير منها باللغة الأجنبية.

ولقد أثبتت التجربة المغربية أن تدريس العلوم باللغة العربية في التعليم الثانوي، وتدريس العلوم باللغة الأجنبية في التعليم الجامعي يتسبب في رفع معدلات الرسوب والهدر¹⁸.

كما أن الإبداع في أي مجال من المجالات لا بد أن يسبقه فهم عميق وشامل لتفاصيل هذا المجال، إذ كيف يمكن للطالب المغربي أن يبدع ويضيف جديدا في مجال ما وهو لا يحسن فهم الموجود فيه أصلا، وقد أثبتت عدة دراسات أن نسبة استيعاب العلم باللغة الأم تفوق نسبة الاستيعاب بلغة أخرى مهما بلغ التفوق فيها، ومن تلك الدراسات:

¹⁷-الحلقة العملية لتدريس المواد العلمية باللغة العربية 22-1990/7/26
¹⁸-السياسة اللغوية في البلاد العربية، الدكتور عبد القادر الفاسي الفهري،

دراسة الجار الله والأنصاري (1998)¹⁹ ، ودراسة أجراءها السباعي (1995م)²⁰، وتظهر نتائج هذه الدراسات أن المتعلم باللغة الأم أكثر استيعاباً لمادة التعلم من المتعلم بغيرها، وهو أقدر بعد ذلك على الإبداع و الابتكار، وبالتالي المساهمة في ازدهار البحث العلمي ورفع مستواه وتوسيع نطاقه.

نجاح التجربة السورية:

حيث أثبتت التجربة السورية نجاحها إلى حد كبير، وذلك يظهر جلياً في مستوى الطلبة السوريين المتميز. وإذا رحنا نتابع مآل المتخرجين من الجامعات السورية لرأينا أنهم قد تبوؤوا أرقى المراكز العلمية في العالم ولا سيما بالولايات المتحدة الأمريكية؛ إذ قلما نجد مستشفى جامعياً أو مركزاً للبحوث الطبية هناك إلا ويوجد به خريجون هذه الكليات الذين درسوا بالعربية؛ وتظهر نتائج الأطباء السوريين في امتحان ECFMG²¹ (امتحان المجلس التعليمي للأطباء الأجانب)، وهو امتحان تعقده الولايات المتحدة

¹⁹- الدراسة التي أجريت على عينة من الطلبة، وعددهم 516 من طلاب وطالبات الطب بجامعة الملك سعود. حيث أفاد 49 % من الطلاب أنهم يستوعبون أكثر من 75 % من المحاضرة عندما تلقى باللغة الإنجليزية، بينما أكد 45 % أنهم يستوعبون ما بين 25 و 75 % من المحاضرة. وتزيد نسبة استيعاب المحاضرة إذا استخدمت اللغة العربية مع الإنجليزية عند حوالي 90 % من الطلاب. أما إذا كانت كلها باللغة العربية فقد أفاد حوالي 60 % منهم أن نسبة الاستيعاب تزيد. وأفاد 40.4 % بأنها لا تزيد. وأفاد 46 % من الطلاب أنهم يحتاجون إلى نصف الزمن لقراءة مادة مكتوبة باللغة الإنجليزية لو كتبت بالعربية، كما أفاد 30 % منهم أنهم يحتاجون إلى ثلث الوقت، و 17.7 % أنهم يحتاجون إلى نفس الوقت، بينما يحتاج 6.3 % منهم إلى ثلاثة أضعاف الوقت. ووجد الجار الله والأنصاري أن 27.6 % من الطلاب يحتاجون إلى ثلث الزمن لكتابة مادة باللغة العربية كانت أصلاً باللغة الإنجليزية، كما يحتاج 36.9 % منهم إلى نصف الزمن، و 27 % إلى الزمن نفسه. ويفضل 45 % من الطلاب الإجابة على ورقة الامتحان باللغة العربية، و 36.9 % الإجابة عليها باللغة الإنجليزية، بينما يفضل 15.1 % الإجابة باللغة العربية مع كتابة المصطلحات باللغة الإنجليزية، ويفضل 3 % الخلط بين اللغتين دون ترتيب. ويرى 50.7 % أن التدريس باللغة الإنجليزية يقلل من فرصة المشاركة أثناء المحاضرات. ويؤيد 60 % من الطلاب التدريس باللغة العربية، ويرى 8.7 % منهم أن لا فرق بين التدريس بأي اللغتين. وأفاد 92.9 % من الطلاب بأنه يمكن البدء في تطبيق التعريب فوراً. (المرجع: الأطروحة : ندوة تعريب التعليم الطبي والصحي في الوطن العربي جامعة الدول العربية- الأمانة العامة دمشق 1988:4).

²⁰- ودلت دراسة أجراءها السباعي (1995م) على مجموعة من طلاب الطب وأطباء الامتياز والأطباء المقيمين عن متوسط سرعة القراءة باللغتين العربية والإنجليزية ونسبة التحسن إذا تمت قراءة النص باللغة العربية على أن سرعة القراءة باللغة العربية هي 109.8 كلمات في الدقيقة، بينما هي 76.7 كلمة في الدقيقة باللغة الإنجليزية، أي بفرق 23.1 كلمة في الدقيقة لصالح اللغة العربية. أي أن سرعة القراءة باللغة العربية تزيد 43 % على سرعة القراءة باللغة الإنجليزية. وتبين أن استيعاب النص باللغة العربية أفضل من استيعاب النص نفسه باللغة الإنجليزية بزيادة 15 % . أي أن نسبة التحصيل العلمي ستزداد 66.4 % لو كان التعليم باللغة العربية، وأن طلبة الطب سوف يوفرون 50 % من وقتهم لو قرأوا أو كتبوا باللغة العربية. (أطروحة: تعريب أعراض الجهاز التناسلي، السيدة لطيفة الحيان)

²¹- جدول: نتائج الأطباء السوريين في امتحان المجلس التعليمي للأطباء الأجانب في أمريكا مقارنة بنتائج غيرهم من الأطباء

الأمريكية باللغة الإنجليزية عدة مرات كل عام، ويتقدم إليه في كل مرة نحو عشرة آلاف طبيب من مختلف أنحاء العالم، ومن يجتازه يحق له العمل أو الدراسة الطبية العليا في الولايات المتحدة الأمريكية.

وقد صدق المؤرخ الكبير ابن خلدون حين قال: "إن تعلم العلم بلغة أجنبية لا يعتبر تعلماً"²²

• العامل الاجتماعي المهني:

إن الإلمام بالعلوم الطبية والتمكن منها وتطبيقها، يعتمد بصورة كبيرة على التفاهم التام بين الطبيب ومريضه، وهذا لن يكون إلا بلغة المريض وهي العربية، لأن الطبيب لن يستطيع أن يشخص المرض ويعالج المريض ما لم يستمع إليه بلغته العربية ويفهم شكواه بلهجته البسيطة التي يتحدث بها، حيث أن اللغة ليست وسيلة التخاطب فقط، بل هي الوعاء الحضاري التي بواسطتها يعبر الإنسان عن كل ما يجيش في نفسه ويشعر به²³.

كما أن التوعية الصحية أو ما نعبر عنه بالصحة الوقائية، لا يمكن أن تصل إلى فئات عريضة من المجتمع إلا باللغة المحلية وهي اللغة الدارجة المشتقة من اللغة العربية؛ لذا فإن دراسة الطب باللغة العربية ستمكن من كسر الحاجز النفسي واللغوي وتسهيل التواصل بين الطبيب ومساعدته في الجهاز الطبي من جهة، وبينه وبين المريض من جهة أخرى، وبالتالي سنتمكن من رفع مستوى الوعي الصحي لدى المواطنين. كما ترى منظمة الصحة العالمية أن استعمال اللغة العربية كلغة للتدريس والحوار والمناقشة والتثقيف والتوعية، في مجال الطب وسائر العلوم الصحية، شرط أساسي لضمان حسن مشاركة المجتمع في رفع المستوى الصحي للمواطن²⁴.

تاريخ الامتحان	إجمالي المتقدمين	معدل العلامات	عدد الأطباء السوريين	معدل العلامات
يوليو 1979	8930	71.8	39	73.7
يناير 1980	9769	71.1	35	71.4
وليو 1980	10879	72.0	36	72.6

المصدر: نتائج ECFMG

جدول يوضح لنا أن مستوى الأطباء السوريين لا يقل في امتحان ECFMG عن مستوى زملائهم الأطباء من مختلف أنحاء العالم. وننبيه القارئ إلى أن امتحان ECFMG يعقد باللغة الإنجليزية، أي أن تعلم الطب باللغة العربية لم يكن عائقاً أمام الأطباء السوريين بحول دون أدائهم للامتحان واجتيازهم له بنجاح. (أطروحة: تعريب أعراض الجهاز التناسلي، السيدة لطيفة الحيان)

²² - أطروحة: تعريب مبحث أعراض المستقيم والشرج، السيد طارق الهادي

²³ - دور المركز العربي للوثائق والمطبوعات فب تعريب التعليم الطبي، الدكتور يعقوب الشراح

²⁴ - قرار المؤتمر الطبي الرابع والعشرون حول تعريب التعليم الطبي (القاهرة 19-23/1/1988)

وكما أن تعريب العلوم الصحية بالعالم العربي ستمكن من التشجيع على التعاون العلمي، والعمل المشترك بين أطباء المجتمع العربي الذين يعيشون في بيئات وأوساط متقاربة ويواجهون مشاكل صحية متماثلة، ولا يتأتى ذلك إلا إذا تلقوا تعليمهم الطبي بلغة موحدة وهي اللغة العربية؛ وبالتالي سنتمكن من خلق شخصية عربية إبداعية تمتلك القدرة على إنتاج العلم ونقله إلى شرائح المجتمع، وتوحيد الثقافة والمجهود العلمي والفكري في الوطن العربي، وبالتالي القدرة على المشاركة والتفاعل في الحضارة العالمية المعاصرة.

وأخيرا لتعميم التعليم والحرص على الاستفادة من مواهب النشء كافة، دون حاجز مادي تضعه ضرورة دراسة اللغة الفرنسية وتعزيزها، وما يتطلبه ذلك من مستوى اجتماعي واقتصادي معين، وهذا ما تهدف إليه المؤسسات التعليمية، وذلك بتوفير البيئة الأكاديمية والنفسية والاجتماعية الداعمة للإبداع والتميز والابتكار وصقل المواهب²⁵.

• العامل السياسي:

عمل الاستعمار الفرنسي بالمغرب على استئصال هويته وتمزيق أبنائه، ونهج سياسة تقوم على بث الثقافة الفرنسية في وجدان سكان المغرب، وعلى محاربة لغة شعبه ومسح هوية أهله²⁶، كما جاء على لسان محمد الفاسي أنه عندما استولت سلطة الحماية على مقاليد الحكم ببلادنا كان كل ما أحدث في المغرب من ألفة إلى يائه على النمط الفرنسي وباللغة الفرنسية وبالأساليب الفرنسية²⁷، وكما سعت على غرار جميع المستعمرين للدول العربية إلى اجتثاث اللغة العربية، التي أدركت أنها المكون الأساس للهوية فحاربتها في التعليم، والإدارات الحكومية والإعلام²⁸.

