



9^{ème} CONGRÈS

Pathologie Thoracique
Marrakech

Palmeraie Golf Palace
28 au 30 Avril 2012

PROGRAMME ABSTRACTS



9^{ème} CONGRÈS

Pathologie Thoracique

Intervenants :

W. BOUHADDIOUI	A. ABDELLAOUI
A. BENKHEIDER	A. ALAOUI. YAZIDI
F. BERRISSOUL	Y. ALAOUI
H. CHABANE	M. ALIATI
C. DARNE	A. BAHLAOUI
C. DELCAUX	N. BELLKHEL
N. GHARBI	M. BENOUBOUD
A. JENDER	C. BENJELLOUNE
C. H. MARQUETTE	M. BERRADA
C. MAYAUD	M. BOUAYAD
B. PIGEARIAS,	N. BOURAS
J.L. RACINEUX	A. BOUSTA
T. SEAILLES	M. EL IBRAHIMI
A. SCHERPEREL	M. EL FAJRI
Ph. TERRIOUX	L. EL HERRAK
Y. TREMBLAY	H. EL KOUAM
A. M. VAUTRIN	H. EL OUAZZANI
F. VAYLET	M. ERRAMI
F. VIAU	M. ESSALHI
	A. JAMALI
	S. LAKHESSASSI
	A. K. MEHADJI
	A. MOHAMMADI,
	S. MOULINE
	Z. SAYAH
	M. SERRAJ
	A. TEBBAY

Thèmes :

- VNI
- BPCO
- Sommeil
- Infectiologie
- Pleurésies rebelles
- Espace francophone
- Allergologie et asthme
- Cancérologie thoracique
- Réseau santé respiratoire
- Bronchoscopie interventionnelle





9^{ème} CONGRÈS

Pathologie Thoracique

Chère Consoeur, cher confrère

L'association franco-marocaine de pathologie thoracique (AFMAPATH) depuis sa création en 2002 a pour seul objectif la formation médicale continue, seul souci de tout pneumologue exerçant dans différents secteurs, dans un cadre convivial et confraternel.

Le congrès de l'AFMAPATH est devenu un rendez-vous incontournable des pneumologues nationaux et internationaux par la qualité des thèmes et le climat qui y règne.

Au même titre sont organisés des ateliers sur le sommeil, la thoracoscopie, la cancérologie, la bronchoscopie. Ces ateliers sont ouverts aux pneumologues de tout secteur, ainsi plusieurs confrères privés, CHU et santé publique peuvent y participer

En avril 2011 lors du congrès de FES, le nouveau bureau de l'AFMAPATH et du Collège National des Pneumologues Marocains (CNPM), a été élu avec la création du groupe AFMAPATH France, représenté par notre ami Dr JENDER. En juillet de cette même année à Nice a été signée la charte de la francophonie parrainée par la SPLF en présence de son président Dominique VALLEYRE.

Cette année l'AFMAPATH/CNPM vous fixe cinq rendez-vous très importants :

- **Atelier sur l'échographie pleurale**, par les formateurs responsables de cet atelier au CPLF, au MAZAGAN d'EL JADIDA le 19/11/2011, cordonné par le Dr KOUAM.
- **Premier colloque de cancérologie thoracique** le 25/02/2012 à Marrakech organisé par le groupe d'études et recherches en cancérologie thoracique (GERCAT) qui émane de l'AFMAPATH/CNPM et animé par des cancérologues nationaux et étrangers de renom.
- **Atelier sur les EFR par des pneumologues physiologistes** de renom à Casablanca, au mois de mars cordonné par le Dr EL IBRAHIMI.
- **Le congrès de l'AFMAPATH/CNPM** le 28, 29 et 30 Avril 2012 à Marrakech au Palais Golf Palace.
- **L'atelier sur les actualités en allergologie** le 23/06/2012 à TETOUAN cordonné par le Dr TEBBAY.

Le choix de ces thèmes a été fait par les membres du bureau, en essayant de pratiquer une certaine idée de la délocalisation, pour faire adhérer les régions

Ces manifestations ne pourront voir le jour sans la contribution de l'industrie pharmaceutique. Certaines multinationales se désengagent de leurs responsabilités. Nous devons rester vigilants car il s'agit de notre formation médicale continue.

En souhaitant vous retrouver à ces différentes manifestations, veuillez recevoir mes salutations les plus distinguées.

Azzeddine MOHAMMADI
Président AFMAPATH /CNPM



Questionnaire BILAN CARBONE

Le 9^{ème} congrès de l'Association Franco-Marocaine de Pathologie Thoracique (AFMAPATH) et du Collège National des Pneumologues Marocains (CNPM) se distinguera également par la réalisation d'un Bilan carbone:

la mesure de l'émission des gaz à effet de serre pour chacun des participants (en fonction du moyen de transport utilisé pour arriver au lieu du congrès) et la compensation à un organisme écologique. ce projet a aussi pour objectif la sensibilisation des participants et à travers eux la population sur l'impact de la production de Co2 sur l'environnement et indirectement sur la santé respiratoire dont nous pneumologues sommes les premiers concernés.

Le bilan carbone contribue à répondre à l'engagement de réduction de 20% des gaz à effet de serre d'ici à 2020 et à évaluer notre niveau de dépendance aux énergies fossiles

Partant de cet état de fait, l'AFMAPATH et le CNPM se soucient des émissions que leurs activités engendrent et souhaitent compenser les émissions de gaz à effet de serre liés au transport des participants.

Ces émissions seront compensées par des versement de fond auprès de la Fondation de solidarité Mohamed VI pour la protection de l'environnement sur le projet P3 de sensibilisation et d'éducation environnementale.

Pour cela je vous invite à participer activement à ce projet en 2 étapes :

- La première étape étant de remplir le questionnaire ci-dessous afin
- la seconde étape consiste lors du congrès a déposer le questionnaire Bilan Carbone dument rempli auprès d'un stand mis à leur disposition à l'entrée du salon

VILLE DE DEPART	Km parcourus		Moyen de transport				Voiture			Energie		
	Aller	Retour	Bus	Train	Avion	Co-voiturage	Pers/vehicule	CV	Année	Diesel	Essence	Autre

Exemple d'émissions de GES sur un parcours Casablanca - Marrakech

Moyen de transport	km parcouru A/R	Tonnes equivalent CO2	Coût de la compensation en DH
Avion	400 Km	0,117	23,00
Voiture 6 à 9 cv Diesel	480 Km	0,118	23,00
Voiture 6 à 9 cv Essence	480 Km	0,129	25,00
Train	480 Km	0,01	2,00

Nous vous remercions de bien vouloir participer activement à ce projet en remplissant le questionnaire carbone et le déposer au stand GREENING VISION



Programme Scientifique

Samedi 28 avril

Session : Réseau de santé respiratoire

Modérateurs : B.PIGEARIAS, A.JAMALI, A.ABDELLAOUI

14h30 : Pneumologie d'ici et d'ailleurs: AVERROES - Le parcours d'un Médecin de MARRAKECH, M. ALIATI

15h00 : Le Réseau de santé respiratoire au QUEBEC, Y. TREMBLAY

15h30 : Le transfert de connaissances, Y. TREMBLAY

16h00 : Es ce-que la thérapie anténatale avec les glucocorticoïdes a révélé tout son potentiel ? W. BOUHADDIOUI

16H30 **Pause café**

Session : Espace Francophone

Modérateurs : A.MOHAMMADI, A. ALAOUI YAZIDI, A BENKHEIDER

17h00 : Espace Francophone de la SPLF, B. PIGEARIAS

17h30 : FMC dans l'espace francophone, Ph .TERRIOUX

Dimanche 29 avril

07h45 : Mot du président,

08h00 : **Ateliers**

AT1 - Prise en charge des pleurésies rebelles, C.H.MARQUETTE, H.EL KOUAM

AT 2 - CAT devant une réaction allergique inexplicée, H. CHABANE, A.TEBAY

09h00 : **Ateliers**

AT 2 - CAT devant une réaction allergique inexplicée, H. CHABANE, A.TEBAY

AT1 - Prise en charge des pleurésies rebelles, C.H.MARQUETTE, H.EL KOUAM

10h00 : **Pause café**

10h30 : **Ateliers**

AT 3 - Branchement et réglage d'une VNI (en aigu ou en chronique) :
Les trucs et les astuces, F.VIAU, M.BERRADA

