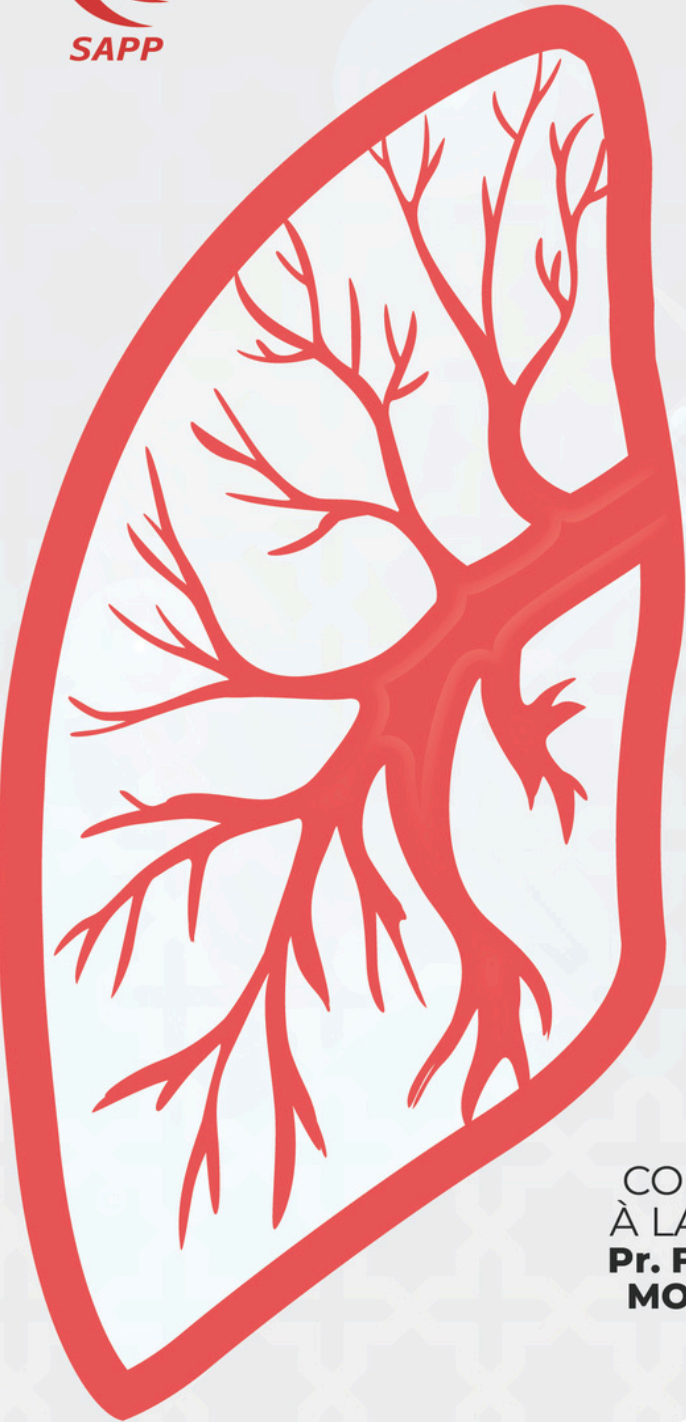




28^{EME} CONGRÈS NATIONAL DE LA **SAPP**
SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

PRÉSIDENT DU CONGRÈS **PR. FOUAD KALLOUFI**



28^e

CONGRÈS
NATIONAL DE
LA SAPP

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE
DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

CONGRÈS DÉDIÉ
À LA MÉMOIRE DU
**Pr. FEU MAKHLOUFI
MOHAMED TAYEB**



LE **16, 17 ET 18** AVRIL **2026**
AU **HOTEL MERCURE** ALGER

“PRISE EN CHARGE **HOLISTIQUE**
DES MALADIES RESPIRATOIRES”

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE
DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DEPUIS **1952**.
SCIENCE, SAVOIR, HISTOIRE



Sommaire

- **Avant-propos**
- **Mot de la présidente**
- **Hommage au Pr Makhloufi Mohamed Tayeb**
- **Résumés des sessions plénières**
- **Programme du chapiteau**
- **Programme des ateliers**
- **Programme des communications libres**
- **E-posters**

Chapiteau

Vendredi 17 Avril 2026

Horaires	Au programme
9h00 - 10h15	Session 1 Inflammation TH2
10h15 - 10h45	Symposium ASTRA
10h45 - 11h10	Pause-café
11h10 - 12h40	Session 2 Comorbidités, prise en charge
12h40 - 13h00	Symposium NOVARTIS
13h00 - 14h00	Déjeuner
14h00 - 14h55	Session 3 Prévention
14h55 - 15h20	Symposium PFIZER
15h20 - 16h15	Session 4 PID
16h15 - 16h45	Symposium BOEHRINGER
16h45 - 18h15	Session 5 Cancer
18h15 - 19h15	Cérémonie inaugurale
19h15 - 19h55	Symposium ASTRA
20h00	Dîner