وحتى بعد الاستقلال سنة 1956 عملت فرنسا جاهدة على تأسيس أكبر عدد من المدارس التي تدرس اللغة الفرنسية فتحافظ بذلك على التبعية، وقد بلغت المؤسسات التعليمية التي تديرها وكالة التعليم الفرنسي 480 إلى حدود سنة 2012 في 130 بلدا منها المغرب²⁹؛ فكان من الضروري التحرر من التبعية الفكرية للمستعمر باستعمال اللغة الأصلية ومن تم يتحقق الاستقلال الكامل للدولة المغربية وتصبح

²⁵- أهمية تعريب التعليم العالي في تحسين مخرجاته، الدكتور عبد المجيد نصير.

²⁶- ارحيلة عباس، تعريب التعليم العالي وتيار الفرنكفونية بالمغرب

²⁷- ارحيلة عباس، تعريب التعليم العالي وتيار الفرنكفونية بالمغرب

²⁸- تعريب التعليم العالي في العلم العربي، ديمة سعد المقرن

²⁹- ارحيلة عباس، تعريب التعليم العالي وتيار الفرنكفونية بالمغرب

لها ثقافتها المميزة ف جاء الدستور المغربي لينص على أن اللغة الرسمية للبلاد هي اللغة العربية³⁰، وبدأت حركة التعريب، وأراد المغرب أن يوقف الزحف اللغوي، فدعا عاهل المغرب آنذاك الملك محمد الخامس إلى أول مؤتمر للتعريب في العالم العربي سنة 1961، وفي الفترة الممتدة بين 1956 و 1989 تم تعريب القضاء والحقوق والعلوم الإنسانية.

والآن وقد تخلصنا من الاستعمار المباشر في صورته العسكرية والسياسية، والذي شل قدراتنا على الحركة، فإن واجبنا أن نتابع حركة التحرر الوطني، ونقبل بها إلى غايتها المنطقية بأن نكمل ثورتنا السياسية التي أخرجنا بها الاستعمار المباشر بثورة ضارية نعيد بها النظر في كل مجالات حياتنا، فننفي عن وجودنا كل مظاهر التخلف والجمود وموروثات الاستعمار ونظمه³¹. ونستعين بالغات العلمية العالمية إلى جانب الإهتمام باللغة الأم في الدرجة الأولى وتطويرها.

وقد جاء في رسالة الملك محمد السادس إلى المشاركين في المنتدى العربي الخامس للتربية والتعليم المنعقد بقصر المؤتمرات بالصخيرات في أبريل 2008: "يأتي في المقام الأول، تراثنا المشترك، الذي يتمثل في الأساس في لغتنا العربية التي تستدعي منا اليوم وأكثر من أي وقت مضى، مجهودا خاصا لتنميتها وتأهيلها وجعلها تستفيد من دينامية خلاقة للبحث اللغوي في مجال الاستباق والتعريب والبحث العلمي من أجل امتلاك تكنولوجيا المعلومات وضمان حضور أكثر وزنا في فضاءات الإعلام والاتصال، وهي مهمة لا يمكن أن تتأتى إلا في إطار مجهود مشترك ومبادرات متكاملة بين بلداننا العربية ضمن مقاربة رصينة ومتوازنة، تتوخى بلورة رؤية استشرافية للغة العربية ولموقعها في المجتمع الكوني للمعرفة"³².

إن اللغة العربية قضية استراتيجية في المقام الأول لا تمس الأمن الثقافي والحضاري للأمة العربية فحسب، بل هي تمس سيادة الدولة العربية وأمنها العام، واستقرارها واستقلالها الوطني³³.

³⁰-الفصل الخامس، الدستور المغربي 2011

³¹ - أهمية التعريب والحاجة إليه في الحياة العربية المعاصرة، الدكتور عبد الرؤوف خريوش

³² - الرسالة الملكية

³³-كلمة الدكتور عبد العزيز بن عثمان التويجي المدير العام للمنظمة الإسلامية للتربية و العلوم والثقافة -إيسيسكو- في افتتاح المؤتمر الوطني

الأول للغة العربية 2013/12/25

• العامل القومي:

إن اللغة هي قيمة جوهرية كبرى في حياة كل أمة، إذ أنها الأداة التي تحمل الأفكار وتنقل المفاهيم فتقيم بذلك روابط الاتصال بين الأمة الواحدة، وبها يتم التقارب والتشابه بينهم، وبالتالي فلين اللغة هي الترسانة الثقافية التي تبني الأمة وتحمي كيانها. وقد قال فيلسوف الألمان فيخته: "اللغة تجعل من الأمة الناطقة بها كلا متراسا خاضعا لقوانين، إنها الرابطة الحقيقية بين عالم الأجسام وعالم الأذهان"، ويقول مصطفى صادق الرافعي: "إن اللغة مظهر من مظاهر التاريخ، والتاريخ صفة الأمة. كيفما قلبت أمر اللغة - من حيث اتصالها بتاريخ الأمة واتصال الأمة بها - وجدتها الصفة الثابتة التي لا تزول إلا بزوال الجنسية وانسلاخ الأمة من تاريخها"³⁴.

وفي هذا الزمان الذي صار فيه العالم قرية واحدة، وعظمت فيه التكتلات، واختفت الحدود أمام وسائل الاتصال التكنولوجية الحديثة، وهي تتطور كل يوم، تسعى الأمم والشعوب على ألا تذوب في محلول عالمي يسيطر فيه الأقوياء، بل إن التحدي صار أن نكون أو لا نكون، أن نبقى أو نندثر³⁵؛

وبالتالي فإن التعريب يؤدي إلى وحدة فكرية، وذلك يسهم في وحدة ثقافية للأمة العربية ومنحها شخصية متميزة وكيانا غير قابل للذوبان، ويربط ربطا ثقافيا وعلميا ماضي الأمة وحاضرها ومستقبلها، ويبسر لها الاستفادة من تراثها الحضاري الهائل ويمنحها ندية للحضارات الأخرى ويكسبها الاحترام العالمي³⁶؛ ولقد درس علماء النفس والتربية صلة الإنسان بلغته، التي تقر في وجدانه وتندرج على لسانه وبغيرها من اللغات، فوجدوا فرقا في الحاليين، كالفارق بين الذات والشيء، وبين الألفة والغربة وبين العسر واليسر³⁷.

• العامل اللغوي:

تعد اللغة العربية واحدة من أهم اللغات الحية في عالم اليوم، إذ يتحدث بها نحو 350 إلى 500 مليون نسمة، وتعد بذلك من بين اللغات الخمس الأولى في العالم من حيث عدد المتكلمين بها، فنتقدم من

³⁴- اللغة العربية ومكانتها بين اللغات، الأستاذ الدكتور فرحان السليم.
³⁵- أهمية تعريب التعليم العالي في تحسين مخرجاته، الأستاذ الدكتور عبد المجيد نصير.
³⁶- أهمية تعريب التعليم العالي في تحسين مخرجاته، الأستاذ الدكتور عبد المجيد نصير.
³⁷- تعليم العلوم الصحية والطبية باللغة العربية. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط 1991 (أطروحة: تعريب مبحث الأعراض التنفسية- جزء 1-، السيدة زكية بلمونذ)

هذه الناحية على اللغات الفرنسية والألمانية والإيطالية والبرتغالية واليابانية. وتعتبر العربية من بين اللغات القليلة المعتمدة في هيئة الأمم المتحدة والمنظمات الدولية النابعة لها³⁸.

ورغم أن اللغة الإنجليزية هي اللغة الرائدة في مجال العلوم، فلا أحدا من الدول التي تحترم كيانها وتاريخها قبل أن يغير لغة التعليم لديه من اللغة الأم إلى اللغة الإنجليزية، لا الفرنسيون، ولا الألمان، ولا الإسبان، ولا الروس، ولا الرومانيون، ولا الصينيون، ولا الفيتناميون وهم قلة، وحتى الكيان الإسرائيلي فهو يصر على اللغة العبرية³⁹، أما اليابانيون فهم يدرسون باليابانية رغم أنها لغة قديمة، سقيمة ومعقدة، ولكن يحملها أناس أحرار في فكرهم وينشر بها ما يزيد عن ثلاثين ألف عنوان سنويا (أكبر معدل عالمي في نشر الكتب)⁴⁰.

فما بالك باللغة العربية التي تعد معجزة الله الكبرى في كتابه المجيد فهي ثابتة في أصولها وجذورها، متجددة بفضل ميزاتها وخصائصها حيث يقول الأستاذ جابر حسين: "لقد ميز الله اللغة العربية بخصائص منها:

- ثراؤها بكثرة ألفاظها وتصريفها وسهولة الاشتقاق مما يجعلها من أقدر اللغات على التعبير على كافة العلوم والفنون.

- قبولها الإعجاز البياني وضروبه مما لا يتوفر في الكثير من اللغات الأخرى، لكون ذلك طبيعيا فيها بفضل جزالتها ودقة أوضاعها وإحكام نظمها واجتماعها على تأليف صوتي يكون موسيقيا في التركيب، والتناسب بين أجراس الحروف والملائمة مع طبيعة المعنى مما يجعلها قريبة من نفس كل إنسان لاتفاقها مع الفطرة⁴¹.

ولقد كانت اللغة العربية لغة الطب لقرون طويلة، شهدت العصر الذهبي لبدء تقدم الطب على أسس ثابتة مند بدء القرن العاشر الميلادي وحتى قبيل القرن التاسع عشر، فبدأ الأطباء العرب -أول ما بدأوا به- بجمع كل ما كتب في الطب قبلهم وترجمته إلى اللغة العربية، وكذا تعريب المصطلحات الأعجمية حتى استعصى تمييزها عن المفردات العربية الأصيلة، ثم انطلقوا بعد ذلك في التأليف والإبداع

³⁸- الأطروحة: تعريب أعراض الجهاز التناسلي، السيدة لطيفة الحبان.

³⁹- أهمية تعريب التعليم العالي في تحسين مخرجاته، الأستاذ الدكتور عبد المجيد نصير.

⁴⁰- مشاهدات وعبر من اليابان حول أهمية تعريب العلوم، وليد خليفة

⁴¹- أطروحة: تعريب مبحث الأعراض التنفسية، السيدة أمل البطان

والبحث طيلة القرون الذهبية للطب العربي، فظهرت المؤلفات العربية الثمينة، التي شكلت مرجعا لدراسة الطب في العالم كله، وقد أبداع خلال هذه المرحلة كل من ابن سينا، ابن رشد، ابن النفيس، جابر بن حيان وآخرون كثر على اختلافهم العرقي وهم أبناء اللغة العربية ولسانهم عربي ومصطلحاتهم عربية فما كان ذلك عائقا بالنسبة إليهم، وقد أحسن شاعر النيل حافظ إبراهيم حين قال على لسان اللغة العربية:

رموني بعقم الشباب وليتني	عقمت فلم أجزع لقول عداتي
وسعت كتاب الله لفظا وغاية	وما ضقت عن أي به وعظات
فكيف أضيق اليوم عن وصف آلة	وتنسيق أسماء لمختر عات
أنا البحر في أحشائه الدر كامن	فهل سألوا الغواص عن صدقات

كما تتمثل أهمية التعريب اللغوية في إثراء المكتبة العربية، حيث يتعمق الأستاذ بلغته فيزيد ذلك من رصيد الإبداع باللغة العربية. بالإضافة لذلك فإن قبول اللغة العربية لكثير من المصطلحات الأجنبية، من خلال إخضاعها لوسائل الوضع المصطلحي المختلفة من اشتقاق ونحت وتطوير ينعش اللغة ويزيد من ثرائها. كما أن تدريس العلوم باللغة العربية يشجع المدرس على ترجمة هذه المواد مما يدفع عجلة الترجمة ويزيد من تجربة المدرس في ممارستها⁴². فمر من مرحلة التعريب إلى مرحلة الإبداع وبذلك تنتقل من حماية اللغة والمحافظة عليها إلى المحافظة على حياة اللغة واستمرارها بحيث تصبح لغة متداولة عالميا⁴³.