AT 4 - Prise en charge d'une dyspnée inexplicée, C. DELCAUX, M.ESSALHI

11h30 : **Ateliers**

AT 4 - Prise en charge d'une dyspnée inexplicée, C. DELCAUX, M.ESSALHI

AT 3 - Branchement et réglage d'une VNI (en aigu ou en chronique) :
Les trucs et les astuces, F.VIAU, M.BERRADA

12h30: **Session : E Posters**

Modérateurs : A. BAHLAOUI, J.L RACINEUX, A. ABDELLAOUI

12h30 : **Déjeuner**

Session : Allergologie et asthme

Modérateurs: A. BOUSTA, Y.ALAOUI, Z.SAYAH

14h30 : Asthme professionnel dans les industries alimentaires, A. MONERET. VAUTRIN

15h00: Utilisation des allergènes moléculaires en pratique courante, H. CHABANE

15h30: L'oedeme angioneurotique, A.MONERET VAUTRIN

16h00: **Pause café**

AT1 : Salle Oliveraie au ss AT2 : Salle Orangeraié au ss PLENIERE : Salle Diamand

AT3 : Salle Oliveraie au ss AT4 : Salle Orangeraié au ss PLENIERES : Salle Toubkal

Session : Cancérologie thoracique

Modérateurs: S. MOULINE, N. BOURAS, A.BENOUHOUD

- 16h30 : Mésothéliome pleural malin: recommandations pour la prise en charge en 2012 et actualités thérapeutiques, A. SCHERPEREL
17h00 : Indications du PET scanner, F.VAYLET
17h30 : Anti-angiogéniques en Cancérologie Thoracique : Rationnel, pratique et perspectives, A. SCHERPEREL
18h00 : Comment évaluer la réponse thérapeutique dans le cancer bronchique? F.VAYLET
18h30 : Symposium réhabilitation respiratoire, GROUPE FONTALVIE

Lundi 30 avril

Session : Bronchoscopie interventionnelle 07h30mn à 8h45 mn

Modérateurs: C. BENJELLOUNE, M. EL FAJRI, F.BERISSOUL

Présentations de 15 minutes

- La BI dans la pathologie thoracique maligne, L. EL HERRAK
- La BI dans la pathologie thoracique bénigne :
 - Corps étrangers, H. EL OUAZZANI
 - Pathologie trachéale bénigne, M. SERRAJ
- La BI dans la BPCO et l'asthme, N. GHARBI

Session : Sommeil

Modérateurs: A. JENDER, M.ERRAMI, A.K.MEHADJI

- 08h00 : Syndrome d'apnées du sommeil : particularités chez l'adolescent, T.SEAILLES
08h30 : Classification nosologiques des causes de somnolence, M. EL IBRAHIMI
09h00 : La somnolence, problème de santé publique, C.DARNE
09h30 : Moyens d'exploration de la somnolence, F.VIAU
10h00 : Prise en charge d'un malade avec de somnolence diurne excessive, F.VIAU
10H30 : **Pause Café**

Session : Infectiologie

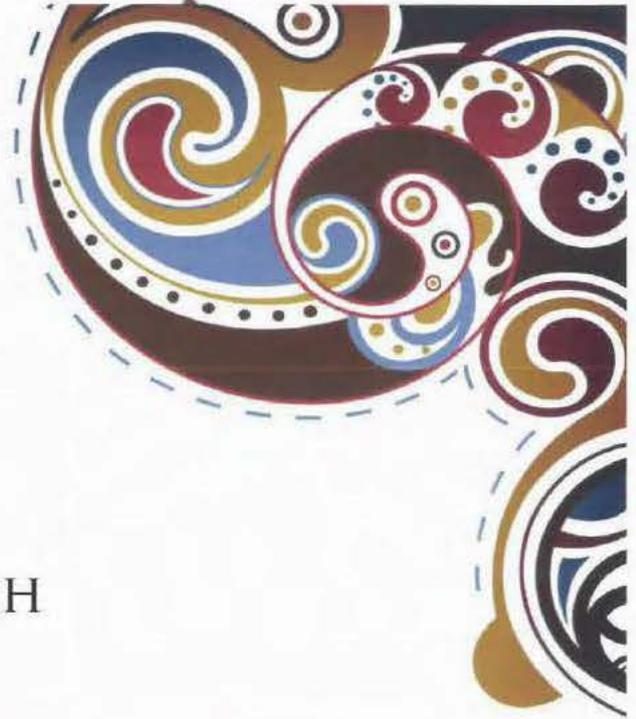
Modérateurs: S.LAKHESSASSI, M. BOUAYAD, Ph.TERRIOUX

- 11h00 : Le poumon du Toxicomane, C. MAYAUD
11h30 : CAT devant pneumonie non résolutive sous Antibiothérapie, C. MAYAUD
12h00 : Actualités dans le traitement de la tuberculose, A.BENKHEIDER
12h30 : Stratégie de lutte anti-tuberculeuse au Maroc, N.BELLKHEL

19h30 : **Dîner de Gala** *STADE DE FOOTBALL DE MARRAKECH*

PLENIERES : Salle Toubkal





SOIRÉE DE GALA

Programme

DATE : LE 30 AVRIL 2012
LIEU : STADE DE MARRAKECH

- 16H00 _ 16H30** : DEPART DES AUTOCARS DU PGP AU STADE DE FOOT
16H30 _ 18H30 : MINI TOURNOI DE FOOT-BALL
- THÉ D'ACCUEIL
- 19H00 _ 20H00** : SPECTACLE "JAMAÄ LFNA" SUR PLACE
20H00 _ 21H00 : DÎNER-ANIMÉ: CUISINE MAROCAINE
- ORCHESTRE MAROCAIN
- 21H00 _ 21H30** : PÂTISSERIE MAROCAINE
- SPECTACLE DE MAGIE
- 21H30 _ 23H30** : REMISE DES TROPHÉES
- GROUPE GERARD DURAND