Samedi 18 AVRIL 2026

Horaires	Au programme
9h00 - 10h30	Session 6 Asthme
10h30 - 11h00	Symposium SANOFI
11h00 - 11h15	Pause-café
11h15 - 12h30	Session 7 Urgences en tuberculose
12h30 - 12h45	Annonce résultats concours
12h45-13h00	Clôture du congrès

Les salles

Horaires	Salle Chrea	Salle Hoggar	Salle Tassili
Jeudi 16 avril 2026			
9h00 - 10h30	Atelier VNI1	Atelier Echo thoracique	Atelier pleuroscopie
10h45 - 12h15	Atelier VNI2	Atelier EFR	Atelier Traitement local plèvre métastatique
13h30 - 15h00	Atelier Réhabilitation 1	Atelier Échocœur	Atelier sommeil
15h45 - 16h15	Atelier Réhabilitation 2	Atelier Lecture du scanner thoracique dans les pneumopathies interstitielles diffuses : approche diagnostique structurée	Atelier sommeil
Vendredi 17 avril 2026			
11h00 - 12h30	E-posters	Communications libres 1 : (asthme-BPCO)	Communications libres 2 : (Infections)
14h00 - 15h30	Concours d'imagerie Thoracique	Communications libres 3 : (Tuberculose)	Communications libres 4 : Autres
15h30 - 17h00	Atelier « La méthode SNAPPS: structurer la supervision pour soutenir et promouvoir le raisonnement clinique des apprenants ».	Communications libres session 5 autres	Atelier Intégrer l'IA dans votre recherche médicale : comprendre les algorithmes, maîtriser les outils, anticiper les enjeux
Samedi 18 avril 2026			
9h00 - 10h30	Atelier : Choix du sujet de thèse		
10h30 - 11h00	Pause-café		
11h00 - 12h30	Ateliers cas cliniques PID		

Mot de la présidente

C'est avec un très grand plaisir que je vous souhaite la bienvenue au **28ème Congrès National de la Société Algérienne de Pneumophtisiologie (S.A.P.P.)**, qui se tiendra **les 16, 17 et 18 avril 2026 à l'Hôtel Mercure Alger**.

Cette nouvelle édition de notre congrès s'inscrit sous un thème d'une importance majeure :
« Pour une prise en charge holistique des maladies respiratoires ».

À travers ce choix, nous avons voulu mettre en lumière la nécessité d'une approche globale, intégrée et humaine des pathologies respiratoires, tenant compte non seulement de la maladie dans sa dimension clinique, mais également du patient dans toute sa complexité : son environnement, ses comorbidités, son vécu, sa qualité de vie, ainsi que les enjeux de prévention, d'éducation thérapeutique, de réhabilitation et d'accompagnement au long cours.

Les maladies respiratoires représentent aujourd'hui un défi majeur de santé publique. Leur prise en charge ne peut plus se limiter à une vision fragmentée ou strictement organique. Elle exige désormais une réflexion multidisciplinaire, ouverte aux progrès scientifiques, aux innovations thérapeutiques, aux apports de la prévention, de la vaccination, de la réadaptation respiratoire, de l'oncologie thoracique, des maladies interstitielles, de l'asthme, de la BPCO, de la tuberculose, ainsi qu'aux interactions étroites entre santé respiratoire, santé cardiovasculaire, environnement et climat.

Ce congrès sera, comme à l'accoutumée, un espace privilégié d'échanges scientifiques, de partage d'expériences et de confrontation constructive des expertises. Il réunira des spécialistes, praticiens, enseignants, chercheurs et jeunes collègues autour d'un programme riche, pensé pour répondre aux préoccupations actuelles de notre discipline et accompagner ses évolutions.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des intervenants, modérateurs, organisateurs, partenaires et participants qui contribuent, par leur engagement, à la réussite de cette rencontre scientifique nationale. Mes remerciements vont également à toutes celles et ceux qui œuvrent, souvent dans l'ombre, pour faire vivre notre société savante et porter haut les ambitions de la pneumologie algérienne.

Je formule le vœu que ce 28ème Congrès National de la S.A.P.P. soit un moment de réflexion féconde, d'enrichissement mutuel et d'élan renouvelé au service d'une médecine respiratoire toujours plus rigoureuse, plus moderne et plus attentive à la personne humaine dans sa globalité.

Je vous souhaite à toutes et à tous un excellent congrès.