• العامل الديني:

يعتبر العامل الديني أهم العوامل وأجلها، ولو لم نحص من عوامل التعريب إلا هو لكفانا، لننفض عن أنفسنا غبار التغريب ونسعى جاهدين لأداء حق هذه اللغة الكريمة علينا، واللغة العربية هي لغة القرآن ووعاء الإسلام فمن البديهي أن تكون نصرة لغة القرآن هي في حد ذاتها نصرة للإسلام والمسلمين⁴⁴؛ كما جاء في قول الله عز وجل: "إنا أنزلناه قرآنا عربيا لعلمكم تعقلون" صدق الله العظيم (سورة يوسف الآية

⁴² - تعريب التعليم الجامعي، عبد الرحيم خريوش

⁴³ - أطروحة: تعريب مبحث أعراض الغدة الدرقية، السيد عبد الخلق عتيق

⁴⁴ - نحو طب إسلامي، الدكتورة أمل العلمي. الطبعة الأولى، 1999. أطروحة: تعريب مبحث الأعراض التنفسية-جزء 1-، السيدة زكية بلموذن

(2)، وتعد اللغة العربية هي معجزة الله الكبرى في كتابه المجيد، وقد استعربت شعوب غرب آسيا وشمال إفريقيا بالإسلام وتركت لغتها الأولى وأثرت لغة القرآن أي أن حبهم للإسلام هو الذي عربهم فهجروا دينا إلى دين وتركوا لغة إلى أخرى.

إن اللغة العربية هي لغة القرآن الكريم الذي احتوى دستوراً للحياة يستوعب حقبا زمنية طويلة، واحتوى العلم والمعرفة التي يحتاجها الإنسان على مر العصور. والقرآن الكريم الذي أنزل على الرسول صلى الله عليه وسلم، باللغة العربية وليس بغيرها من اللغات، قبل أكثر من أربعة عشر قرنا يعبر عن حاجات آنية ومستقبلية للبشرية⁴⁵.

✓ إمكانية التحول لتدريس الطب باللغة العربية في المغرب:

من خلال استقراء الواقع المغربي يتضح أن هناك عددا من المرتكزات التي تدعم إمكانية تدريس الطب باللغة العربية في الجامعات المغربية، سواء على مستوى التأصيل الدستوري، أو مقتضيات الميثاق الوطني للتربية والتكوين، أو بعض الاتفاقيات الوزارية، كما أن هناك بعض الإمكانيات والعوامل المساعدة على تبني المشروع من قبيل توفر الجامعات المحتضنة، والأساتذة والأطباء المتخصصين المهتمين، والمؤسسات الوطنية والدولية الداعمة.

• الدستور:

يعطي المشروع الدستوري المغربي أهمية للغة العربية حيث ينص الفصل الخامس من دستور 2011 على ما يلي: " تظل العربية اللغة الرسمية للدولة، وتعمل الدولة على حمايتها وتطويرها، وتنمية استعمالها"⁴⁶.

⁴⁵ - أثر العلوم الإسلامية في تطور الطب، خوسيه لويس بارسلو اسبانيا، ترجمة: د. ابراهيم الصياد 2000م. (الأطروحة: المساهمة في تعريب مبحث الجهاز البولي (جزء الفحوصات البولية)، السيدة فاطمة قاسمي).

⁴⁶ - الفصل الخامس، الدستور المغربي 2011، الوزارة المكلفة بالعلاقات مع البرلمان والمجتمع المدني.

• الميثاق الوطني للتربية والتكوين:

وقد حث الميثاق الوطني للتربية والتكوين على تبني اللغة العربية في التعليم العالي، وهو الأمر الذي نوه به الملك محمد السادس عند اطلاعه على وثيقة الميثاق، بقوله: "وقد اطلعنا على نتائجها ووجدناها تعبر عما نبتغي من تعليم مندمج مع محيطه منفتح على العصر دون تنكر لمقدساتنا الدينية ومقوماتنا الحضارية وهويتنا المغربية بشتى روافدها"⁴⁷.

وتنص الدعامة التاسعة من الميثاق الوطني للتربية والتكوين على تعزيز تعليم اللغة العربية وتحسينها من خلال الإجراءات التالية:

- يستلزم الاستعداد لفتح شعب للبحث العلمي باللغة العربية، وإدراج هذا المجهود في إطار مشروع مستقبلي طموح، ذا أبعاد ثقافية وعلمية معاصرة، يركز على:
 - التنمية المتواصلة للنسق اللساني العربي على مستويات التركيب والتوليد والمعجم؛
 - تشجيع حركة ربيعة المستوى للإنتاج والترجمة بهدف استيعاب مكتسبات التطور العلمي والتكنولوجي والثقافي بلغة عربية واضحة مع تشجيع تأليف النشر وتصدير افنتاج الوطني الجيد؛
 - تكوين صفة من المتخصصين يتقنون مختلف مجالات المعرفة باللغة العربية بعدة لغات أخرى تكون من بينهم أطر تربوية عليا ومتوسطة.
- يتم تدريجيا، خلال العشرية الوطنية للتربية والتكوين، فتح شعب اختيارية للتعليم العلمي والتقني والبيداغوجي على مستوى الجامعات باللغة العربية، موازاة مع توافر المرجعيات البيداغوجية الجيدة والمكونين الأكفاء.

• موثيق وزارية:

في السنوات الأخيرة اتفق كل من وزراء الصحة وعمداء كليات الطب في الدول العربية وخبراء منظمة الصحة العالمية في اجتماعاتهم التي عقدها في عدد من الدول العربية، وأجمعوا على البدء

⁴⁷ - مقتطف من خطاب الملك محمد السادس في افتتاح الدورة الخريفية للسنة التشريعية الثالثة المتعلقة بالتعليم، 1999 الرباط

بتعريف كل من الطب الشرعي، وطب المجتمع، ثم بقية العلوم الطبية بشكل متدرج حتى يكتمل التعريف⁴⁸.

كما تعهدت الحكومة المغربية الحالية بوضع حد للفوضى اللغوية في البلاد، ووضع سياسة عقلانية ومنسجمة بهذا الشأن. والعمل على إخراج أكاديمية محمد السادس للغة العربية إلى حيز الوجود، إلى جانب تقنين استعمال اللغات الأجنبية. من خلال إحداث مجلس وطني للغات والثقافة المغربية، مهمته، على وجه الخصوص، حماية وتنمية اللغتين العربية والأمازيغية⁴⁹.

• الأساتذة

كما أن عددا كبيرا من الأساتذة في جميع كليات الطب بالمملكة المغربية من الدار البيضاء، الرباط، مراكش، وجدة وفاس مستعدون لتدريس العلوم الطبية في مختلف التخصصات باللغة العربية، وهم معروفون بالكفاءة العالية وبالجدية في العمل وبأهدافهم السامية لتكوين أطباء أكفاء يحملون الراية بعدهم في تحسين المستوى الصحي للمواطن المغربي، وكذا في تطوير البحث العلمي، كما أنهم متمكنون من التعليم، الكتابة، اللقاء المحاضرات، الترجمة والتأليف باللغة العربية، وبالتالي إعداد منهاج متكامل لتدريس الطب باللغة العربية، ومحاولة إقناع باقي الهيئة التدريسية للمشاركة معهم في هذه المسيرة بطريقة تدريجية.

• الطلبة:

إن تعليم الطلبة باللغة العربية في المستويات الجامعية سيكون عاملا محفزا على النجاح وتحقيق نتائج جيدة والرفع من مستوى التعليم، لأن الطلبة تلقوا تكوينهم خلال المراحل الابتدائية، الإعدادية والثانوية باللغة العربية، فسيكون من السهل عليهم إتمام تعليمهم الجامعي باللغة العربية، وخصوصا أن مقرر تلقين اللغات الأجنبية قبل الباكلوريا يكون ضعيفا إلى حد ما، لا يمكن الطالب من اتقان اللغة الأجنبية والتمكن منها.

⁴⁸ - الدعامة التاسعة، الميثاق الوطني للتربية والتكوين، وزارة التربية الوطنية والتعليم العالي وتكوين الأطر والبحث العلمي

⁴⁹ - الحكومة المغربية تتعهد بوضع حد للفوضى اللغوية في البلاد، لطيفة العروسي

• مؤسسات مساعدة:

إن قضية تعريب الطب قد حظيت بقدر وافر من العناية والاهتمام من قبل عدد من المؤسسات التي يمكن أن تساهم وتدعم تعريب الطب في المغرب، والمتمثلة في:

- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية⁵⁰؛
- جامعة الدول العربية: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم (الإيسيسكو)، تونس؛
- مجلس وزراء الصحة العرب:
- المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، الكويت؛
- المجلس العربي للاختصاصات الطبية، دمشق؛
- اتحاد الأطباء العرب وسائر الاتحادات الصحية والطبية (الصيدلة، أطباء الأسنان، التمريض، الخ...)؛
- مكتب تنسيق التعريب، الرباط؛
- مجامع اللغة العربية في الأقطار العربية؛
- المركز العربي للتعريب والتأليف والترجمة والنشر، دمشق.

وقد عقدت هذه المؤسسات عشرات المؤتمرات والندوات وصدرت عنها عشرات القرارات والتوصيات التي حددت الخطط المتبعة التي ينبغي نهجها من أجل الوصول إلى هدف التعريب⁵¹.

⁵⁰ - يساعد المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية في تنظيم:

- دورات تدريبية لتهيئة المدرسين (زيارات إلى الجامعات السورية وغيرها من الجامعات التي تدرس الطب باللغة العربية)؛
- زيارات متبادلة بين أساتذة كليات الطب التي تدرس باللغة العربية؛
- توفير معلومات عن المراجع الطبية المتاحة باللغة العربية.

⁵¹ - أطروحة المساهمة في مبحث أعراض الجهاز التناسلي عند المرأة، السيدة كريمة الطيب (الأطروحة رقم: 2007/244)

✓ التجارب المغربية لتقريب اللغة العربية في المجال الصحي:

ظهرت في السنوات الأخيرة عدة مبادرات مغربية لتقريب اللغة العربية في المجال الصحي والتي تتمثل أساسا في إنشاء الجمعية المغربية للتواصل الصحي، إصدار عدة كتب متخصصة باللغة العربية واحتضان كليات الطب لعدد من الأطروحات باللغة العربية تحت إشراف عدد من الأساتذة المتخصصين.

الجمعية المغربية للتواصل الصحي: جمعية وطنية مهنية تهدف إلى توظيف اللغة الوطنية لدعم التواصل بين مهنيي الصحة والشعب المغربي الكريم مساهمة منها في دعم المبادرة الوطنية للتنمية البشرية بقيادة صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله. والتي أنشأت بفاس بتاريخ 18 شتنبر 2010.

وتعتمد الجمعية عدة وسائل في التواصل الصحي باللغة العربية من بينها، تنظيم محاضرات وندوات علمية تشيد فيها بأهمية استعمال اللغة العربية في المجال الصحي، إضافة إلى إصدارها لمجلتين، المجلة الصحية المغربية ومجلة الصحة أولا، هذا إلى جانب مواقع إلكترونية تنشر فيها كل أنشطة الجمعية.