Contact, Information & Inscription: Beyond Com

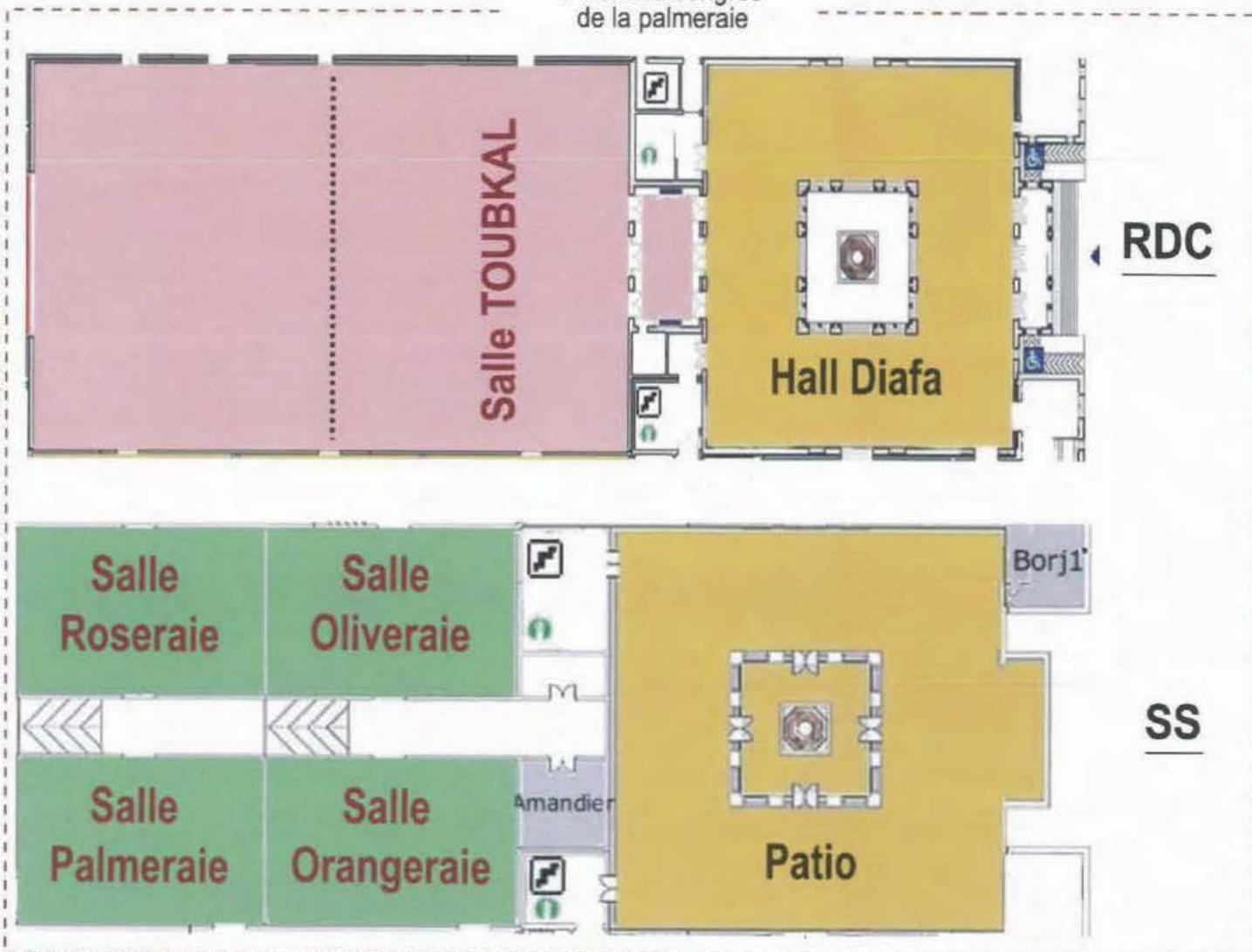


TEL / FAX : +212 5 22 76 72 02 - GSM : + 212 6 61 21 38 51 & +212 6 71 22 32 09

E.mail : beyondcom.3c@gmail.com

Plan du Congrès

Palais du congrès
de la palmeraie



RDC

SS



Exterieur
du Palais du
congrès

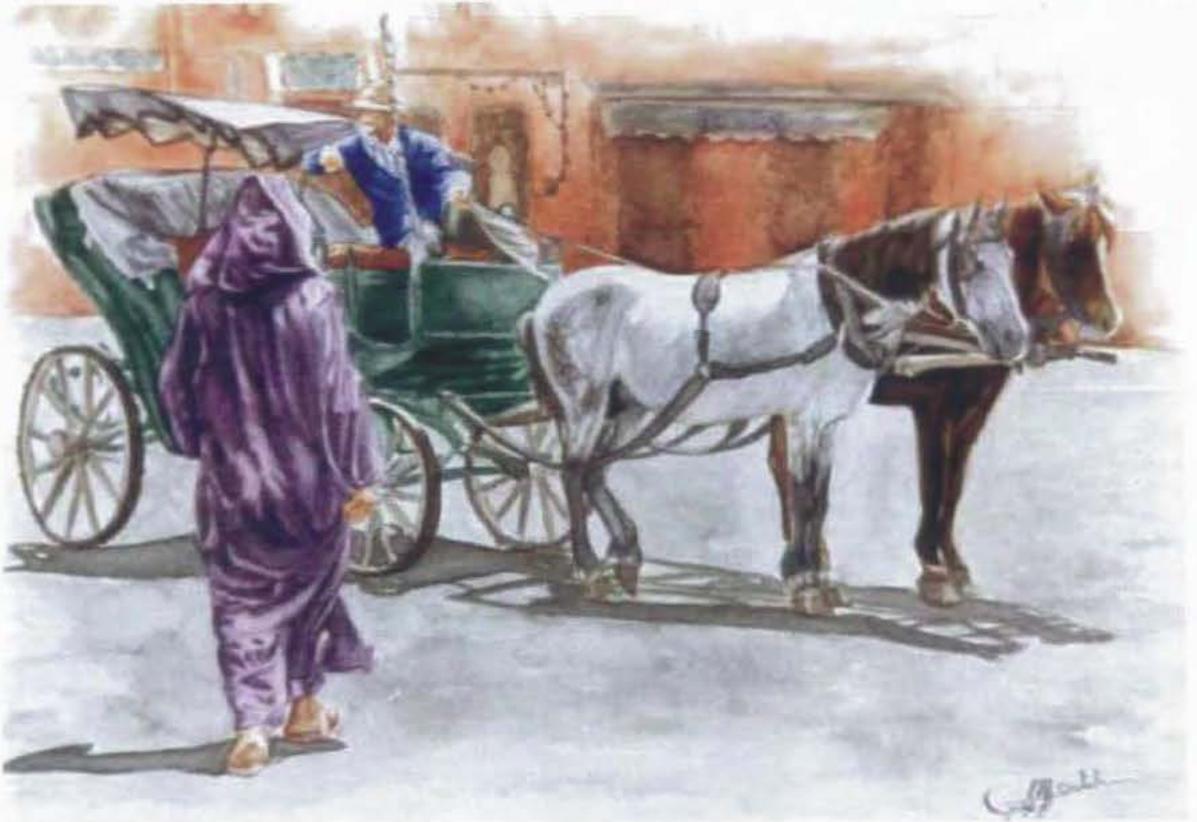


Légende

- | | |
|-------------------|------------------------|
| Aire d'exposition | Accès clients |
| Plénière | Accès Mobilité Réduite |
| Commission | Ascenseur client |
| Sous-commission | Cloison amovible |
| | Escaliers |
| | Monte-charge |
| | Sortie d'urgence |
| | Toilettes publiques |



Abstracts



Session : Réseau de santé respiratoire

Modérateurs : B.PIGEARIAS, A.JAMALI, A.ABDELLAOUI

Est-ce-que la thérapie anténatale avec les glucocorticoïdes a révélé tout son potentiel ?

W. BOUHADDIOUI

Université Laval, CHUQ, CRCHUL,

Les bébés prématurés mâles sont exposés au syndrome de détresse respiratoire (SDR) plus fréquemment que les bébés femelles. La cause majeure de cette détresse respiratoire est un retard dans la libération du surfactant par les cellules épithéliales de type 2. Les glucocorticoïdes sont impliqués dans la régulation du développement pulmonaire et le passage à la vie extra-utérine. Ces stéroïdes sont impliqués également dans la production du surfactant.

Les glucocorticoïdes sont administrés aux mères qui sont à risque d'accouchement prématuré pour accélérer la maturation pulmonaire et diminuer le risque de détresse respiratoire chez les bébés prématurés. Cependant, malgré le traitement anténatal aux glucocorticoïdes, les bébés nés prématurés ne répondent pas tous de la même manière en manifestant une détresse respiratoire plus ou moins sévère. Il est donc important de comprendre le mécanisme d'action des glucocorticoïdes qui reste jusqu'à présent inconnu à plusieurs aspects.

Session : Espace Francophone

Modérateurs : A.MOHAMMADI, A. ALAOUI YAZIDI, A BENKHEIDER

Espace Francophone de la SPLF,

B. PIGEARIAS

Vice-Président de la SPLF

L'espace francophone de pneumologie (EFP) est un cadre institutionnel regroupant les différentes forces vives de la pneumologie francophone représentés par les sociétés savantes intra et extra-hexagonales. Cette initiative est menée par la Société de pneumologie de langue française (SPLF) afin d'établir les relations multilatérales avec les autres sociétés savantes en pneumologie fondées sur le partenariat, et non sur l'assistance; d'assurer le partage de connaissances et d'expériences; de renforcer la position de la langue française comme langue d'échanges scientifiques en pneumologie dans les pays Francophones.

L'espace francophone a été créé lors du séminaire des relations internationales de la SPLF tenu à Nice les 9-11 juillet 2010.

Il a pour actions et missions :

- la coopération bilatérale et multilatérale avec les pays francophones.
- le développement des échanges Nord-Sud et Sud-Sud.
- la formation académique en pneumologie et le développement d'une offre en matière de formation médicale continue.
- le développement de projets de recherche collaboratifs en pneumologie dans l'espace Francophone.
- la promotion et la participation à la rédaction de publications scientifique

Ali BENKHEDER Secrétaire général chargé des Relations Internationales de la SPLF

Bernard PIGEARIAS Vice-Président de la SPLF



Session : Allergologie et asthme

Modérateurs: A. BOUSTA, Y.ALAOUI, Z.SAYAH

Utilisation des allergènes moléculaires en pratique courante,

H. CHABANE

Hôpital Delafontaine – Saint-Denis

L'utilisation des allergènes moléculaires en pratique courante a révolutionné le diagnostic et la prise en charge des patients allergiques par les praticiens qui en maîtrisent l'utilisation. Ils ont notamment modifié notre approche de la sensibilisation allergénique et permis la compréhension des réactions croisées.