Pr Samya Taright-Mahi
Présidente de la S.A.P.P



Hommage au Pr Makhloufi Mohamed Tayeb



Il est des parcours qui ne se racontent pas seulement par des dates, des grades ou des fonctions, mais par l'empreinte morale, scientifique et humaine qu'ils laissent dans la mémoire des générations. Le Professeur Makhloufi Mohamed Tayeb appartient à cette lignée rare de médecins dont la carrière force l'estime, dont le savoir impose le respect, et dont l'engagement honore toute une discipline.

Formé à la grande école de la médecine algérienne, il a accompli sa spécialité auprès du Professeur Chaullet, à la clinique Matiben du CHU Béni Messous, dans ce creuset exigeant où se forment les vocations les plus rigoureuses. Dès cette étape fondatrice, se dessinait déjà la stature d'un homme appelé à servir la médecine avec une fidélité exemplaire, une humilité constante et une exigence intellectuelle de tous les instants.

Après l'obtention de son DEMS, le Professeur Makhloufi entame son parcours universitaire et hospitalier en tant que maître-assistant au CHU de Tizi Ouzou, puis au CHU Lamine Debaghine de Bab El Oued. Il s'y distingue par la solidité de sa formation, la précision de son raisonnement clinique et la noblesse de son rapport aux malades. Car au-delà du médecin savant, il y avait déjà chez lui le médecin profondément humain, celui qui sait que la science n'a de sens que lorsqu'elle se met au service de la souffrance humaine.

Sa thèse de DEMS, soutenue en 2006, consacrée au ganglion tuberculeux, témoigne de son ancrage dans les problématiques majeures de la pneumo-phtisiologie, discipline exigeante, au carrefour de la clinique, de la santé publique et de la vigilance scientifique. Ce choix n'était pas anodin : il révélait déjà chez lui une conscience aiguë des combats médicaux essentiels, notamment dans un pays où les pathologies respiratoires et infectieuses appellent une expertise rigoureuse et un engagement sans relâche.

Lauréat du concours de docteur en 2007, il poursuit une trajectoire remarquable qui le conduit à l'EPH de Rouiba, puis au CHU Mustapha, haut lieu du savoir médical et de la transmission hospitalo-universitaire. En 2011, il accède au grade de professeur, consécration légitime d'un itinéraire bâti sur le mérite, le travail, la discipline et la constance.

Mais un titre, chez certains, n'est qu'un rang. Chez le Professeur Makhloufi, il est devenu une responsabilité. Celle d'enseigner, de guider, d'encadrer, de transmettre. Celle d'élever les standards de la pratique médicale. Celle d'incarner, pour les plus jeunes, un modèle où l'excellence scientifique ne se dissocie jamais de l'éthique professionnelle.

Hommage au Professeur Makhloufi Mohamed Tayeb

Chef d'unité, puis assurant la chefferie de service au CHU Mustapha entre 2015 et 2016, il a exercé ses responsabilités avec ce mélange rare d'autorité sereine, de compétence reconnue et de sens du collectif. Dans ces fonctions lourdes, il n'a pas seulement administré ou dirigé : il a porté une vision de la médecine fondée sur le sérieux, la responsabilité et le respect des malades comme des équipes.

Ses nombreux centres d'intérêt en pneumo-phtisiologie, en particulier dans le domaine de l'oncologie thoracique, illustrent l'étendue de sa curiosité scientifique et la profondeur de son implication dans des champs où le médecin est appelé à conjuguer technicité, lucidité et infinie délicatesse humaine. Car prendre en charge les pathologies thoraciques graves, c'est aussi affronter, chaque jour, la fragilité, l'angoisse, l'incertitude — et y répondre par le savoir, certes, mais aussi par la présence, la dignité et la parole juste.

Le Professeur Makhloufi Mohamed Tayeb n'est pas seulement un enseignant. Il est de ceux qui transmettent davantage que des connaissances : ils transmettent une manière d'être médecin. Une manière de regarder le malade avec humanité. Une manière de servir l'hôpital avec loyauté. Une manière d'habiter la fonction universitaire avec élévation. Une manière de faire honneur à la médecine algérienne.

À travers son parcours, c'est toute une conception noble de notre profession qui se donne à voir : une médecine exigeante mais compatissante, savante mais humble, rigoureuse mais profondément humaine. En lui, des générations d'étudiants, de collègues et de praticiens reconnaissent un homme de science, un pédagogue, un bâtisseur silencieux et un serviteur fidèle de l'intérêt général.

Le Professeur Makhloufi Mohamed Tayeb fut également, depuis toujours, un membre fidèle de la SAPP. Il a pris part à la vie de la société avec constance et conviction, et a siégé au sein de son bureau de 2011 à 2016, où il a occupé la fonction de trésorier. Par cette responsabilité exercée avec rigueur, discrétion et sens du devoir, il a contribué non seulement au rayonnement scientifique de la discipline, mais aussi à la solidité de son organisation institutionnelle. Cet engagement, moins visible peut-être que d'autres titres, n'en demeure pas moins révélateur de sa loyauté, de son esprit de service et de son attachement profond à la vie collective de la pneumo-phtisiologie algérienne.