من بين المحاضرات وندوات التي نظمتها الجمعية، نذكر:

- ندوة علمية يوم السبت 05 أكتوبر 2013 برحاب كلية الطب و الصيدلة بالرباط تحت عنوان " من أجل تنمية التواصل في المجال الصحي " بحضور السيد عميد الكلية وثلة من الأساتذة والباحثين والطلبة، و شهد برنامج الندوة محاضرتين تحت عنوان "المحتوى الرقمي العربي في خدمة التواصل الطبي" و "التواصل الإنساني والمؤسساتي في القطاع الصحي "

- محاضرة تحت عنوان "التواصل الصحي بالعربية في الوطن الإسلامي" ، خلال الندوة شبه الإقليمية حول تحديات البيئة واثرها على التنمية والرعاية الصحية في المنطقة العربية بالرباط، برعاية الإيسيسكو يومي 13 و 14 دجنبر 2013؛

- محاضرة تحت عنوان " التربية الجنسية وعلاقتها بالأمراض المتنقلة جنسيا" بشراكة مع كلية الطب والصيدلة بفاس وجمعية تحت العشرين وذلك يوم الخميس 2 ماي 2013.

- محاضرة تحت عنوان : "دعم اللغة العربية في التعليم العالي العمومي : نموذج التعليم الطبي " في الأيام البيداغوجية العاشرة للمنتدى الوطني للتعليم العالي والبحث العلمي فرع الدار البيضاء وذلك يومي 26 و 27 أبريل؛

- ندوة علمية تحت عنوان " تجربة تعريب العلوم الصحية بالوطن : تحديات و آفاق " للدكتور محمد هيثم الخياط كبير مستشاري المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وذلك يوم الجمعة 15 أبريل 2011 برحاب كلية الطب والصيدلة بفاس، وبحضور السيد العميد مولاي حسن فريح.
أما في ما يخص المجلتين:

- **فالمجلة الصحية المغربية:** هي مجلة دورية للعلوم الصحية، يساهم في كتابة ماضيها ثلة من الأساتذة من مختلف المؤسسات الجامعية المغربية، وتهدف للتكوين الطبي المستمر، وهي موجهة لمختلف مهني الصحة من أطباء وصيدلة وأطباء أسنان وممرض

المجلة الصحية المغربية

رئيس التحرير
الأستاذ : محمد البياز

مفتري التحرير
الأستاذ : الشير بنجلون

هيئة التحرير
الأستاذ : محمد البياز

الأستاذ : عادل الإبراهيمي

الأستاذ : الشير بنجلون

الأستاذ : محمد المقرني

الأستاذ : مصطفى حيدة

الأستاذ : عمر المساحي

الأستاذ : محمد العوفي

الأستاذة : كريمة الغازي

الأستاذ : أمين بنحو

الأستاذ : شكيب الحجازي

الأستاذ : سير العسفي

الهيئة العلمية
الأستاذ : أحمد عزيز بوصفيحة

الأستاذ : مصطفى حيدة

الأستاذ : شكيب الحجازي

الأستاذ : جمال الدين البورقادي

الأستاذ : عادل الإبراهيمي

الأستاذ : محمد عدنان الحزري

الأستاذ : الزاهي الإسماعيلي

الأستاذة : سمية شهاب

الأستاذ : إدريس بومزيرة

الأستاذ : رفيق بنجلون

الأستاذ : مصطفى قنصلي

الأستاذ : مصطفى التسولي

الأستاذ : مصطفى مطوط

الأستاذة : سناء بنسودة

الأستاذ : شكيب عبد الفتاح

الأستاذ : خالد المسنوي

الأستاذ : مهدي الفارس

الإخراج الفني
الأستاذ : مصطفى مالوي

الجمعية المغربية
للتواصل الصحي

الجمعية المغربية للتواصل الصحي
العقر : طريق عين الشفقت تجرطة
القرويين رقم 742 فاس
الهاتف : 0661245456
contact@tawassol.ma
www.tawassol.ma
رقم الإيداع القانوني:
2011PE0135

الفهرس

- 1 افتتاحية العدد
- 2 كلمة هيئة التحرير
- 3 سلف العدد
- 4 المقال الرئيس : مرض السربو : من التشخيص إلى العلاج - محمد البياز
- 5 حالات سريرية: كيف أعالج مرض الربو عند الطفل - خديجة بن الدرقاوي
- 6 حالات سريرية: كيف أعالج مرض الربو عند البالغ - جمال الدين البورقادي
- 7 حوار مع الأستاذ الدكتور مولاي الحسن فريخ عميد كلية الطب بفاس
- 8 صيقلنة
- 9 الأدوية الجينية ومكتبتها في الخارطة الوائية بالمغرب - عبد الله طاربي
- 10 طب الأسنان
- 11 صحة الفم والأسنان : وقاية مسكرة - سناء بنسودة
- 12 بحوث ميدانية
- 13 التدخين و عوامله في المجتمع المغربي- دراسة مارطا MARTA - أمين بنحو، كريمة الغازي، شكيب الحزري
- 14 شجرة تقريرية
- 15 كيف تصرف أمام النزف الهضمي العلوي - الحبيب بنحيدة
- 16 الوقاية خير من العلاج
- 17 الجدول الوطني للتلقيح - محمد بريكات
- 18 القلقون والطب
- 19 المسؤولية الجنائية للطبيب - مدخل عام - رضوان أمعامل
- 20 تاريخ الطب
- 21 العلوم الطبية بين المغرب والأندلس - عبد العزيز بنجد الله
- 22 مستجدات وأفاق
- 23 التصوير بالرنين المغناطيسي - نادية صقلي حبيبي
- 24 العلاج البيولوجي و مرض التهاب العفصلي الروماتيزمي - لطيفة الطاهري
- 25 استراحة العدد
- 26 عاوين الترونية
- 27 الملحق اللغوي
- 28 إرشادات للكتاب


جانير 2011 - محرم 1433 | العدد الأول

المجلة الصحية المغربية

مجلة دورية للعلوم الصحية


الجمعية المغربية
للتواصل الصحي

مجلة تصدرها الجمعية المغربية للتواصل الصحي



ملف العدد
مرض الربو

ضيف العدد
الأستاذ الدكتور
مولاي حسن فريخ
عميد كلية الطب بفاس



- ◆ التدخين وعوامله في المجتمع
- ◆ المسؤولية الجنائية للطبيب
- ◆ الجدول الوطني للتلقيح
- ◆ صحة الفم والأسنان
- ◆ الملوم الطبية بين المغرب والأندلس
- ◆ الأدوية الجينية
- ◆ النزف الهضمي العلوي
- ◆ حالات سريرية

فهرس العدد	
3	كلمة هيئة التحرير
5	تأين المغرب يفقد طودا شامخا من أعلامه : العلامة المغربي عبد العزيز بنعبد الله
ملف العدد	
6	القصور الكلوي المزمن: من التشخيص إلى العلاج د. طارق صفلي حسيني، د. أسامة الباعموري، د. فاطمة الزهراء باتا
13	المسائل السريرية د. طارق صفلي حسيني
18	جمعيات مساعدة مرضى القصور الكلوي : سلوك حضاري متميز د. بنويوس الرمضاني
حوار	
20	حوار مع الأستاذ محمد حريف، مدير المركز الصحي الجامعي محمد السادس براكش
الصحة	
22	تفاعل الدواء مع الغذاء د. رفيق بنجلون
طب الأسنان	
26	سرطسان الفم : من التشخيص إلى العلاج د. شعيب رفيقي، د. مونيما البحري، د. بوزيع محمد
دراسات ميدانية	
30	عوامل فشل علاج السُّل في المغرب محمد بروجو نبيل، ناشقوتي محمد، شكيب بنجلون، سميرة الغافين، شكيب التجاري
الشجرة التقريرية	
34	كيف أنصرف أمام البيلة الدموية (Hématurie) ؟ د. جلال الدين العمري
الوقاية خير من العلاج	
39	الوقاية الأولية من السرطان د. عمر المصباحي
40	المغرب يحتفل بالأسبوع العالمي للتفحيج (التمنيج) د. أحمد عزيز بوضفيحة
الطب والقانون	
43	الشواهد الطبية د. أحمد باخوس
تاريخ الطب	
48	طب الأسنان بين الأمل و اليوم - الفصل الأول : تاريخ طب الأسنان عند العرب د. سعد بن عبد الهادي الصقلي الحسيني
52	مستجدات مختصرة
58	عناوين إلكترونية
60	الملحق اللغوي
63	استراحة العدد
65	إرشادات للكتاب

أبريل 2012 - جمادى الثانية 1433 | العدد الثاني

المجلة الصحية المغربية

مجلة دورية للعلوم الصحية

مجلة تصدرها الجمعية المغربية للتواصل الصحي

الجمعية المغربية للتواصل الصحي

عوامل فشل علاج السُّل في المغرب

كيف أنصرف أمام البيلة الدموية

الشواهد الطبية

سرطسان الفم

تفاعل الدواء مع الغذاء

ضيف العدد

الأستاذ الدكتور محمد حريف مدير المركز الصحي الجامعي محمد السادس براكش

ملف العدد

القصور الكلوي المزمن



- 3 **كلمة هيئة التحرير**
- 4 **ملف العدد**
- 5 **داء السكري : إجراءات عملية**
ذ. محمد الحسن القرني. ذ. هند العراقي
- 6 **المحالات السريرية**
ذ. محمد الحسن القرني. ذ. هند العراقي
- 14 **جمعيات مرضى السكري وبورها في التعريف ومحاكمة هذا الداء**
د. رشيد ميري
- 16 **داء السكري عند الطفل**
ذ. فريدة جنان
- 18 **حوار**
حسوار مع الدكتور الحبيب بنعديّة الكاتب العام للجمعية المغربية للتواصل الصحي
- 20 **الصدحة**
مخاطر الأوبئة لدى النساء الحوامل
د. يوسف خيال. د. يحيى شراح
- 24 **طب الأسفلان**
أمراض اللثة : وقاية، تشخيص و علاج
د. سعد بن عبد الهادي الصقلي الحسيني
- 28 **حراسات ميدانية**
البحث العلمي في ميدان الصحة بالمغرب
ذ. محمد الأزمي الإدريسي
- 32 **الشجرة التفرعية**
كيف أتعامل مع الإسهال المزمن؟
ذ. محمد العفري
- 36 **الوقاية خير من العلاج**
الحج والسكري
د. رشيد ميري
- 41 **التلقيح ضد الأنفلونزا الموسمية**
د. نادية حرمانى
- 44 **الطب والقانون**
طب الشغل
د. محمد الموفق
- 46 **تاريخ الطب**
تاريخ الجيمارستانات في المغرب
د. البشير بجلون
- 48 **الجديد في العلاج**
منظمة الصحة العالمية: الامينوكلوين نواه أساسى. يجب توفيره في كل المستشفيات
ذ. أحمد عزيز بوصفيحة. د. خالد السناني. ذ. فاطمة أبلال
- 52 **مستجدات مختصرة**
- 54 **عناوين إلكترونية**
- 58 **الملحق الأقوي**
- 60 **استراحة العدد**
- 63 **إرشادات للكتب**