Des extraits allergéniques aux allergènes moléculaires : La majorité des dosages d'IgE spécifiques commercialisés de nos jours est basée sur l'utilisation d'extraits allergéniques complexes obtenus à partir de matières premières naturelles (grains de pollen, cultures d'acariens, cultures de moisissures, aliments ...).

La composition des extraits allergéniques est hétérogène, car ils contiennent des molécules allergéniques et non allergéniques. La richesse en allergènes majeurs et mineurs dépend de la source d'allergène utilisée, des procédés d'extraction, de purification et de stockage utilisés. Des allergènes mineurs, mais parfois majeurs peuvent se trouver sous représentés [1, 2, 4].

Les allergènes moléculaires issus de la recherche de ces 25 dernières années désignent les allergènes naturels purifiés et les allergènes recombinés, le plus souvent appelés « recombinants » par anglicisme. La base de données WHO-IUIS compte 715 allergènes moléculaires en 2012. La plus grande base de données d'allergènes (Allergome : www.allergome.org/) inaugurée en 2002 par le Dr Adriano Mari, en Italie, compte en mars 2012, 2325 allergènes moléculaires (isoformes exclus). Parmi les 7780 séquences d'allergènes décrites, 2613 sont complètes et 1230 allergènes ont été clonés et produits sous forme de protéines recombinantes.

Depuis 2003, des dosages in vitro des IgE spécifiques d'allergènes recombinants sont disponibles. En 2012, 84 allergènes moléculaires sont disponibles en dosage de routine, mais in vivo, leur utilisation reste du domaine de la recherche aussi bien pour la pratique des tests cutanés que pour la thérapeutique.

Les allergènes naturels purifiés sont obtenus par séparation à l'aide de techniques biochimiques. Les allergènes naturels purifiés sont caractérisés par un polymorphisme lié à la présence d'isotypes et de variants moléculaires [1]. En 2012, 27 allergènes naturels purifiés sont disponibles en routine, ex : nCyn d 1 (allergène majeur de pollen de chiendent), nCup a 1 (allergène majeur de pollen de cyprès), nArt v 1 (allergène majeur de pollen d'armoise).

Les allergènes recombinants sont obtenus grâce à des bactéries, des levures ou des plantes génétiquement modifiées [2]. Contrairement aux allergènes naturels, les allergènes recombinants correspondent à un variant moléculaire précis et sont de qualité biochimique constante. Les bactéries qui servent à les produire n'effectuent pas de glycosylation post-traductionnelle des allergènes recombinants, ce qui permet de s'affranchir d'éventuelles IgE-réactivités dirigées contre les CCD. Mais, la glycosylation est nécessaire au maintien de la structure tridimensionnelle de certains allergènes et son absence fait disparaître l'épitope conformationnel reconnu par l'IgE (ex. Art v 1) [1]. En 2012, les dosages d'IgE spécifiques de 57 allergènes recombinants sont commercialisés.

La technologie « allergènes moléculaires sur biopuce » : Grâce à la robotisation et la miniaturisation des procédés d'immunochimie, il est actuellement possible de fixer sur une « puce » de moins d'un centimètre carré, plus d'une centaine d'allergènes moléculaires [7]. En France cette technologie est disponible en routine (ImmunoCAP® ISAC, Phadia) depuis le début 2009, mais elle ne bénéficie pas de remboursement par la sécurité sociale. Ses potentialités d'aide au diagnostic d'allergies complexes (polysensibilisation, dermatite atopique) ou difficiles (anaphylaxie, œsophagite à éosinophiles) ont récemment été illustrées [8].

Depuis novembre 2011, une nouvelle version comportant 112 allergènes moléculaires issus de 51 sources allergéniques est disponible pour tester la réactivité des IgE du patient à l'aide de 30 microlitres de sérum et en seulement 3h30. Cette nouvelle version ISAC comporte 21 nouveaux composants et le remplacement de 4 allergènes naturels purifiés par des allergènes recombinants. Cette technique prometteuse pourra peut-être un jour s'imposer comme technique diagnostique de routine dans le futur, si son coût devient abordable.

Aujourd'hui, l'analyse de l'IgE réactivité aux allergènes moléculaires est devenue indispensable pour prescrire une immunothérapie spécifique chez un patient polysensibilisé ou pour déterminer la sévérité de certaines allergies alimentaires.

Session : Cancérologie thoracique

Modérateurs: S. MOULINE, N. BOURAS, A. BENOUBOU

Mésothéliome pleural malin: recommandations pour la prise en charge en 2012 et actualités thérapeutiques,

A. SCHERPEREL

CHRU de Lille et Unité INSERM 1019

Le mésothéliome pleural malin (MPM) est un cancer primitif de la plèvre, très agressif et de pronostic globalement défavorable (médiane de survie <12 mois) malgré de réels progrès dans la prise en charge des patients. Une exposition antérieure (le plus souvent professionnelle) à l'amiante a été clairement comme le facteur étiologique principal du MPM. Considéré comme un cancer rare, le mésothéliome est devenu un enjeu important devant son incidence croissante depuis 1945 entretenue par le large recours à l'amiante dans le secteur industriel (industries de transformation, métallurgie, chantiers navals, bâtiment...), atteignant son apogée en France dans les années 1970-80 jusque son interdiction en 1997. L'utilisation d'amiante est interdite dans les pays occidentaux et notamment dans l'Union Européenne depuis 2005 mais reste largement utilisé dans les pays émergents ou en voie de développement, laissant présager un risque futur « d'épidémie » mondiale de mésothéliomes. En France, l'incidence annuelle actuelle du mésothéliome est évaluée à 1000 cas ; un pic d'incidence du MPM est attendu dans les deux prochaines décennies. Le traitement du MPM repose surtout une chimiothérapie de première ligne par cisplatine et pemetrexed permettant un taux de réponse de 41% et une médiane de survie de 12 mois dans un essai randomisé de phase III.

La prise en charge de ce cancer a été récemment précisée par les recommandations européennes conjointes de l'ERS et de l'ESTS [1]. Lors de sa présentation, l'orateur proposera une version actualisée de ces recommandations pour la prise en charge pratique du MPM en 2012, et résumera les actualités thérapeutiques de ce cancer.

Anti-angiogéniques en Cancérologie Thoracique : Rationnel, pratique et perspectives,

A. SCHERPEREL

CHRU de Lille et Unité INSERM 1019

Les cancers thoraciques, le cancer broncho-pulmonaire (CBP) et le mésothéliome pleural malin (MPM) sont des cancers d'incidence croissante et de pronostic globalement défavorable. Ainsi, le CBP est la première cause de décès par cancer chez l'homme. Chez la femme, il a surpassé le cancer du sein en Amérique du Nord, représentant la première cause de mortalité par cancer, avec une tendance similaire en France où il occupe à ce jour le second rang. En France, on estime à 37 000 par an le nombre de nouveaux cas de CBP (INVS 2011), responsable d'environ 28 000 décès annuels. L'incidence et la prévalence sont proches ce qui témoigne du mauvais pronostic global de cette maladie. L'espérance de vie des patients à 5 ans est en effet inférieure à 15%. En effet, plus de 70% des CBP sont malheureusement diagnostiqués à des stades localement avancé ou métastatique ne pouvant bénéficier d'un traitement radical potentiellement curatif, mais justifiant un traitement incluant une chimiothérapie.

La progression tumorale est étroitement dépendante d'une angiogénèse active. Celle-ci a conduit au développement d'une nouvelle famille de médicaments ciblant l'angiogénèse tumorale, dont le chef de file est le bevacizumab, anticorps monoclonal anti-VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor). Le bevacizumab a reçu une AMM dans la chimiothérapie de 1ère ligne à base de platine du CBP non à petites cellules histologique de type non épidermoïde (CPNPC) après deux études de phase III randomisées [1,2]. Il est également en cours d'étude dans le MPM dans un essai de phase II/III testant le bevacizumab en association avec une chimiothérapie de 1ère ligne par cisplatine et pemetrexed (essai « MAPS » de l'IFCT/GFPC) dont nous sommes co-investigateurs. D'autres traitements ciblant l'angiogénèse de même que de nouvelles stratégies utilisant le bevacizumab au-delà de la première ligne dans le CPNPC, en évaluation dans des essais cliniques [4], seront évoqués par l'orateur.