Rendre hommage au Professeur Makhloufi, c'est saluer une carrière exemplaire. Mais c'est surtout reconnaître une empreinte. Celle d'un homme qui a consacré sa vie à soigner, à enseigner, à organiser, à faire progresser sa spécialité avec constance et dignité. Celle d'un maître qui a su conjuguer savoir, responsabilité et hauteur morale. Celle d'un médecin qui rappelle, par son itinéraire, que la grandeur d'une carrière se mesure autant à la qualité de la science qu'à la noblesse du cœur.

Au nom de la SAPP, avec une profonde admiration et un immense respect, nous adressons au Professeur Makhloufi Mohamed Tayeb un hommage fervent, sincère et reconnaissant.

Pour son œuvre.

Pour son engagement.

Pour son magistère.

Et pour l'exemple précieux qu'il continue d'offrir à tous ceux qui croient encore que la médecine est, avant tout, une école de savoir, de conscience et d'honneur.



Résumés des sessions plénières

De quoi la transposition de l'inflammation Th2 de l'asthme, à la BPCO, est-elle le nom ?

Abdelmadjid SNOUBER

Université Ahmed Benbella Oran, Service de Pneumologie A, CHU d'Oran

L'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont deux maladies complexes fréquentes caractérisées par une obstruction des voies aériennes, entraînant un essoufflement.

Dans les deux cas, on observe une inflammation chronique de la muqueuse respiratoire.

Cependant, l'asthme et la BPCO sont des maladies contrastées, avec des facteurs de risque, des évolutions cliniques, des pathogénies, des réponses au traitement et des comorbidités différents.

L'asthme et la BPCO sont de plus en plus reconnus comme des entités appartenant à un continuum de maladies obstructives hétérogènes des voies respiratoires présentant des phénotypes distincts.

Pour les cliniciens, il est crucial d'identifier les phénotypes afin d'optimiser les traitements et de prédire le risque d'aggravation.

Des progrès ont été réalisés dans l'identification des phénotypes de patients présentant une inflammation de type 2 prédominante, susceptibles de bénéficier de nouvelles biothérapies ciblant des cytokines telles que l'IL-4, l'IL-5 et l'IL-13.3.

Cependant, le caractère imprévisible des exacerbations et l'hétérogénéité des réponses au traitement, notamment chez les patients atteints d'asthme sévère, de BPCO et de formes transitionnelles entre ces affections, constituent toujours un défi clinique majeur.

Immunopathological crosstalk between asthma and coagulation disorders: a unified mechanistic perspective.

CHERIFI Fatah, A.Ladjel-Mendil, N. Saghour, S. Sami-Merah, F.Laraba-Djebari, S.Taright

Faculty of Biological Sciences, USTHB, Algiers, Faculty of Health Science Algiers , CHU-Mustapha, Pneumology Service.

This report explores the multifaceted interactions between the inflammatory response triggered by tuberculosis, asthma and the hemostatic system, shedding light on how chronic immune activation disrupts coagulation and vice-versa.

The study was carried out according to patient admission register (2023-2025).

Asthma and coagulation, though traditionally regarded as distinct pathological entities, share complex immunoinflammatory and molecular mechanisms interconnecting their pathophysiology.

Asthma, a chronic inflammatory airway disease characterized by hyperresponsiveness and remodeling, involves Th2-dominant immune responses and elevated cytokines such as IL-4, IL-5, and IL-13.

In contrast, tuberculosis, caused by *Mycobacterium tuberculosis*, elicits a Th1-driven immune response, primarily mediated by IFN- γ and TNF- α .

The immunological cross-regulation between Th1 and Th2 pathways creates a critical interface where the coexistence or sequential occurrence of asthma and TB alters host defense mechanisms and tissue repair dynamics.

Chronic inflammation in both diseases induces endothelial activation and upregulation of tissue factor, thereby linking pulmonary inflammation to systemic coagulation abnormalities. Moreover, proinflammatory cytokines stimulate the coagulation cascade while concurrently suppressing fibrinolysis, resulting in a hypercoagulable state.

This systemic prothrombotic milieu may contribute to vascular complications observed in severe asthma and active tuberculosis, including pulmonary embolism and disseminated intravascular coagulation.

Corticosteroid therapy, commonly employed in asthma management, can further modulate immune and coagulation pathways, predisposing patients to infections and thrombotic risks.