المجلة الصحية المغربية

مجلة دورية للعلوم الصحية

الجمعية المغربية
للإسهال المزمن

مجلة تصدرها الجمعية المغربية للتواصل الصحي

♦ البحث العلمي في
ميدان الصحة بالمغرب

♦ كيف أتعامل مع
الإسهال المزمن؟

♦ طب الشغل

♦ أمراض اللثة

♦ مخاطر الأدوية لدى
النساء الحوامل

ضيف العدد

الدكتور

الحبيب بنعديّة

الكاتب العام للجمعية

المغربية للتواصل الصحي



داء السكري
إجراءات عملية



فهرس العدد	
3	كلمة هيئة التحرير
	ملف العدد
	التهاب العظم والنقي: مدخل عام
6	ذ مصطفى محفوظ
	التهاب العظم والنقي الحاد
10	ذ آياه شاطر، ذ كريمة أطراف، ذ منير مرور، ذ مولاي عبد الرحمان عفيفي
	المسائل السريرية
14	ذ آياه شاطر
	حوار
16	الدكتور عبد الحميد ناصر، نائب رئيس فرالية نقابات صيدلة المغرب
	الصيغة
18	الصيدلية الاستشفائية للمركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس: مسؤولياتها وطريقة عملها ذ لينا العلي
	طب الأسنان
	أمراض القلب وعلاج الفم والأسنان
22	ذ شعيب رفي، ذ محمد بوزيج، ذ سارة بنفاند، ذ خديجة العسراوي، ذ أسماء رضوان، ذ أمين الشافعي، ذ زينب الراشدي
	دراسات ميدانية
	عوامل الإصابة بقاء ارتفاع الضغط الدموي عند مرضى السكري من الصنف الثاني بالمغرب وعوامل عدم ضبطه
26	ذ برحو محمد، ذ لشهب بونس، ذ بنسليمان عبد الإله، ذ النجاري شكيب
	الشجرة التشريحية
	كيف أتصرف أمام المفص الكلوي؟
30	ذ جلال الدين العجاري، ذ سفيان ماس، ذ عبد الحق خلوق، ذ محمد فضل النازي، ذ محمد جمال الفاسي، ذ مولاي حسن فريخ
	الوقاية خير من العلاج
	كيفية الوقاية من حصص الكلى
34	محمد الرحمان، زينة البويحي، أسامة البلغموري، طارق صلفي حسيني
	تعفن الأذن الخارجية والوسطى
38	أذ فذ، قناري نذ، ذ خلغلان، ذ ر اباطة
	الطب والفنون
	أخلاقيات وآداب مهنة الطب
42	ذ أحمد باخوس
	تلخ الطب
	بيمارستان سيدي فرج بفاس
48	ذ شكيب عبد الفتاح
	مستجدات مختصرة
53	
	عناوين إلكترونية
56	
	إصدارات
58	
	استراحة العدد
59	
	إرشادات للكتب
61	
	الملحق النفوي
64	



المجلة الصحية المغربية

مجلة دورية العلوم الصحية

الجمعية المغربية
للإهتمام بالصحة

مجلة تصدرها الجمعية المغربية للتواصل الصحي

رمضان: أسئلة إلى أخصائيي الجهاز الهضمي

الأطروحة الطبية باللغة العربية

التلقيح في أماكن العمل

البيئة البروتينية

الطب الفزيالي

الألم الحاد



الصرع عند الكبار حالات سريرية الصرع عند الصغار

فهرس العدد

- 3 كلمة هيئة التحرير
- ملف العدد
- مرض الصرع
- زهير سويرتي، عبد الرحمان أيت يحيى، رشيد بلقفيح، وفاء مسواك، فوزي بلحسن
- 6 الصرع عند الطفل
- ذامينة كربول
- 12 المحادثات السريرية
- د. زهير سويرتي
- 16 حوار
- الأستاذ رفقي شعيب، نائب عميدة كلية طب الأسنان للدار البيضاء
- 18 دراسات ميدانية
- الأطروحة الطبية المغربية باللغة العربية حسيمة والغاز: بصدد 161 أطروحة
- 22 د.عز الدين دزان، د. أحمد عزيز بوصفيحة
- 28 الشجرة التشريحية
- كيف أتصرف أمام بيلة بروتينية؟
- محمد الرحاني، أسامة الباشموري، زنده الجوي، طارق صفلي حسيني
- 32 الوقاية خير من العلاج
- رمضان والصحة
- د. فريد مكي
- 33 صوموا تصحوا
- د. محمد العيفري، د. عادل إبراهيمي
- مشالات
- الطب الفيزيائي و التأهيل: دوره ووضعيته في المغرب
- د. مريم البوشيجي، د. أسماء خدير، د. دامية الشرقاوي، د. عبد اللطيف الفاطمي
- 36 الألم الحاد
- د. مصطفى هرندي
- 38 طب الأشغل
- التلقيح في مكان العمل
- د. أحمد صيبري
- 42 تليخ الطب
- لسان الدين ابن الخطيب رائد الصحة العامة
- جون فرنسوا تيسيبي
- 46 مستجحات طبية
- الكبسولة التنظيرية
- د. محمد العيفري
- 52 عناوين إلكترونية
- 54 استراحة العدد
- 57 إرشادات للكتاب
- 59 إصدارات
- 64 الملحق اللغوي
- 65

ضمير العدد	
3	كلمة هيئة التحرير
	ملف العدد
5	الإكتئاب دمن المتخصص إلى علاج فوائده عوفية إسماعيل الجور
12	الإكتئاب عند الطفل شكران بن جنون البردعي همد
	وار
16	الجور مع المتخصص همد اللطيف أمفبات وارزوق فرحة
	دراسات ميدانية
18	دراسة ميدانية لمرض سرطان المعدة لربنا محمد عثمان التري
	الشجرة القرورية
25	إشكالية عغات العقارب بالقرب دسليم علسور
	الوقاية خير من العلاج
32	ميزات حليب الأم التركيبية محمد باطو
	طب العمل
36	الصحة في العمل - المغرب : الوصفية الحالية وإطار التشريعي أحمد صبيبي
	الصحة
42	الأعراض الجانبية لتأثير يوسف القان
	لبح الطب
44	بوغاسنار مراكش اليفير بنجان
	مستجدات طبية
52	عناوين الكرونية
56	استراحة العدد
57	إرشادات للكتاب
51	إصدارات
53	المنادف القوي

ديسمبر 2013 - صفر 1435 | العدد 6

المجلة الصحية المغربية

مجلة دورية للعلوم الصحية

مجلة تصدرها الجمعية المغربية للتواصل الصحي

للجمعية المغربية للتواصل الصحي

دراسة وبائية لمرض السرطان بمدينة الرباط
إشكالية التسممات الناتجة عن لسعة العقرب
ميزات حليب الأم التركيبية
الصحة في العمل بالمغرب
الأمراض الجانبية لدوائية
بيمارستان مراكش
حوار مع الدكتور عبد الحفيظ إغشبات
رئيس لجمعية أميكو

الإكتئاب

من التشخيص إلى العلاج
الإكتئاب عند الطفل

- **الصحة أولا:** مجلة شهرفة تصدر عن شركة «صدفات»، مخصصة في الصحة وموجهة للعموم، تقترح الصحة أولا للأسرة المغر بفة عدة محاور مثل: الطب النبوي، صحة المرأة، طفولة، صحة وجمال، وأخبار وطنية ودولية. هدفها المساهمة في التوعية الصحية للمواطن من خلال تبسيط المفاهيم الطبية والصيدلية من خلال استجابات مع مختصين في جل المجالات الصحية.



مواقع إلكترونية:

- موقع جمعية تواصل: <http://www.tawassol.ma> /
- موقع مجلة الصحة أولا: <http://www.assiha1.ma>

مؤلفات طبية مغربية حديثة:

- كتاب آفات العظام - كسور وخلوع الأطراف، الدكتور مصطفى محفوظ.
- كتاب سرطان العظام، الدكتور مصطفى محفوظ .

أطروحات طبية باللغة العربية:

تحتضن كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء منذ عهد بعيد إنجاز أطروحات باللغة العربية في مختلف التخصصات، كما هو الحال بالنسبة لكليات الطب الأخرى كفاس والرباط.

✓ كيفية دعم المشروع اللغوي في التعليم الطبي: خطوات عملية:

• الهدف:

تدريس العلوم الصحية (الطب، الصيدلة، التمريض) باللغة العربية، مع تقوية لغة أجنبية تواصلية.

• المرتكزات:

تطبيق مقتضيات الدستور والميثاق الوطني للتربية والتكوين اللذان ينصان على أن اللغة الرسمية للتدريس هي اللغة العربية.

• الاقتراحات:

- فتح مسالك إختيارية للطلبة الجدد لاختيار لغة التدريس، وتمكين الأساتذة القادرين على التدريس باللغة العربية من ذلك؛
- تدريس بعض المواد باللغة العربية، مثل: طب الشغل، الطب الشرعي والطب النفسي...

■ التدرج في تدريس الطب:

- **المرحلة الأولى:** نقترح في هذه المرحلة تعليم المصطلحات الصحية باللغة العربية، كأن تشمل كل مقررات المنهاج المدرسة بالكلية باللغة الفرنسية مقابلات المصطلحات الطبية باللغة العربية، وكذا البدء باستعمال اللغة العربية في الشرح والتفسير، وحتى لو اضطر المدرس لاستعمال المصطلحات العلمية باللغة الفرنسية كمرحلة أولية؛

- **المرحلة الانتقالية:** القاء المحاضرات باللغة العربية مع الاعتماد على المراجع باللغة الأجنبية (الإنجليزية مثلا) للأساتذة المتمكنين من ذلك، مع العمل على إعداد المراجع الأساسية باللغة العربية، على أن يكتمل المنهاج كله في غضون 3 إلى 5 سنوات، وكذا إعداد الأساتذة لغويا بتنظيم دورات تكوينية عن التدريس باللغة العربية، كما يمكن الشروع خلال هذه المرحلة في وضع أسئلة الامتحان باللغتين العربية والفرنسية، والسماح للطلاب بالإجابة باللغة التي يختارها؛

- **المرحلة النهائية:** التدريس الطب باللغة العربية بجميع كليات المغرب بالاعتماد على المنهاج الكامل باللغة العربية وعلى المراجع الأساسية باللغة العربية سواء المترجمة أو المؤلفة من طرف الأساتذة المغاربة أو أساتذة العالم العربي.