Cependant, si le développement de nouvelles thérapies ciblant l'angiogénèse tumorale, validée comme le bevacizumab ou encore en cours de validation, a apporté depuis quelques années de nouvelles perspectives dans leur traitement, ces thérapies anti-angiogéniques, efficaces mais onéreuses et pouvant induire des effets secondaires non négligeables, nécessitent un ciblage des meilleurs candidats à ces traitements parmi nos patients. Dans ce but, nous développons notamment à Lille de nouveaux outils, non-invasifs et fiables, permettant l'évaluation de l'angiogénèse tumorale avant et sous chimiothérapie associée ou non aux anti-angiogéniques, afin de prédire la réponse au traitement et d'évaluer le pronostic de ces patients [3]. Ces outils comprenant l'angioscanographie du thorax avec étude de la perfusion tumorale, des marqueurs solubles de l'endothélium tumoral (E-selectine, angiopoïétine 2, endocan, Tie2 soluble...) ou encore l'évaluation de cellules endothéliales circulantes seront également présentés.

Session : Bronchoscopie interventionnelle 07h30mn à 8h45 mn

Modérateurs: C. BENJELLOUNE, M. EL FAJRI, F.BERISSOUL

La BI dans la pathologie thoracique maligne,

L. EL HERRAK

Service de pneumologie - CHU IBN SINA Rabat

Le cancer bronchique est un problème de santé majeur dans le monde. Il représente la première cause de mortalité par cancer. Sa prise en charge est multimodale et repose sur une concertation multidisciplinaire.

Dans cette prise en charge, l'endoscopie interventionnelle garde une place primordiale d'abord à visée diagnostique en particulier avec les avancées apportées dans ce domaine permettant d'obtenir un diagnostic à un stade précoce et l'établissement d'un bilan d'extension. Ces actualités concernaient aussi bien l'exploration bronchique, médiastinale et parenchymateuse périphérique.

L'endoscopie interventionnelle joue également un rôle thérapeutique curatif lors de la découverte d'un stade précoce superficiel (carcinome in situ et carcinome invasif), elle fait appel à des méthodes respectant la paroi bronchique comme la cryothérapie, la thermo-coagulation haute fréquence, la photothérapie dynamique ou la curiethérapie à haut débit. L'épargne du parenchyme pulmonaire est un enjeu capital, ce qui explique la place des techniques endoscopiques à côté de la chirurgie. L'effet curateur est de 80 %, mais une surveillance endoscopique prolongée est indispensable.

Son but palliatif, dans le but d'améliorer la survie et surtout la qualité de vie, est démontré au stade avancé avec obstruction des voies aériennes centrales. Elle fait appel essentiellement à la résection mécanique au bronchoscope rigide et aux prothèses étanches pour les compressions extrinsèques. Le gain symptomatique est clair et immédiat. L'endoscopie interventionnelle est recommandée en cas de contre indication opératoire ou avant tout traitement radio ou chimiothérapique chez les patients symptomatiques ou avec une obstruction de plus de 50 % de la voie aérienne.

Les combinaisons endoscopie interventionnelle/radio ou chimiothérapie peuvent être synergiques.

La BI dans la pathologie thoracique bénigne : Corps étrangers,

A. JNIENE - H. EL OUAZZANI

Service de pneumologie - CHU IBN SINA Rabat

L'inhalation d'un corps étranger tracheo-bronchique est un Accident potentiellement grave, réquent chez les enfants dans la première enfance avec une prédominance masculine, Plus rare chez les adultes (sujets âgés ++).

La nature du corps étranger (CE) est variable selon l'âge, les usages, les conditions socioculturelles et religieuses de chaque population. Particularités du CE dans les pays islamiques comprenant l'épingle à foulard chez les femmes portant le voile. la fibroscopie bronchique souple et rigide présente un rôle primordial de dans l'extraction du CE. La fibroscopie bronchique doit être tentée devant tout CE et constitue la méthode de choix pour son extraction.

Le délai de réalisation de l'endoscopie est déterminé en fonction de la tolérance clinique:

- Si signes de gravité respiratoire, le geste est réalisée en urgence. C'est le cas des CE en situation trachéale qui présentent un risque d'asphyxie par leur mobilisation, ou s'il existe des complications comme un pneumothorax ou un pneumomédiastin du fait du risque compressif.
- Si stabilité clinique, le geste endoscopique peut être différé pour être réalisé dans de meilleures conditions (24-36 heures) comme cela a été le cas pour tous nos patients.

Il n'y a pas de consensus sur le choix des instruments et des techniques d'intervention pour l'extraction d'un CE trachéobronchique. Cela est fonction de l'expérience des équipes dont certaines envisagent volontiers la bronchoscopie rigide réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale, alors que d'autres préfèrent la bronchoscopie souple en première intention non seulement pour l'exploration pré-interventionnelle mais également pour l'ablation du CE comme cela a été le cas pour notre équipe.

La bronchoscopie souple a été donc réalisée en première intention chez tous nos patients, elle a permis la localisation exacte du CE dans tous les cas mais n'a pu permettre son extraction que dans 2 cas.

La bronchoscopie rigide, réalisée sous sédation par un opérateur expérimenté, a été ensuite réalisée chez 30 patients dont 12 qui se sont soldés d'échec d'où l'indication à l'extraction chirurgicale par thoracotomie.

La BI dans la pathologie trachéale bénigne

M. SERRAJ

Service de Pneumologie, CHU Hassan II Fès

L'obstruction des grosses voies aériennes est un problème auquel est confronté aussi bien les pneumologues, chirurgiens, ORL et réanimateurs. Ses étiologies sont diverses, malignes ou bénignes. Les étiologies bénignes ne se limitent pas aux sténoses trachéales iatrogènes post- intubation ou post trachéotomie qui sont certes les plus fréquentes, mais regroupent beaucoup de pathologies tumorales, inflammatoires et infectieuses. La prise en charge de cette affection est encore controversée et non codifiée.

L'endoscopie interventionnelle constitue aujourd'hui un véritable traitement des obstructions bénignes des grosses voies aériennes et pas seulement une alternative thérapeutique pour des patients non opérables. Elle mérite cependant de mieux préciser ses indications et la place de chacune de ses techniques dans le cadre d'une stratégie thérapeutique bien codifiée et multidisciplinaire

La BI dans la pathologie thoracique bénigne : dans la BPCO

N. GHARBI - L. EL HERRAK

Hôpital Marie Lannelongue - Université Paris Sud

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie chronique et grave responsable d'une mortalité et d'une morbidité notables. A un stade évolué de la BPCO, la symptomatologie est principalement liée à la distension dynamique du thorax. L'emphysème, caractérisé par la destruction progressive et irréversible du parenchyme pulmonaire est responsable de cette distension et par conséquent de la dyspnée. Le traitement médical de la BPCO sévère par les bronchodilatateurs, la corticothérapie inhalée et la réadaptation à l'effort est souvent insuffisant. La chirurgie de réduction de volume pulmonaire corrige, chez des patients sélectionnés, la distension parenchymateuse, en améliorant la qualité de vie et le bilan fonctionnel respiratoire comme le démontrent plusieurs études. L'étude du National Emphysema Treatment Trial (NETT) a démontré un bénéfice en termes de survie chez certains sous-groupes de patients ayant bénéficié de la CRVP avec cependant une morbidité et une mortalité conséquentes. Si bien que la bronchoscopie interventionnelle avec une réduction bronchoscopique du volume pulmonaire ait pu être envisagée. Plusieurs techniques endoscopiques ont été décrites avec comme objectif principal d'exclure de la ventilation les zones pulmonaires ayant un rapport ventilation/perfusion élevé et de diminuer, ainsi, la distension thoracique.