Therefore, the interplay between asthma, tuberculosis, and coagulation disorders reflects a shared inflammatory-thrombotic axis, where dysregulated immunity, endothelial dysfunction, and aberrant cytokine signaling converge to shape disease progression and clinical outcomes.

Understanding these mechanistic interlinks is crucial for developing integrative therapeutic approaches targeting both immune and hemostatic homeostasis

mots clés

Asthma, Coagulation, Hyper platelet activation, D-dimers, Th1-Th2 cytokines

Petites voies aériennes asthme et BPCO : quelle place dans la prise en charge ?

Ziane Fares

L'atteinte des petites voies aériennes (PVA) a un rôle significatif dans la genèse et l'évolution des maladies obstructives telles que l'asthme bronchique et la BPCO.

Cette atteinte est particulière car elle relève d'une démarche diagnostique et thérapeutique assez spécifique.

A chaque fois qu'il y a une division bronchique, il y a naissance d'une nouvelle génération avec un total de 23 générations.

On parle des PVA à partir de la 8e génération ; c'est une zone appelée "silencieuse" parce qu'il faut une atteinte d'au moins 50% des PVA pour engendrer un retentissement sur la fonction pulmonaire classique.

Le diagnostic de la BPCO est relativement fait tardivement et une fois le déficit ventilatoire obstructif est établi.

Les symptômes sont déjà présents et la fonction pulmonaire est assez altérée d'où tout l'intérêt de faire le diagnostic avant l'installation des symptômes et avant que les effets délétères de l'inflammation locale ne soient réels.

Le diagnostic de l'atteinte des PVA est un excellent moyen pour le diagnostic précoce de la BPCO puisque cette atteinte est présente dans tous les stades la BPCO.

Dans l'asthme bronchique, l'atteinte des PVA est présente chez 55% des patients et cette atteinte est corrélée avec les symptômes, les exacerbations, la qualité de vie et la survie des patients.

Donc, le ciblage et le traitement des petites voies aériennes peuvent modifier la progression de ces pathologies et doivent être pris en considération dans le choix thérapeutique proposé aux patients.

BPCO, anxiété, dépression et cognition : liaisons dangereuses

Dalila BENMESSAOUD,

Université Blida1, Hôpital Psychiatrique Frantz FANON, Blida.

Les patients souffrant d'une BPCO représentent une population à haut risque d'anxiété, de dépression et de troubles cognitifs.

Ces comorbidités augmentent le risque de décompensation, le taux d'hospitalisation et aggravent le pronostic. Elles impactent négativement l'observance du protocole de soins et la qualité de vie de ces patients et de leurs aidants.

Cependant, le dépistage de ces comorbidités n'est pas intégré dans le bilan d'évaluation de la BPCO.

Les mécanismes explicatifs de cette prévalence augmentée semblent être liés à divers facteurs dont le principal est celui de l'inflammation systémique chronique caractéristique de la BPCO.

Les liens intrinsèques entre les dimensions affectives, cognitives et la BPCO sont abordés. Les outils d'évaluation sont présentés avec la proposition de la mise en place d'un nouveau parcours de soins intégrés pour les patients.

Maladies cardiovasculaires et BPCO

Mohamed Tahmi

Cardiologie, Alger

La BPCO et les maladies cardiovasculaires sont fréquemment associées et partagent des facteurs de risque communs tels que le tabagisme, l'âge et l'inflammation systémique.

Les patients porteurs de BPCO ont un risque 2 à 5 fois plus élevé de développer une cardiopathie ischémique, une insuffisance cardiaque et des troubles du rythme.

Cette association des deux pathologies augmente le nombre d'hospitalisations, diminue la qualité de vie et réduit l'espérance de vie.

Les mécanismes physiopathologiques sont communs aux deux affections et s'articulent autour de l'inflammation systémique, le stress oxydatif, l'hypoxie et l'hypertension pulmonaire.

Les exacerbations aiguës de la BPCO sont fortement associées à une augmentation des événements cardiovasculaires.

Les lésions causées par la BPCO entraînent une surcharge de travail du ventricule droit, pouvant conduire à une dilatation des cavités et à un tableau d'insuffisance cardiaque droit.

Sur le plan pronostic, les maladies cardiovasculaires constituent une cause majeure de mortalité chez les patients porteurs de BPCO.

Sur le plan thérapeutique, les bêta-bloquants cardiosélectifs sont sûrs et bénéfiques pour les patients atteints à la fois de BPCO et de cardiopathie.

Il existe par ailleurs, des interactions médicamenteuses ; les bronchodilatateurs à longue durée d'action nécessitent une surveillance étroite des risques cardiaques, notamment lors de l'instauration du traitement.

L'approche thérapeutique s'intègre dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire intégrée, car le traitement d'une affection peut améliorer le pronostic de l'autre.