ملاحظات هامة:

- التأكيد على ضرورة الاعتماد على المعجم الطبي الموحد مرجعا وحيدا لتعريب المصطلحات الطبية والصحية⁵²؛ الاستمرار في إعداد المعاجم الطبية المفصلة والمختصة؛ متابعة ضبط المصطلحات العلمية الجديدة التي تظهر في عالم الطب وإيجاد المقابلات العربية لها، مما يزيد لغتنا العربية ثراء؛ بالإضافة إلى ضرورة تدريس علم المصطلح في الكليات والمعاهد العليا للمساعدة في وضع المصطلح العربي وفق أسس علمية سليمة⁵³؛

⁵² - قرار المؤتمر الطبي الرابع والعشرون حول تعريب التعليم الطبي (القاهرة 19-23/1/1988)
⁵³ - أخذت مجمل هذه الاقتراحات من:

- أهم قرارات مجلس وزراء الصحة العرب بشأن تعريب التعليم الطبي في الوطن العربي
- محضر لجنة التنسيق والإعداد لندوة تعريب التعليم الصحي في الوطن العربي
- قرار المؤتمر الطبي الرابع والعشرين لاتحاد الأطباء العرب حول تعريب التعليم الطبي
- قرار المؤتمر الطبي العربي الرابع والعشرين حول تعريب التعليم الطبي
- مشروع برنامج ندوة تعريب التعليم الطبي في الوطن العربي

- إحداه مكتبة بكل كلية تضم المعاجم الحديثة والمعتمدة للتعريب، والكتب الطبية باللغة العربية المؤلفة منها والمترجمة، المنهجية والمرجعية، المتواجدة بالمؤسسات المحلية والعالمية، وتيسير تبادل ما يتوافر منها لدى الكليات المختلفة⁵⁴، ويمكن الإستعانة في ذلك بالمركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية بدمشق، ويا حبذا لو اشتملت هذه المكتبات على كتب التراث الطبية؛
- تشجيع المدرسين على الترجمة والتأليف والنشر من خلال تكوينهم في المجال اللغوي كما دعت لذلك منظمة الصحة العالمية⁵⁵، والبدء مثلاً بترجمة سلسلة الموجزات الإرشادية، ثم الكتب المنهجية وبعد ذلك الكتب المرجعية، ويستحسن أن يكون هناك عدة مترجمين للكتاب الواحد، وهذا ما يوفر الوقت والجهد في صناعة الكتب⁵⁶؛ وخصوصاً أن المكتبات العربية فقيرة في مجال الترجمة، حيث تشير احصائيات منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة [اليونسكو] الى أن ما ترجمته او ما عربته الدول العربية في الأعوام القليلة الماضية مجتمعة لا يعادل عشر ما ترجمته تركيا وما يعادل 1/50 مما ترجمته اليابان ولا يساوي نصف ما ترجمته دولة صغيرة مثل بلجيكا...⁵⁷
- إحداه وحدات للتعريب في كل الكليات والمعاهد الصحية لتقوم بالتدابير اللازمة لمتابعة مسيرة التعريب وتمكن من توفير المراجع باللغة العربية، تعزيز العمل الجماعي والحرص على التنسيق الدائم بين مختلف الكليات، تنظيم اجتماعات دورية لأساتذة كليات الطب وعمدائها لمناقشة أمور التعريب، وكذا لتعزيز الاقتناع لدى الهيئة التدريسية لمزيد من التنسيق والتعاون للدفع بمسيرة التعريب نحو الأمام، وتخصيص جائزة تمنح لكلية الطب التي يكون لها السبق في تعريب منهاجها، أو تخصيص جوائز سنوية للأعمال المتميزة في

- توصيات ندوة تعريب التعليم الصحي في الوطن العربي
- المؤتمر الإقليمي لتعريب التعليم الطبي في البلدان العربية
- الحلقة العملية لتدريس المواد العلمية باللغة العربية في مؤسسات التعليم العالي
- المؤتمر الطبي السابع والعشرون لاتحاد الأطباء العرب
- مؤتمر تعريب تعليم الطب والعلوم الطبية في الوطن العربي-جمعية الأطباء البحرينية
- مؤتمر التعريب السابع الخرطوم، السودان.

⁵⁴-نظرات في تعريب العلوم الصحية وأهمية المصطلح الصحي في التراث، الدكتور الشاهد البوشيخي

⁵⁵- الخطة التنفيذية لتعريب التعليم الصحي والطبي

⁵⁶-تجربة جامعة العرب الطبية في تعريب العلوم الصحية، الدكتور عبد الهادي موسى، الدكتور عامر رحيل محمد.

⁵⁷-الأطروحة: تعريب أعراض الجهاز التناسلي، السيدة لطيفة الحبان

مجال التعريب، وكذا إبلاغ المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالعزم على ترجمة أو تأليف أي كتاب جامعي، ليقوم المكتب بتعميم ذلك على الجهات المعنية تجنباً للتكرار⁵⁸، والمحبذ أن تنشر جميع الإنجازات إلكترونياً على شبكة المعلومات العالمية⁵⁹.

- تشجيع الأطروحات المناقشة باللغة العربية من خلال حوافز مناسبة، وإلزام الباحثين الذين يقدمون أطروحات باللغة الفرنسية على تقديم ترجمة لمخصصاتها باللغة العربية، والاهتمام بدور الطلاب في مسيرة التعريب بإشراكهم في الندوات وكتابة مقالات باللغة العربية؛
- تدعيم منظمات غير الحكومية المعنية بإنتاج وتوزيع الوسائل التعليمية باللغة العربية، كإصدار مجلة أو أكثر باللغة العربية لنشر مقالات الأطباء المهتمين بالتعريب، ونقل ما تنشره الدوريات الأجنبية من مقالات وبحوث حديثة لملاحقة التطورات العلمية المستمرة في العالم؛
- وأخيراً يجب أن نؤكد على أنه ليس معنى أن يدرس الطب باللغة العربية أن نهمل معرفة اللغة الأجنبية كوسيلة للوصول إلى منابع العلم ولكن تعني اعتماد اللغة العربية وسيلة للحوار والتأليف لتعزيز وعي الطالب وإدراكه للمفاهيم المختلفة التي يطلع عليها في مجال تخصصه، ما من شأنه أن يزيد سرعة ودقة الفهم لديه⁶⁰. ونؤكد ضرورة تعزيز اللغة الإنجليزية بالخصوص قبل البكالوريا وتدريسها في جميع سنوات الدراسة الطبية بحكم أنها اللغة الرائدة في مجال العلوم، وأن يوضع مقرر مكثف لذلك يقوم بتدريسه أساتذة متخصصون من كليات الآداب أو الألسن مثلاً، فيصبح خريج الطب الدارس باللغة العربية متمكناً تماماً من اللغة الإنجليزية، وبالتالي يمكن له متابعة آخر المستجدات الطبية دون عناء وحضور الندوات والمؤتمرات العالمية⁶¹، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالعملية التعليمية في حاجة ماسة إلى اصطناع الازدواجية المتوقعة بين مصادر الثقافة العربية ومصادر الثقافات الأجنبية، مما يحتم على الدارس ضرورة تعلم إحدى اللغات الأجنبية،

⁵⁸ - الخطة التنفيذية لتعريب التعليم الصحي والطبي، المؤتمرات القومية والوطنية التي عقدت حتى الآن حول تعريب التعليم الطبي وتوصياتها وقراراتها، الدكتور خالد محيي الدين منيمنة

⁵⁹ - الأطروحة: المساهمة في تعريب مبحث الجهاز البولي (جزء الفحوصات البولية)، السيدة فاطمة قاسمي

⁶⁰ - تعريب التعليم العالي في الدول العربية، الدكتورة ديمة سعد المقرن

⁶¹ - أهمية التعريب والحاجة إليه في الحياة العربية المعاصرة، الدكتور عبد الرؤوف خربوش

وإتقانها نطقا وكتابة لتكون سندا له فى الاطلاع على الثقافات الأجنبية، ومحاولة اختراق حواجز المكان واقتحام مجالات الفكر، ومناقشة فكر الآخر عن فهم ووعى من قبيل الإثراء لفكر الأمة ولغتها، وهو ما يتأكد ويتأتى من خلاله منطق الانتماء للثقافة الأم من جانب، وما قد يضيف إليها بما يثريها ويزيدها عمقا ونسوجا من جانب آخر⁶².

■ ولا ننسى الدور الهام لوسائل الإعلام فى إشاعة المصطلحات العلمية الموحدة، والإسهام فى حملة التعريب للقضاء على الهزيمة النفسية التى يشعر بها العربي نحو لغته، ونشر الوعي بأهمية اللغة فى بناء الذات العربية، وتنمية مشاعر الاعتزاز بها والانتماء إليها.

⁶²- أهمية التعليم باللغة العربية، الأستاذ الدكتور عبد الله التطاوي

خاتمة:

إن تعريب العلوم الصحية ببلادنا وبسائر البلدان العربية الشقيقة أصبح ضرورة ملحة لتغيير الواقع المزري الذي نعيشه في ظل التطور السريع الذي يشهده مجال البحث العلمي، وخاصة أن عددا من الدراسات أثبتت أن المتعلم باللغة الأم أكثر استيعابا من المتعلم بغيرها، والاستيعاب هو عون على التمثل، وتمثل المعرفة هو السبيل إلى الابتكار والإبداع، كما جاء في توصيات منظمة اليونسكو.

وقد جاء بحثنا هذا الذي يترجم الأمراض التعفنفة عند الطفل، دعوة لكل الأساتذة والطلبة الغيورين على لغتهم، والمتطلعين لغد أفضل إلى استكمال ترجمة المنهاج الطبي كاملا، حتى نصنع أرضية خصبة تعيننا على استكمال مسيرة تعريب العلوم الصحية بالمغرب على الخصوص وبالعالم العربي عموما .

في بداية بحثي كان هدفي هو إعادة الاعتبار للغة العربية بأطروحة تترجم دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل، لكن عند التعمق في إشكالية تعريب العلوم الصحية أدركت أن الأمر أكبر بكثير من مجرد إعادة الاعتبار بل إنه ضرورة حتمية للنهوض بهذا البلد العزيز وبالأمّة العربية الإسلامية في مجال الطب؛

فقررت الاستمرار الدائم بمساعدة الأساتذة المهتمين بتعريب العلوم الصحية في تنشيط حركة الترجمة كمرحلة أولى، على أن ننتقل إلى مرحلة الإبداع وإنجاز البحوث والتقارير العلمية وتأليف الكتب الطبية باللغة العربية، وبذلك ننتقل من حماية اللغة والمحافظة عليها إلى المحافظة على حياة اللغة واستمرارها، بحيث تصبح لغة متداولة عالميا.

وختاما نرجوا أن نكون قد قدمنا عملا نافعا يلبي حاجة طالب الطب العام في استيعاب دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل، وكذا في إعانته على تحسين تواصله مع المواطن المغربي من خلال لغته العربية.

المراجع

ونئق رسمية:

1. الدستور المغربي 2011، الفصل الخامس ، الأمانة العامة للحكومة، مديرية الجريدة الرسمية، طبعة 2011؛
2. خطاب صاحب الجلالة الملك محمد السادس في افتتاح الدورة الخريفية للسنة التشريعية الثالثة المتعلقة بالتعليم، الرباط 1999 ؛
3. رسالة الملك محمد السادس إلى المشاركين في المنتدى العربي الخامس للتربية والتعليم المنعقد بقصر المؤتمرات بالصخيرات في أبريل 2008؛
4. ميثاق التربية والتكوين، وزارة التربية الوطنية والتعليم العالي وتكوين الأطر، الدعامة التاسعة.

معاجم:

5. المعجم الطبي الموحد عربي-إنجليزي، الطبعة الورقية الرابعة، الدكتور محمد هيثم الخياط، منظمة الصحة العالمية ومكتبة لبنان ناشرون-بيروت 2006.
6. المعجم الطبي الموحد 5 لغات عربي-فرنسي-إنجليزي-ألماني-إسباني الطبعة الإلكترونية 2009، منظمة الصحة العالمية .
7. المعجم الطبي الموحد انجليزي-عربي-فرنسي الطبعة الإلكترونية 2005، منظمة الصحة العالمية.
8. المعجم الموحد لمصطلحات الصحة وجسم الإنسان عربي-فرنسي-إنجليزي، طبعة 2009، مكتب تنسيق التعريب بالرباط.
9. المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية، الدكتور يعقوب أحمد الشراح، عربي-إنجليزي، طبعة 2009، مركز تنسيق التعريب بالرباط.
10. المنهل، قاموس فرنسي-عربي، الدكتور سهيل إدريس، طبعة 2003 ،دار الآداب ببيروت.
11. معجم الثقافة الثلاثي للطلاب، فرنسي-عربي-إنجليزي، الأستاذ السلمي، الطبعة الأولى 2007، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

كتب متخصصة وعامة:

12. الدكتور عبد القادر الفاسي الفهري، السياسة اللغوية في البلاد العربية، الطبعة الأولى سبتمبر 2013، من الصفحة 57 إلى الصفحة 61.
13. الدكتور عبد القادر الفاسي الفهري، اللغة العربية و البحث العلمي، الطبعة الأولى 2005، معهد الدراسات والأبحاث للتعريب.
14. الدكتور مصطفى محفوظ، آفات العظام -كسور وخلوع الأطراف، مركز التنسيق والبحث العلمي الجزء الأول، الطبعة الأولى 2001، . مقدمة الكتاب.
15. الدكتور مصطفى محفوظ سرطان العظام، مركز التنسيق والبحث العلمي، الطبعة الأولى 2005، مقدمة الكتاب.
16. الدكتور الشاهد البوشيخي، نظرات في تعريب العلوم الصحية وأهمية المصطلح الصحي في التراث، الطبعة الأولى، ص 49
17. خوسيه لويس بارسلو، أثر العلوم الإسلامية في تطور الطب، اسبانيا، ترجمة : د. ابراهيم الصياد 2000م.
18. الأستاذ الدكتور هادي نهر، اللغة العربية وتحديات العولمة، الصفحة 73 وما بعدها.
19. عبد الفتاح الحمداني وخالد الأشهب، المساهمة المغربية في دراسة الترجمة، الطبعة الأولى 2008، معهد الدراسات والأبحاث للتعريب.
20. محمد الراضي، الترجمة والاصطلاح والتعريب، الطبعة الأولى 1999، معهد الدراسات والأبحاث للتعريب.