Cinq techniques de réduction de volume par voie endoscopique ont été proposées :

- Création de communications (fenestrations) entre bronches segmentaires ou sous-segmentaires avec le parenchyme de voisinage.
- L'embolisation bronchique complète avec des bouchons pleins en silicone (les spigots de Watanabe) a été proposée, aussi, comme méthode bronchoscopique de réduction de volume.
- les valves endobronchiques unidirectionnelles : empêchent l'air de pénétrer dans le parenchyme pulmonaire dystrophique lors de l'inspiration tout en lui permettant de sortir lors de l'expiration, évitant, ainsi, l'accumulation des sécrétions bronchiques. Deux types de valves ont été étudiés :
 - La valve Zephyr, tube cylindrique auto-expansible en Nitinol à l'intérieur duquel se trouve une valve unidirectionnelle en silicone en forme de bec de canard
 - La valve Spiration, se présente comme un parapluie en silicone déployé autour d'une structure en Nitinol.
- L'injection de colle biologiquement active à base de fibrine agit au niveau alvéolaire et aboutit à une rétraction irréversible, « biological lung volume reduction ».
- L'infusion de vapeur bronchique (BTVA pour Bronchoscopic Vapor Thermal Ablation), via un cathéter à ballonnet permet une réduction notable du volume pulmonaire et cela sans effet secondaire.

La réduction endoscopique du volume pulmonaire est encore du domaine de la recherche clinique thérapies sont expérimentales et s'adresse à des patients non candidats à la chirurgie ou l'ayant refusée. Les résultats de ces études permettront probablement, un jour, d'élargir les indications endoscopiques pour abandonner complètement la chirurgie.

La BI et les asthmes sévères difficiles à contrôler

N. GHARBI - L. EL HERRAK

Hôpital Marie Lannelongue - Université Paris Sud

Les Asthmes sévères difficiles à contrôler (ASDC) constitue une entité d'une maladie chronique caractérisée par une inflammation, une hyperréactivité bronchique, et accumulation de sécrétions bronchiques. La symptomatologie est, essentiellement, en rapport avec la réduction du calibre bronchique par contraction des fibres musculaires lisses. Le rôle essentiel de l'inflammation est reconnu mais la réponse thérapeutique est limitée dans cette entité d'ASDC. Il existe, en effet, un remodelage bronchique avec infiltration des fibres musculaires lisses bronchiques par des myofibroblastes.

Pour améliorer le contrôle des symptômes d'asthme en diminuant la masse musculaire lisse bronchique, il est proposé de chauffer l'arbre bronchique pour modifier sa structure, c'est ce que se propose de faire la thermoplastie bronchique. DoHarris et collaborateurs ont démontré une amélioration significative du contrôle des symptômes de patients asthmatiques sévères (1). Les données histologiques présentées par Miller confirment ces modifications structurelles. La thermoplastie réduit en moyenne les fibres musculaires lisses dans 50% (16 à 71%) tout en respectant l'épithélium avec une régénération de 14 à 65%. Les effets secondaires sont minimes : malgré la thrombose vasculaire péri-chondrale constatée, la nécrose du cartilage reste focale et modérée (2).

La thermoplastie bronchique (Système Alair; Asthmatx; Mountain View, CA) réduit la capacité contractile des fibres musculaires lisses et par conséquent l'hyperréactivité bronchique en délivrant une énergie par radiofréquence. Des essais cliniques sont en cours pour préciser ses indications, son apport réel et ses effets secondaires tardifs.

Session : Sommeil

Modérateurs: A. JENDER, M.ERRAMI, A.K.MEHADJI

Syndrome d'apnées du sommeil : particularités chez l'adolescent,

T.SAILLES

Service d'explorations fonctionnelles multidisciplinaires.
Hôpital A Paré.Boulogne.9

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de l'adolescent dont la prévalence atteint 1 à 4 %, réalise la transition entre le SAOS de l'enfant et celui de l'adulte, et révèle de nombreuses manifestations phénotypiques liées à l'âge. A partir de 12 ans, le rôle étiologique de l'obésité dans le risque de survenue du SAOS augmente fortement et multiplie ce risque par un facteur variant de 3 à 5. Les conséquences du SAOS s'ajoutent alors à celles de l'obésité, pour favoriser conjointement l'activation de cytokines pro-inflammatoires, le syndrome métabolique, et la dysfonction endothéliale.

Outre les symptômes classiques du SAOS de l'enfant, ce syndrome peut, chez l'adolescent, se manifester par une sémiologie trompeuse sous forme de fatigue, de somnolence, voire de troubles dépressifs. Le diagnostic repose sur l'histoire clinique, l'examen physique, et l'enregistrement polysomnographique qui objective un index d'apnées obstructives supérieur à 1/heure.

En l'absence de traitement, les complications sont neuro-cognitives, comportementales, cardio-vasculaires, métaboliques, et inflammatoires. Les traitements reposent sur l'adéno-amygdalectomie, parfois l'orthodontie, la réduction de la surcharge pondérale si nécessaire, et la lutte contre l'allergie. En cas d'échec, la ventilation nocturne sera indiquée, puis en fin de croissance, un traitement chirurgical maxillo-facial pourra être discuté. Une bonne connaissance des particularités du SAOS de l'adolescent par les praticiens, permet de favoriser un diagnostic précoce, des traitements multifactoriels ciblés dont l'efficacité sera contrôlée, et d'éviter ainsi les conséquences délétères de cette pathologie à l'aube de la vie adulte.

Classification nosologiques des causes de somnolence,

M. EL IBRAHIMI

Centre des Maladies Respiratoires - Casablanca

Les causes de somnolence diurne sont multiples et variées, mais on peut les classer en deux grandes entités : la somnolence induite et la somnolence pathologique.

La somnolence induite est une insuffisance de sommeil du fait de la prise de médicaments, d'alcool, et de décalages circadiens.

La somnolence pathologique est une situation où le sommeil est produit en excès ou fragmenté.

Le sommeil peut être fragmenté par deux types d'événements : l'éveil et le micro-éveil

L'éveil est engendré par des douleurs, ou par des maladies chroniques ou des symptômes liés à ces maladies (exemple : nycturie en rapport avec une pathologie de prostate).

Le micro-éveil est en rapport avec des situations pathologiques telles le syndrome d'apnées du sommeil, et les mouvements périodiques des jambiers.

Le sommeil est produit en excès dans plusieurs pathologies que nous pouvons cerner en 3 grandes classes : la narcolepsie, l'hypersomnie idiopathique, et l'hypersomnie psychiatrique.



Session : Sommeil

Modérateurs: A. JENDER, M.ERRAMI, A.K.MEHADJI

Moyens d'exploration de la somnolence, F.VIAU C.DARNE

La somnolence diurne excessive (SDE) est l'un des signes cardinaux du syndrome des apnées du sommeil. Elle peut cependant avoir de nombreuses autres causes ou être confondue avec la fatigue. Le premier abord pour explorer une somnolence est l'étude de la plainte du patient. Au delà de la somnolence ou de la fatigue alléguées spontanément, les choses seront précisées au mieux par un questionnaire standardisé qui permettra une appréciation quantitative et le suivi comparatif sous traitement. Il en existe de plusieurs type mais le plus universellement utilisé est le questionnaire d'Epworth qui est simple, robuste et reproductible (1). Les échelles visuelles analogiques sont surtout utiles pour le suivi plus que pour la détection. Toutefois, le problème de la somnolence est souvent plus complexe car elle n'est pas toujours ressentie par le patient qui, soit ne la reconnaît pas, soit en mesure mal la gravité et l'intensité. Or cette préoccupation est aussi un problème de santé publique, la somnolence pouvant être nuisible pour le patient mais aussi pour l'entourage (conduite automobile). Il importe donc de pouvoir la mesurer objectivement. Trois grands tests s'y emploient :

- 1 - Le Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE).
- 2 - Le Test de Maintien de l'Eveil (TME).
- 3 - Le test OSLER (Oxford SLEep Resistance test)

Attitude pratique face à un sujet somnolent

Il n'y a pas que le SAOS qui rend somnolent importera donc face à une SDE de s'interroger sur l'existence d'autres causes de somnolence que le SAOS. Certes, le ronflement, la constatation d'apnées par l'entourage, la surpoids associé à une morphologie favorisantes vont orienter vers le diagnostic d'apnées lorsqu'ils réalisent un tableau typique, mais de nombreux autres facteurs confondants doivent être pris en compte avant d'envisager que le SAOS est la seule cause possible de la somnolence. La prise de traitement ou de substances sédatives doit bien sur être recherchée. Le travail posté et/ou nocturne, les vols trans-méridiens fréquents mais aussi les habitudes de sommeil, les insomnies d'endormissement ou de la deuxième partie de la nuit sont au mieux étudiés par les agendas de sommeil.