Hypertension pulmonaire associée aux maladies pulmonaires chroniques

Nassima .DJAMI

Université des Sciences de la Santé Youcef Elkhatib Alger , Service de pneumophtisiologie, CHU Lamine Debaghine Bab El Oued Résumé :

L'hypertension pulmonaire (HTP) des maladies respiratoires chroniques (MRC) est une complication fréquente, sous-diagnostiquée et de mauvais pronostic. Elles sont souvent peu sévères et secondaires à l'hypoxie. Elle fait partie du groupe 3 de la classification des HTP. La BPCO et les PID sont les MRC qui se compliquent le plus souvent d'HTP.

Elles déterminent une HTP de type précapillaire, définie par une pression artérielle pulmonaire moyenne (PAPm) supérieure à 20 mm Hg, une pression artérielle pulmonaire occluse (PAPO) inférieure ou égale à 15 mmHg et des résistances vasculaires pulmonaires (RVP) supérieures ou égales à 2 unités Wood(mmHg/l/min) selon la nouvelle classification de 2022.

Les récentes études épidémiologiques ont démontré l'hétérogénéité de cette population de patients et l'existence d'importantes différences pathogéniques conduisant à la survenue de l'HTP.

Ceci a rendu indispensable le phénotypage de ces patients pour une prise en charge adaptée.

Selon les données d'une méta-analyse de 38 études, la prévalence de l'HTP-BPCO était de 39,2%.

Chez les patients atteints d'une BPCO sévère, jusqu'à 90 % des patients avait une PAPm > 20 mmHg. La prévalence de l'HTP dans les stades GOLD 1 et 2 est beaucoup plus faible (~5 %).

Seul un petit sous-groupe de ces patients (1 à 5 %) présente une augmentation sévère de la PAPm (≥ 35 mmHg).

La présence d'une HTP est associée à une aggravation de la classe fonctionnelle, à une diminution de la tolérance à l'effort, à une augmentation du taux d'exacerbations de la BPCO et des hospitalisations, ainsi qu'à une augmentation des coûts liés à l'utilisation des soins de santé. Elle est fortement associée à la mortalité.

L'HTP dans la BPCO est généralement de gravité légère à modérée et progresse lentement.

Une partie des patients atteints de BPCO développe cependant une HTP sévère, associée à une mortalité plus élevée.

Les nouvelles recommandations ESC/ERS de 2022 recommandent la présence de RVP > 5 WU, "unités Wood" comme définition hémodynamique de l'HTP sévère dans les MPC.

Il a été identifié récemment des phénotypes de patients présentant une BPCO légère avec une HTP sévère, suggérant un « Phénotype vasculaire pulmonaire ».

Un sous-groupe de patients a été également individualisé, avec une HTAP et une BPCO comme comorbidité suggérant cette fois-ci un phénotype de type pulmonaire, « HTAP idiopathique avec phénotype pulmonaire ».

Ces patients présentaient une survie plus faible et une réponse au traitement moins bonne que le phénotype classique de l'HTAP idiopathique.

Les patients présentant une PAPm ≥ 35 mmHg ont tendance à avoir un VEMS plus élevé, une DLCO plus faible et une hypocapnie.

Les patients présentant des PAPm plus élevées ont également tendance à être plus symptomatiques, avec une distance parcourue en 6 minutes plus faible, et ont une mortalité plus élevée par rapport aux patients présentant une vasculopathie plus légère.

Au stade de BPCO très avancée, les patients ont un pronostic plus défavorable que ceux présentant une obstruction sévère des voies aériennes et une HTP non sévère ou ceux présentant une HTP sévère et une obstruction légère à modérée des voies aériennes.

Ceci est dû à la présence d'une vasculopathie pulmonaire plus importante.

La plupart des patients atteints de PID fibrosantes présentent une HTP légère à modérée avec une PAPm comprise entre 21 et 34 mmHg.

Dans une vaste cohorte de patients atteints de FPI inscrits sur la liste d'attente pour une transplantation pulmonaire, environ 20 % et 32 % présentaient respectivement une insuffisance hémodynamique légère et modérée, environ 10 % présentaient une augmentation sévère de la PAPm >35 mmHg.

Le pronostic des patients atteints de PID-HTP est mauvais, avec une survie à 1, 2 et 3 ans de 73,3 %, 51,2 % et 34,1 %, respectivement (registre COMPERA).

Le diagnostic de l'HTP -MPC peut s'avérer difficile du fait de la présence de différents phénotypes.

Lors du 6e symposium mondial de l'HTP, une stratégie diagnostique a été proposée se basant sur l'approche : suspecter/dépister/confirmer/stratifier.

Il est également nécessaire d'éliminer les facteurs de risque concomitants de l'HTA tels que l'infection par le VIH, les maladies auto-immunes, l'hypertension portale ou l'HTP thromboembolique chronique.