أطروحات:

21. تعريب مصطلحات أمراض المناعة الأولى ، السيد محمد أورير، أطروحة (2009/61) البيضاء، المشرف: أستاذ أحمد عزيز بوصفيحة.
22. المساهمة في مبحث أعراض الجهاز التناسلي عند المرأة، السيدة كريمة الطيب (الأطروحة رقم:2007/244)، المشرف: الأستاذ: ف. ميكو؛

23. المساهمة في تعريف مبحث الجهاز البولي (جزء الفحوصات البولية)، السيدة فاطمة قاسمي (الأطروحة رقم: 2006/164)، المشرف: الأستاذ: محمد أقبال؛
24. تعريف أعراض الجهاز التناسلي، السيدة لطيفة الحيان (الأطروحة رقم: 2005/404)، المشرف: الأستاذ: محمد أقبال؛
25. تعريف مصطلحات الجهاز العصبي 2006/196، السيدة نادية ماجري (الأطروحة رقم:)، المشرف: الأستاذ: أ. أبوخليفة؛
26. تعريف مبحث أعراض الغدة الدرقية، السيد عبد الخلق عتيق (الأطروحة رقم: 2003/87)، المشرف: الأستاذ: م.م. العلوي العابدي
27. مساهمة في تعريف مبحث أعراض الغدد الصم، السيدة ماجدة مرتجين (الأطروحة رقم: 2005/12)، المشرف: الأستاذ: محمد أقبال؛
28. مساهمة في تعريف أعراض الأمراض التعفنفة، السيد عبد العزيز أرجنفة (الأطروحة رقم: 2005/52)، المشرف: الأستاذ: م.م. العلمي العابدي؛
29. تعريف مبحث الأعراض التنفسية-جزء 1-، السيدة زكية بلمونن (الأطروحة رقم: 2005/51)، المشرف: الأستاذ: م. عطري؛
30. تعريف مبحث الأعراض التنفسية، السيدة أمل البطان (الأطروحة رقم: 2005/315)، المشرف: الأستاذ: أ. باختار؛
31. مساهمة في تعريف أعراض الجهاز الهضمي، السيد المهدي أنفير (الأطروحة رقم: 2004/312)، المشرف: الأستاذ: م.م. العلمي العابدي؛
32. تعريف الأعراض الجراحية لأورام الجهاز الهضمي، السيدة لطيفة الحسيني (الأطروحة رقم: 2002/344)، المشرف: الأستاذ: م.م. العلمي العابدي؛
33. تعريف علم أعراض الجراحية للجهاز الهضمي (المرئ-المعدة-العفج) ، السيد أحمد ياسين باها (الأطروحة رقم: 2002/237)، المشرف: الأستاذ: م.م. العلمي العابدي.
34. تعريف مبحث أعراض المستقيم والشرج، السيد طارق الهادي (أطروحة رقم: 2003/55)، المشرف: الأستاذ م. أقبال.

مجلات:

35.مجلة تعريب الطب

36.المجلة الصحية المغربية

37.الصحة أولا

38.عالم الطب والصيدلة

39.اللسان العربي العدد 43

مقالات وندوات:

40.بحث حول الدراسات العليا بالعربية في ميدان الصحة، الدكتور احمد عزيز بوصفيحة، الجمعية

المغربية للتواصل الصحي، ماي 2010، www.tawassol.ma.

41.المراكز العربية لتعريب العلوم الصحية، الدكتور احمد عزيز بوصفيحة، يونيو 2010، الجمعية

المغربية للتواصل الصحي، www.tawassol.ma.

42.بحث حول اتحاد الجامعات العربية، الدكتور احمد عزيز بوصفيحة، نونبر 2010، الجمعية

المغربية للتواصل الصحي، www.tawassol.ma.

43.مجلات صحية عربية، الدكتور احمد عزيز بوصفيحة، نونبر 2010، الجمعية المغربية للتواصل

الصحي، www.tawassol.ma.

44.كلمة الدكتور عبد العزيز بن عثمان التويجي المدير العام للمنظمة الإسلامية للتربية و العلوم

والثقافة -إيسيسكو- في افتتاح المؤتمر الوطني الأول للغة العربية 2013/12/25؛

45.الندوة شبه الإقليمية حول تحديات البيئة وأثرها على التنمية والرعاية الصحية في المنطقة العربية

الرباط، المملكة المغربية، من 13 - 14 دجنبر 2013 م، التواصل الصحي بالعربية في الوطن

الإسلامي، الدكتور أحمد عزيز بوصفيحة.

46.المؤتمر الوطني الأول للغة العربية: واقع اللغة العربية بالمغرب بين التعددية والتنمية، 25-26

دجنبر 2013،التواصل الصحي بالعربية: تجربة عملية رائدة، الدكتور أحمد عزيز بوصفيحة.

47. الحكومة المغربية تتعهد بوضع حد للفوضى اللغوية في البلاد، لطيفة العروسي، صحيفة اللغة العربية صاحبة الجلالة 2013 http://www.arabiclanguageic.org/view_page.php?id=1856.
48. تعليم الطب بلغة الأم (التجربة السودانية) - د. عبد الوهاب الإدريسي مجلة اللسان العربي، عدد 43.
49. المؤتمرات القومية والوطنية التي عقدت حتى الآن حول تعريب التعليم الطبي وتوصياتها وقراراتها، الدكتور خالد محيي الدين منيمنة. <http://www.arabization.org.ma>
50. عشرات المؤتمرات وآلاف العلماء والمتخصصين يؤكدون أنه طريق النهضة تدريس الطب باللغة العربي، محمد هلال، الأهرام العربي، <http://www.arabization.org.ma>
51. الاليسكو تنادي بتعريب التعليم العالي، <http://www.albayan.ae/one-world/2002-08-14>
52. التجربة العربية في تعريب العلوم وتعريب العلوم الطبية مع التأكيد على دور تقنية المعلومات الطبية - د. عبد الرحمن العوضي
53. تعريب الطب - الأستاذ الدكتور/ خيرى أحمد سمره، موقع مركز تعريب العلوم الصحية : <http://www.acmls.org/Conf/conf13.htm>
54. التجربة العربية في تعريب العلوم وعلوم الطب - د. صادق الهلالي ، <http://www.arabization.org.ma/downloads/majalla/43/docs/53.doc2008>
55. تجربة جامعة العرب الطبية في تعريب العلوم الطبية، الدكتور عبد الهادي موسى، الدكتور عامر رحيل محمد. <http://www.arabization.org.ma>
56. تعريب التعليم الطبي: رؤية واقعية وخطوات عملية، الأستاذ الدكتور خالد بن عبد الغفار آل عبد الرحمن.
57. دفاع عن تعليم الطب باللغة العربية - الدكتور ماجد عثمان ، الدكتور زهير أحمد السباعي <http://www.arabization.org.ma>
58. المنظمات القومية والدولية المعنية بتعريب التعليم الطبي وأدوارها في الماضي والحاضر والمستقبل - أ.د. عدنان تكريتي - دمشق. <http://www.acmls.org/Conf/conf21.html>
59. لماذا لانعلم الطب باللغة العربية؟ العشماوي <http://www.arabization.org.ma>

60. دور المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية في تعريب التعليم الطبي، الدكتور يعقوب الشراح؛
61. أهمية تعريب التعليم العالي في تحسين مخرجاته، الأستاذ الدكتور عبد المجيد نصير
62. ارحيلة عباس، تعريب التعليم العالي وتيار الفرنكفونية بالمغرب، <http://rhilaabas.arabblogs.com/rhila49/archive/2008/1/453578.html>
63. أهمية التعريب والحاجة إليه في الحياة العربية المعاصرة: د. عبد الرؤوف خريوش .
64. اللغة العربية في القرن الحادي والعشرين، في المؤسسات التعليمية في الأردن الواقع والتحديات واستشراف المستقبل ، الأستاذ الدكتور سليمان الطراونة ، 2005، <http://www.arabization.org.ma>
65. التعليم الجامعي بغير اللغة العربية وأثره في الاستيعاب و الإبداع، الأستاذ الدكتور فتحي جروان.
66. مشاهدات وعبر من اليابان حول أهمية تعريب العلوم، وليد خليفة، <http://www.marefa.org/sources/index.php/>
67. أهمية التعليم باللغة العربية، عبد الله التطاوي
68. تعريب التعليم العالي في الدول العربية، ديمة سعد المقرن
69. اللغة العربية وتشكيل الوعي القومي، الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي.
70. واقع اللغة العربية ومستقبلها، عبد العزيز الحميد، مجلة الجمعية العلمية السعودية للغة العربية ، العدد الأول - جمادى الآخرة 1429 هـ ص 11-69
71. اللغة العربية ومكانتها بين اللغات، الأستاذ الدكتور فرحان السليم <http://www.saaid.net/Minute/33.htm>
72. أهمية اللغة العربية ومميزاتها، صادق بن محمد الهادي، http://www.alukah.net/literature_language/0/36097/#ixzz2pkYryR3U
73. التعريب قضية وطنية يجب أن تتبناها الدولة ضمن منظومة تعليمية متكاملة جدة - منى مراد .. <http://www.arabization.org.ma>

مواقع إلكترونية:

74. موقع شبكة أحسن: <http://www.emro.who.int/ahsn/AboutAHSN.htm>
75. موقع المعجم الطبي الموحد: <http://www.emro.who.int/umd/>
76. اقتراح العدد في سبيل شرح الموحد: <http://www.emro.who.int/ahsn/newsletter-Issue2-Part3.htm>
77. المعجم الطبي الموحد في محاسنه: <http://arabswata.org/site/researches/39.html>
78. موقع المكتب الإقليمي لشرق المتوسط: <http://www.emro.who.int/>
79. الموقع العربي لمنظمة الصحة العالمية: <http://www.who.int/ar/index.html>
80. بنك المصطلحات الموحدة (مكتب تنسيق التعريب بالرباط): <http://www.arabization.org.ma>
81. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم (ألكسو): <http://www.alecso.net/arabe>
82. مجلة تعريب الطب: <http://www.acmls.org/MedicalArabization/MedicalJournal.htm>
83. الجمعية المغربية للتواصل الصحي: www.tawassol.ma