Un interrogatoire bien conduit doit aussi aller au devant d'autres diagnostics en posant les bonnes questions. La dépression semble le diagnostic le plus fréquent. Souvent associée au SAOS, elle en rend les symptômes plus difficiles à interpréter, tant la fatigue, la lassitude et la somnolence sont souvent confondues et entremêlées. On peut s'aider utilement d'échelles de dépression pour préciser le diagnostic.(5). Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) se diagnostique uniquement par interrogatoire. Il est caractérisé par la survenue le soir ou la nuit d'impatiences des membres inférieurs qui sont soulagées par le seul mouvement et sont insomniantes. Il est souvent associé à un mouvement périodique des jambes qui, pour sa part, n'est pas une cause de somnolence résiduelle lorsqu'il existe seul. Une narcolepsie sera évoquée si l'on trouve la notion d'accès de somnolence diurnes irrépressibles associés à des siestes réparatrices. L'existence d'hallucinations hypnagogiques (d'endormissement) ou hypnopompiques (au petit matin) est fortement évocatrice, de même que des paralysies du sommeil. Les cataplexies ne sont pas toujours présentes, mais si elles existent et sont typiques, elles permettent pratiquement d'affirmer le diagnostic. Celui ci sera confirmé par un TILE qui montrera des latences d'endormissement courtes associées à la présence d'au moins deux endormissements en sommeil REM sur les cinq tests. L'hypersomnie idiopathique est beaucoup plus rare que la narcolepsie. Elle se caractérise par l'allongement anormal du temps de sommeil sur 24 h, avec des nuits de plus de 12 heures, parfois associées à des heures de sommeil supplémentaires dans la journée, non réparatrices. Une ivresse de sommeil matinale est évocatrice. Le diagnostic est confirmé par des latences courtes au TILE mais surtout par la constatation de temps de sommeil prolongés sur des enregistrements de 24h à 48h. Enfin, il arrive que la pneumologue se trouve confronté à une somnolence résiduelle chez un sujet qui a un authentique SAOS. Une étude multicentrique française de prévalence sur un an de la somnolence résiduelle sous PPC retrouve dans une population de 502 patients observants plus de trois heures par jour une prévalence de 12% de somnolence (6). Dans la moitié des cas, on retrouve une autre cause de somnolence associée au SAOS : dépression, syndrome des jambes sans repos, narcolepsie ou prise de médicaments sédatifs. L'attitude à adopter face à une somnolence persistante sous PPC est double 1) Vérifier que la PPC est efficace et bien suivie. La vérification de l'efficacité de la PPC peut bien souvent être faite grâce aux logiciels implantés dans les machines. Ils permettent de soupçonner et de corriger les insuffisances de traitement dues à une observance trop limitée ou à des apnées résiduelles trop nombreuses (pression insuffisante, fuites mal corrigées, etc...) Quand ce n'est pas le cas, le recours à la polysomnographie de contrôle sous PPC reste indispensable.

2) Chercher une autre cause de somnolence passée jusque là inaperçue. Cela revient à reprendre l'enquête à la recherche des causes de somnolence ci-dessus évoquées.

12 heures, parfois associées à des heures de sommeil supplémentaires dans la journée, non réparatrices. Une ivresse de sommeil matinale est évocatrice. Le diagnostic est confirmé par des latences courtes au TILE mais surtout par la constatation de temps de sommeil prolongés sur des enregistrements de 24h à 48h. Enfin, il arrive que la pneumologue se trouve confronté à une somnolence résiduelle chez un sujet qui a un authentique SAOS. Une étude multicentrique française de prévalence sur un an de la somnolence résiduelle sous PPC retrouve dans une population de 502 patients observants plus de trois heures par jour une prévalence de 12% de somnolence (6). Dans la moitié des cas, on retrouve une autre cause de somnolence associée au SAOS : dépression, syndrome des jambes sans repos, narcolepsie ou prise de médicaments sédatifs. L'attitude à adopter face à une somnolence persistante sous PPC est double :

1) Vérifier que la PPC est efficace et bien suivie. La vérification de l'efficacité de la PPC peut bien souvent être faite grâce aux logiciels implantés dans les machines. Ils permettent de soupçonner et de corriger les insuffisances de traitement dues à une observance trop limitée ou à des apnées résiduelles trop nombreuses (pression insuffisante, fuites mal corrigées, etc...) Quand ce n'est pas le cas, le recours à la polysomnographie de contrôle sous PPC reste indispensable.

2) Chercher une autre cause de somnolence passée jusque là inaperçue. Cela revient à reprendre l'enquête à la recherche des causes de somnolence ci-dessus évoquées.

Session : Infectiologie

Modérateurs: S.LAKHESSASSI, M. BOUAYAD, Ph.TERRIOUX

Stratégie de lutte anti-tuberculeuse au Maroc, N.BELLKHEL

Stratégie Nationale de Lutte Antituberculeuse 2011-2015 pour objectif :

1. Accélérer la diminution de l'incidence des cas de tuberculose toutes formes, d'au moins 6% par an à partir de 2013
2. d'ici 2015: Réduire de moitié la prévalence de la tuberculose
3. d'ici 2050: éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique (un cas par million d'habitants)

les objectifs opérationnels sont

1. Augmenter le nombre de personnes évaluées pour la tuberculose d'au moins 30% en 2013, 50% en 2014 et 70% en 2015 par rapport à l'année 2011 tout en maintenant un taux de détection des cas de tuberculose à plus de 95% entre 2012-2015
2. Atteindre et maintenir un taux de succès thérapeutique de la tuberculose à frottis positif à au moins 90% à partir de 2012
3. Améliorer les capacités techniques et de gestion de la lutte antituberculeuse dans les 82 provinces appartenant à 16 régions administratives à partir de 2013.

Principaux axes de la stratégie nationale de lutte antituberculeuse

1. Consolider les acquis et améliorer la qualité de la stratégie DOTS
2. Assurer l'accès universel aux services de la LAT pour tous les patients en prenant en compte les populations spéciales
3. Améliorer et coordonner l'implication des autres secteurs sanitaires dans la lutte contre la tuberculose
4. Assurer une prise en charge globale de la tuberculose à travers la structuration et la mise en œuvre d'une réponse communautaire

Session : E Posters

Modérateurs : A. BAHLAOUI, J.L RACINEUX, A. ABDELLAOUI

1 - SYNDROME EMPHYSEME DES SOMMETS ET FIBROSE PULMONAIRE DES BASES COMBINÉS. :A PROPOS D'UNE OBSERVATION

O.Bakouh, L.Herrak, I.Malzi, N.JMILI, H.EL Ouazzani, L.Achachi, M.El Ftouh, M.T.El Fassy Fihry
Service de Pneumologie, Hôpital Ibn Sina Rabat.

2 - SARCOIDOSE PULMONAIRE PSEUDOTUMORALE AVEC LOCALISATION CARDIAQUE DE DÉCOUVERTE FORTUITE : À PROPOS D'UNE OBSERVATION

H. Oualil, L.Herrak, M.Bougoufa, N.Jmili, H.Elouazzani, L.Achachi, M. El Ftouh , M.T. El Fassy Fihry.
Service de Pneumologie, Hôpital IBN SINA, Faculté de Médecine et de Pharmacie

3 - LOCALISATION MÉTASTATIQUE EXCEPTIONNELLE D'UN CARCINOME ÉPIDERMOÏDE BRONCHIQUE : À PROPOS D'UN CAS

H. Slimani, L. Herrak, M. Briche, N. Jmili, H. El Ouazzani, L. Achachi, M. El Ftouh, M.T. El-Fassy-Fihry
Service de Pneumologie, Hôpital Ibn Sina, Rabat , Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Med V Souissi Rabat

4 - DETERMINATIONS THORACIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES (57cas)

F. Mounaji, H.Benjelleoun, N. Zaghba, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca – MAROC

5 - PNEUMOTHORAX CHEZ LA FEMME (A propos de 18 cas)

F. MOUNAJI, H.Benjelloun, N. ZAGHBA, A. BAKHATAR,, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd - Casablanca

6 - Asthme du sujet âgé : à propos de 19 cas

H. Serhane, M. Jabrane, H. Sajjai, N. Ouboulmane, S. Aitbatahar, L. Amro, A. Alaoui-Yazidi
Service de pneumologie, hopital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI, Marrakech
Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad

7 - Evaluation du contrôle de l'asthme selon le questionnaire de l'ACQ-5 et les facteurs influençant le non contrôle