Le phénotypage de ces patients peut être particulièrement compliqué et dépend de l'importance de chaque facteur contributif respectif.

Ces patients devront de ce fait être orientés vers des centres spécialisés en HTP. Les EFR constituent un élément essentiel du bilan et de l'évaluation d'un patient HTP-MPC.

Une diminution de la DLCO, est prédictive de la survenue d'une hypertension pulmonaire et est corrélée à une détérioration de la survie.

Le cathétérisme cardiaque droit est essentiel pour le diagnostic et le phénotypage de l'HTP. Il doit être envisagé dans les cas où les résultats impacteront le pronostic et la prise en charge.

Le traitement de l'HTP -MPC repose sur une approche holistique qui aborde la prise en charge de la maladie sous-jacente, les mesures générales et la réhabilitation respiratoire.

La prise en charge des comorbidités fait partie intégrante des soins prodigués aux patients atteints d'HTP-MPC.

Plusieurs études évaluant l'efficacité du traitement spécifique de l'HTAP dans l'HTP-BPCO étaient en défaveur de leur prescription.

Dans l'HTP-PID, une prostacycline par voie inhalée (Tréprostinil) a été approuvée dans cette indication. Les inhibiteurs de la phosphodiesterase- 5 peuvent être envisagés en cas d'HTP sévère associé aux PID, selon les recommandations ERS-ESC 2022.

IL est primordial de savoir évoquer le diagnostic d'HTP chez un patient présentant une MPC, de confirmer ce diagnostic et de l'orienter en cas d'HTP sévère vers un centre expert afin de définir les mécanismes à l'origine de l'HTP.

Le développement d'algorithmes de traitement pour les phénotypes spécifiques de l'HTP-MPC s'avère indispensable.

Risque opératoire et pathologies pulmonaires

Ryadh Mehyaoui, Amel Metali

Anesthésie Réanimation, Université des Sciences de la Santé Youcef Elkhatib Alger

Service d'Anesthésie Réanimation EHS Dr Maouche ex CNMS Alger

Introduction :

Les pathologies pulmonaires constituent un facteur majeur de morbi-mortalité périopératoire. Des pathologies telles que la Bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme ou les maladies restrictives augmentent significativement le risque de complications postopératoires.

Objectif :

Analyser l'impact des maladies pulmonaires sur le risque opératoire et identifier les stratégies d'évaluation et d'optimisation périopératoires.

Méthodes :

Revue des données cliniques et des recommandations récentes concernant l'évaluation préopératoire (clinique, EFR, gaz du sang) et la stratification du risque respiratoire (score ASA, ARISCAT).

Conclusion :

La prévention des complications opératoires chez les patients aux antécédents de pathologies pulmonaires repose sur une évaluation rigoureuse et une stratégie multidisciplinaire. L'optimisation préopératoire et l'adaptation des techniques anesthésiques et ventilatoires sont essentielles pour améliorer le pronostic.

Réentraînement à l'effort et réadaptation respiratoire : vers une approche moderne, intégrée et innovante

Aldjia Abdellaoui

DR, PhD, Directrice IFMK

La réadaptation respiratoire, et en particulier le réentraînement à l'effort, a démontré depuis plusieurs décennies son efficacité chez les patients atteints de BPCO.

Toutefois, les enjeux actuels dépassent désormais la seule prescription d'exercices et interrogent les conditions nécessaires à une vision véritablement moderne, durable et personnalisée de la réadaptation.

Cette présentation propose une mise en perspective des évolutions récentes du réentraînement à l'effort à la lumière des travaux internationaux, qui défendent une approche intégrée, centrée sur le patient, combinant éducation thérapeutique, activité physique adaptée, continuité des soins et empowerment (J Bourbeau).

La réadaptation ne se limite plus à un programme structuré dans le temps, mais s'inscrit dans un parcours de santé à long terme.

Les avancées récentes sur l'atteinte musculaire périphérique dans la BPCO, apportent un éclairage nouveau sur les mécanismes de déconditionnement musculaire, d'intolérance à l'effort et de fatigabilité.

Ces données ouvrent des perspectives concrètes en réadaptation respiratoire, tant sur le choix des modalités d'entraînement que sur les axes de recherche translationnelle.

Enfin, cette plénière abordera la place croissante du numérique en réadaptation respiratoire: télé réadaptation, objets connectés, plateformes de suivi et intelligence artificielle.

L'IA apparaît comme un levier prometteur pour affiner la personnalisation des programmes, améliorer l'adhésion, anticiper les ruptures de parcours et accompagner les maladies chroniques sur le long terme, à condition d'en maîtriser les enjeux éthiques et cliniques.