مراجع لتعزيز مقرر الأمراض التعفننية عند الطفل:

84. Société Marocaine d'Infectiologie Pédiatrique et de Vaccinologie / Recommandations pratiques pour la prise en charge des **méningites purulentes de l'enfant** au Maroc version 2013.
85. ministère de la santé, **Guide de la lutte anti-tuberculeuse** à l'usage des professionnels de la santé, troisième édition : avril 2011.
86. Rapport de consultation : adaptation des nouvelles lignes directrices de l'OMS en matière de **prévention et de traitement par les antirétroviraux**, Professeur K. Marhoum El Filali, décembre 2013.
87. **Evoquer, explorer et diagnostiquer un déficit immunitaire primitif** F. Ailal, I. Benhssaien N. Amenzoui, A. Kili, L. Jeddane, J. Najib, A.A. Bousfiha *Service de Pédiatrie 1, Unité d'Immunologie Clinique, Hôpital d'Enfants Abderrahim Harouchi, Casablanca* Rev Mar Mal Enf 2012; 28 : 46-52/
88. **Ministère de la santé**, comptes nationaux de la santé 2010.
89. **Organisation Mondiale de la Santé**, statistiques sanitaires mondiales 2013.
90. Chéron G. **Bronchiolite du nourrisson**. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence 140-25 ,C-20, 2007.
91. La Collection Hippocrate Épreuves Classantes Nationales. MALADIES INFECTIEUSES PÉDIATRIE. **Infections broncho-pulmonaires du nourrisson, de l'enfant** et de l'adulte I-7-86 .Dr Guillaume POUESSEL Chef de Clinique.
92. La Collection Hippocrate Épreuves Classantes Nationales MALADIES INFECTIEUSES PÉDIATRIE **Coqueluche** I-7-78 Dr Stéphane AUVIN Chef de Clinique.
93. Picherot G., Barbarot S., Mouzard A. **Éruptions fébriles de l'enfant** (dans un contexte d'urgence). EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-140-E-20, 2007.
94. Bourrillon A, Bingen E, **méningites du nourrisson et de l'enfant** EMC . Pédiatrie Maladies infectieuses 2013 (article 4-210-8-10)/
95. Faye A, Blanche S. : **VIH de l'enfant**. EMC pédiatrique, 2006.

96. Collège National des Professeurs de Pédiatrie 2011-2012. **Diarrhée aiguë** chez l'enfant. Orientation diagnostique, avec le traitement.
97. **World Health Organization 2012, Recommendations for management of common childhood conditions** Newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care.
98. **Organisation mondiale de la Santé 2008**, Directives pour la lutte contre la shigellose, y compris lors d'épidémies dues à *Shigella dysenteriae* type 1.
99. **World Health Organization 2005**, THE TREATMENT OF DIARRHOEA A manual for physicians and other senior health workers World Health.
100. **Organisation mondiale de la Santé 2004**, PRISE EN CHARGE CLINIQUE DE LA DIARRHÉE AIGUË.

خلاصة

تعتبر هذه الأطروحة مساهمة في بناء النواة الأولى لقاعدة معطيات يمكن أن تدفع بمسيرة تعريب العلوم الصحية إلى الأمام ، والتي أوردنا فيها أهداف البحث والمتمثلة في إنجاز مقرر للأمراض التعفنفة عند الطفل باللغة العربية لتعزيز الفهم والإستيعاب لدى طلبة الطب، وتسهيل التواصل بين الطبيب والمريض بقصد تحسين المستوى الصحي للمواطن المغربي، هذا بالإضافة إلى المساهمة في إعداد معجم متخصص في طب الأطفال بثلاث لغات.

وقد اعتمدنا في إعداد هذا البحث على الوسائل المتوفرة من معاجم طبية ولغوية ومراجع معتمدة. كما اتبعنا منهجية علمية مكنتنا من الحصول على النتائج المتمثلة في مقرر دروس الأمراض التعفنفة عند الطفل باللغتين العربية والفرنسية التي نوردها كالاتي: الالتهابات الرئوية السفلى الحادة، داء السل، الإسهال الحاد، التهاب السحايا ذات السائل الصافي، التهاب السحايا الفيحي، الطفوح الجلدية الحموية وضعف المناعة الأولى والثانوي، كما أحقنا هذه الدروس بمعجم يضم المصطلحات العلمية الواردة فيها، بثلاث لغات: العربية، الفرنسية والإنجليزية.

وقمنا بتحليل المقرر شكلا ومضمونا، وبتقييم نجاعة المعجم الطبي الموحد في الإحاطة بكل المصطلحات الواردة في الدروس، فكانت النتائج مشجعة حيث أظهرت أننا نتوفر على معجم يلبي حاجياتنا في ترجمة المصطلحات الطبية بشكل دقيق، بالإضافة إلى رصيدنا اللغوي العلمي الذي يمكننا من صياغة الدروس بشكل جيد.

وفي نهاية البحث قمنا بالإجابة على الإشكاليات التي تطرحها مسألة تعريب العلوم الصحية بالمغرب، لا من ناحية تقبل الطالب والأستاذ لهذا المشروع من خلال دراسة ميدانية مستقبلية؛ ولا من ناحية واقع تدريس العلوم الطبية بالعالم العربي الذي يظهر اختلاف لغة التدريس من دولة إلى أخرى، واعتماد لغات أجنبية في غالب الأحيان.

كما وقفنا على الفوائد الجمة التي تعود علينا عند الدراسة باللغة الأم بكل جوانبها النفسية، التربوية، المهنية، الإجتماعية، القومية، اللغوية والثقافية-الدينية، وخصوصا مع توفر مرتكزات داعمة متمثلة أساسا في أحكام الدستور المغربي ومقتضيات الميثاق الوطني للتربية والتكوين، واللذان ينصان على أن اللغة الرسمية للتدريس هي اللغة العربية.

كما أوردنا بعض التجارب المغربية لتقريب اللغة العربية في الميدان الصحي والتي نفتخر بها، وأخيرا اقترحنا استراتيجية لدعم المشروع اللغوي في التعليم الطبي.

Résumé

Cette thèse est une contribution à la constitution du premier noyau de la base de données qui peut améliorer la marche de l'arabisation des sciences de la santé.

Nous avons cité les objectifs de la recherche qui sont représentés essentiellement par la réalisation d'un polycopié de la pathologie infectieuse pédiatrique en langue arabe dans le but de promouvoir la compréhension chez les étudiants de la médecine, et de faciliter la communication entre le médecin et le malade pour améliorer le niveau sanitaire des citoyens marocains, et en plus de contribuer à la réalisation d'un dictionnaire spécialisé en pédiatrie en trois langues.

Nous avons adopté dans la réalisation de cette recherche les moyens disponibles faites de dictionnaire médicaux et linguistiques et de nombreuses références, et nous avons suivi une méthodologie scientifique, nous a permis d'obtenir les résultats suivant : un polycopié de la pathologie infectieuse pédiatrique en arabe et en français contenant les leçons suivantes : les infections respiratoires aigue basse, la tuberculose, la diarrhée aigue, les méningites à liquide clair, les méningites purulentes, les éruptions fébriles et le déficit immunitaire primitif et secondaire, et nous avons accompagné ce polycopié par un glossaire des termes scientifiques contenues dans les leçons en trois langues : arabe, français et anglais.

Puis nous avons discuté la forme et le contenu du polycopié, et aussi nous avons évalué la capacité du dictionnaire médicale unifié à traduire les termes contenue dans les leçons. Les résultats obtenus ont été encourageant, on montrant que le dictionnaire permet de répondre à nos besoins dans la traduction précise des termes médicale, en plus de nos connaissances linguistiques scientifiques qui nous ont aidé à formuler les leçons en langue arabe.

Et à la fin de la recherche, nous devons répondre aux problématiques posées par la question de l'arabisation des sciences de la santé au Maroc ; soit en terme d'acceptation des étudiants et des professeurs de ce projet en réalisant une étude dans l'avenir, soit la réalité de l'enseignement des sciences médicales dans le monde arabe, qui montre les différentes langue de l'enseignement d'un pays à l'autres, et l'adoption souvent de langues étrangères. Et nous avons cité de nombreux avantages acquis lors de l'étude par la langue maternelle dans tous les aspects psychologique, éducative, professionnelle, sociale, nationale, linguistique, culturelle et religieuse ; en particulier avec la disponibilité des support représentés principalement par les dispositions de la constitution marocaine et les exigence de la charte nationale pour l'éducation et la formation, et qui stipulent que la langue officielle d'enseignement est la langue arabe.

Nous avons cité quelques expériences marocaines pour rapprocher la langue arabe du domaine de la santé et nous sommes fière de ces expériences, et enfin nous avons proposé une stratégie visant à soutenir le projet linguistique dans l'éducation médicale.

Summary

This thesis aims to form a database that contains the vocabulary of the health science in arabic.

We cited the objectives of the research are mainly represented by the realization of a handout of pediatric infectious diseases in arabic in order to help student of medicine for better understanding, and facilitated communication between the physician and the patient to improve the health of Moroccan citizens and also to contribute to the realization of a pediatric dictionary in three languages.

To realise this research we have used the available medical and linguistic dictionary and many references, we have also followed a scientific methodology, that has allowed us to obtain the following results : a handout of pediatric infectious diseases in arabic and french which contains the following lessons : the bass acute respiratory infections, tuberculosis, acute diarrhea, meningitis clear liquid, purulent meningitis, febrile rash and primary and secondary immunodeficiency, and we accompanied this handout with glossary of scientific terms of the lessons in three languages : Arabic, French, English.

Then we discussed the form and the content of the handout, and we also evaluated the ability of the unified medical dictionary to translate the words that occur in the lessons. The results were encouraging, and have shown that the dictionary can meet our needs in the accurate translation of medical vocabulary, and also we have to mention how our scientific linguistic knowledge was so helpful to make the lessons in Arabic.

And at the end of the research, we have provide a solution to the problem of the arabization of health science in Morocco, by either evaluating if this project meet the expectation of students and teachers by making a study in the future. Or by taking into consideration the reality of the teaching of medical sciences in the arab world, which shows the different language used in teaching from country to another, which is often adopt foreign language. And we have cited many advantages of teaching using the native language in all psychological, educational, professional, social, national, linguistic, cultural, and religious aspects ; Especially with the availability of the support mainly represented in the Moroccan constitution and also the exigency of the national charter for education and training which stipulate that the official language of education is Arabic.

We mentioned some moroccan experience to get familiar to the Arabic language in the field of health which we are proud, and finally we proposed a strategy to support the linguistic project in medical education.

UNIVERSITE HASSAN II
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA

ANNEE 2014

THESE N° :20

LA PATHOLOGIE INFECTIEUSE PEDIATRIQUE

TRADUCTION DU FRANÇAIS A L'ARABE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le:2014

PAR

Mme Bouchra DAHER

Née le 08/04/1988 à Casa

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

Mots clés : la pathologie infectieuse pédiatrique – Arabisation des sciences
médicales – dictionnaire médicale

JURY

Mr S. BENOMAR

Professeur en Pédiatrie

Mr A.A. BOUSFIHA

Professeur en Pédiatrie

Mr M. RIDAI

Professeur en chirurgie thoracique

Mr M. MOUDATIR

Professeur en Médecine interne

Mr N. AMENZOU

Professeur en pédiatrie

Mr A. NAAMANE

Professeur en Biochimie

Mr T. EL YAZIDI

Professeur en linguistique

Président

Rapporteur

Juges