H. Serhane, H. Sajjai, M. Jabrane, N. Ouboulmane, S. Ait batahar, L. Amro, A. Alaoui-Yazidi
Service de pneumologie, hopital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI, Marrakech
Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad

8 - Maladie thrombo-embolique veineuse révélant des cancers thoraciques de types histologiques variables

H. Serhane, G. Hamzaoui, H. Sajjai, M. Maliki, L. amro, A. Alaoui-Yazidi
Service de pneumologie, hopital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI, Marrakech
Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad

9 - Pneumédiastin : Deux étiologies différentes

L.Maliki, H.Sajjai, L.Amro, A.Alaoui Yazidi
Service de pneumologie, hopital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI, Marrakech
Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad

Session : Posters

Modérateurs : A. BAHLAOUI, J.L RACINEUX, A. ABDELAOUI

10 - Tuberculose et cancer : à propos de trois cas

L.Maliki, H.Sajjai, L.Amro, A.Alaoui Yazidi
Service de pneumologie, hôpital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI, Marrakech
Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad

11 - Les thymomes

N. Ouboulmane, L. Amro, A. Alaoui Yazidi
Service de Pneumologie, Hôpital Ibn Nafis,
laboratoire de recherche PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

12 - Profil des pneumopathies infiltratives diffuses chroniques hospitalisées dans un service de pneumologie

A. Alaoui Yazidi, S. Ait Batahar, C. Houari, H. Sajjai, L. Amro, H. Serhane, N. Ouboulmane
Service de pneumologie, hôpital Ibn Nafis, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire PCIM, FMPM, université Cadi Ayyad

13 - Thrombose veineuse profonde sur Tuberculose

L.Amro, S.Ait Batahar, A. Alaoui Yazidi
Service de pneumologie, hôpital Ibn Nafis, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire PCIM, FMPM, université Cadi Ayyad

14 - LES CORPS ÉTRANGERS ENDOBRONCHIQUES CHEZ L'ADULTE

S. MAIOUAK, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, S. HILALI, A. BAKHATAR, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca – MAROC

15 - LE CARCINOME BRONCHOGÉNIQUE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE PROBABLE : À PROPOS DE 61 CAS

S. MAIOUAK, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE, A. BAKHATAR, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca – MAROC

16 - Profil du lavage broncho-alvéolaire dans la sarcoïdose

S. MAIOUAK, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, A. BAKHATAR, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca – MAROC

17 - COMPARAISON DE LA RENTABILITÉ DE LA TDM THORACIQUE AVEC COUPES SUS MÉSOCOLIQUES ET L'ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE DANS LA DÉTECTION DES MÉTASTASES HÉPATIQUES ET SURRÉNALIENNES DU CANCER BRONCHIQUE

S. MAIOUAK, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE, A. BAKHATAR, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca – MA

18 - CARACTÉRISTIQUES DU SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL CHEZ LA FEMME MAROCAINE

N. ZAGHBA, A. ECH-CHERRATE, H. BENJELLOUN, A. BAKHATAR, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires - CHU Ibn Rochd, Casablanca – MAROC

19 - LE SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL DU SUJET ÂGÉ

N. ZAGHBA, A. ECH-CHERRATE, H. BENJELLOUN, A. BAKHATAR, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca – MAROC

20 - L'ASSOCIATION SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL SYNDROME MÉTABOLIQUE

N. ZAGHBA, A. ECH-CHERRATE, H. BENJELLOUN, A. BAKHATAR, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca - MAROC

21 - ANEVRYSMES BILATÉRAUX DE L'ARTÈRE PULMONAIRE REVELANT UNE MALADIE DE BEHÇET : A PROPOS D'UN CAS

S. MORAD, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE, A. BAKHATAR, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

22 - ASTHME ET COMORBIDITES - (À propos de 182 cas)

A. ECH-CHERRATE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, A. BAKHATAR, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca

23 - Profil épidémiologique et clinique de l'asthme chez les sujets âgés

S. Hilali, H. Benjelloun, N. Zaghba, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca, MAROC

24 - EPIDEMIOLOGIE DU CARCINOME BRONCHOGÉNIQUE AU CHU IBN ROCHD DE CASABLANCA

N. Zaghba, I. Rahibi, K. El Fadi, S. Hilali, A. Ech-Cherrate, F. Mounaji, S. Maiouak, H. Bennjelloun, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca

Session : Posters

Modérateurs : A. BAHLAOUI, J.L RACINEUX, A. ABDELAOUI

24 - EPIDEMIOLOGIE DU CARCINOME BRONCHOGENIQUE AU CHU IBN ROCHD DE CASABLANCA

N. Zaghba, I. Rahibi, K. El Fadi, S. Hilali, A. Ech-Cherrate, F. Mounaji, S. Maiouak, H. Bennjelloun, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca

25 – DIFFICULTÉS THÉRAPEUTIQUES CHEZ L'ADOLESCENT ASTHMATIQUE

A. ECH-CHERRATE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, A. BAKHATAR, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca

26 – LES PLEURESIES PURULENTES

A. ECH-CHERRATE, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, A. BAKHATAR, N. YASSINE, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires, CHU Ibn Rochd, Casablanca, MAROC

27 - Les pleurésies tuberculeuses (à propos de 190 cas)

Elatiqi, N.Zaghba, H.Benjelloun, A.Bakhatar, N.Yassine, A.Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires, Hôpital Ibn Rochd - Casablanca – Maroc

28 - PNEUMOMEDIASTIN SPONTANE A propos de 8 cas

S. MORAD, H. Benjelloun, N. Zaghba, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – Hôpital Ibn Rochd, Casablanca – Maroc

29 - LES ATTEINTES CUTANÉES AU COURS DE LA SARCOÏDOSE THORACIQUE

S. Hilali, N. Zaghba, H. Benjelloun, N. Yassine, A. Bakhatar, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca, MAROC

30 - PROFIL CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DES SEQUELLES DE TUBERCULOSE

S. Hilali, N. Zaghba, H. Benjelloun, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca, MAROC

31 – COMPARAISON DE LA RENTABILITÉ DE LA TDM THORACIQUE AVEC COUPES SUS MÉSOCOLIQUES ET L'ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE DANS LA DÉTECTION DES MÉTASTASES HÉPATIQUES ET SURRÉNALIENNES DU CANCER BRONCHIQUE

S. MAIOUAK, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE, A. BAKHATAR, A. BAHLAOUI
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca – MAROC

32 - LES TUMEURS EPITHELIALES THYMIQUES

S. Hilali, H. Benjelloun, N. Zaghba, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca, MAROC

33 - ASSOCIATION SYNCHRONE D'ADENOCARCINOME PRIMITIF BRONCHIQUE ET PROSTATIQUE :A PROPOS D'UN CAS.

H. Naji-Amrani, H.kouismi, L.Herrak, H. Elouazzani, L.Achachi, M. El Ftouh , M.T. El Fassy Fihry.
Service de Pneumologie, Hôpital IBN SINA, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Med V Souissi- Rabat, MAROC.

34 - LYMPHOME MÉDIASINAL PRIMITIF DE TYPE B GRANDES CELLULES DISSÉMINÉ

H.Laarej ; L.Herrak ; M.ftouh ; M.T. El Fassy Fihry
Service de Pneumologie, CHU Ibn Sina, Rabat Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Med V Souissi - Rabat, MAROC

35 - Le kyste hydatique pulmonaire de l'adulte

Sajjai, H, Fikal, S, Serhane, H, Amro, L, Alaoui Yazidi, A
Service de pneumologie, hôpital Ibn Nafis, CHU Mohammed VI, Marrakech- Laboratoire PCIM, FMPM, université Cadi Ayyad

36 - LES PLEURESIES A LIQUIDE CLAIR (A PROPOS DE 201 CAS)

A. Sebbar, N. Zaghba, H. Benjelloun, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca, MAROC



Vous souhaitez un excellent congrès



9^{ème} CONGRÈS
Pathologie Thoracique 28 | 30
Palmeraie Golf Palace Marrakech Avril 2012



les partenaires de la pneumologie



— Secrétariat afmapath/CNPM —

3, Rue Alla EL FASSI, complexe des
HABOUS - 40100 Marrakech - Maroc
Tél : (+212) 522 940 838 Fax : (+212) 522 949 123
Mobile LATIFA : (+212) 670 270 996
Email : afmapath@gmail.com