Cette présentation invite ainsi à repenser le réentraînement à l'effort comme un outil central d'une réadaptation respiratoire moderne, interdisciplinaire, connectée et coconstruite avec le patient.

Assistant Clinique BPCO : Développement et Présentation d'un Outil Web Interactif d'Aide

à la Décision Clinique Fondé sur les Recommandations SAPP 2025 et GOLD 2026
Mohamed Amine HIMEUR, Samya TARIGHT-MAHI, Ahmed Mahi

Laboratoire de Biophysique, Faculté de Médecine Alger, Université Sciences de la Santé La prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) demeure complexe, exigeant l'intégration simultanée de données spirométriques, symptomatologiques, biologiques et cliniques. L'hétérogénéité phénotypique de la maladie ainsi que la multiplicité des algorithmes thérapeutiques constituent un défi majeur pour le clinicien au quotidien.

Objectif: Développer une application Web clinique intégrée, accessible, ergonomique et fondée sur les recommandations les plus récentes, afin d'assister le pneumologue dans l'ensemble du processus décisionnel de la BPCO.

Méthodes: Une application monopage a été conçue et structurée autour de six modules interdépendants : (1) diagnostic spirométrique avec calcul automatisé du rapport VEMS/CVF et classification GOLD ; (2) évaluation clinique multidimensionnelle selon les scores mMRC et CAT, aboutissant à la stratification A-B-E ; (3) phénotypage personnalisé intégrant le profil éosinophilique et les comorbidités ; (4) recommandations thérapeutiques graduées ; (5) assistant interactif de prise en charge des exacerbations selon un algorithme étape-par-étape ; et (6) génération d'un rapport de synthèse clinique complet.

Résultats: L'outil permet une prise en charge intégrée, personnalisée et reproductible, couvrant le diagnostic jusqu'au suivi post-exacerbatoire, avec des recommandations en temps réel adaptées aux caractéristiques individuelles du patient.

Conclusion: Cet assistant clinique représente une innovation pédagogique et pratique à fort potentiel d'implémentation dans les structures de soins, contribuant à l'harmonisation des pratiques pneumologiques en Algérie et à l'amélioration des outcomes patients.

Mots clés

BPCO, Aide à la décision clinique, Application Web, GOLD 2026, SAPP 2025, Exacerbation.

Scénarios climatiques et vulnérabilité sanitaire en Algérie : Une convergence systémique

Pr. Grimes Samir

Directeur du Laboratoire de Recherche Conservation et Valorisation des Ressources Marines École Nationale Supérieure des Sciences de la Mer et de l'Aménagement du Littoral

L'Algérie présente une configuration de risques sanitaires dont la singularité tient à la conjonction mesurable de trois dynamiques structurelles se renforçant mutuellement.

Sur le plan climatique, le pays a enregistré un réchauffement moyen de 0,49 °C par décennie entre 2000 et 2023, excédant la moyenne mondiale de 0,37 °C sur la même période. Les projections du GIEC indiquent que dans un scénario tendanciel (RCP 8,5), la hausse de la température maximale annuelle atteindra entre 3,6 et 5,0 °C d'ici les années 2050, avec une accentuation particulière dans les zones sahariennes. Ce réchauffement s'accompagne d'une dégradation hydrologique documentée : les précipitations ont diminué de 40 % dans l'Ouest du pays, de 30 % au Centre et de 20 % à l'Est depuis 1900, alimentant une désertification progressive qui affaiblit les écosystèmes naturels et érode les défenses sanitaires des populations rurales.

Ces indicateurs thermiques et hydrologiques exercent une influence directe et quantifiable sur la dynamique des vecteurs arthropodes. La leishmaniose, s'étendant progressivement à des régions auparavant non endémiques. Les modèles prédictifs fondés sur les scénarios climatiques projettent un pic d'incidence de la leishmaniose cutanée en Algérie dès 2025, sous l'effet conjugué de la hausse des températures et de l'évolution des régimes de précipitations. À ces dynamiques vectorielles s'ajoutent deux autres facteurs de vulnérabilité : d'une part, les flux migratoires massifs et irréguliers en provenance du Sahel et d'Afrique subsaharienne, qui introduisent des pathogènes endémiques, paludisme résistant, tuberculose multirésistante, méningites à méningocoque W135; d'autre part, la dégradation environnementale chronique par les particules fines PM2,5 et les polluants organiques persistants de type PFAS, qui compromet les défenses immunitaires des populations exposées et accroît leur susceptibilité aux agents infectieux émergents.

Entre 2026 et 2050, ce contexte projette l'Algérie vers un spectre élargi de pathologies climato sensibles. La dengue, le chikungunya et le paludisme, vecteurs confondus, menacent le littoral méditerranéen et les wilayas méridionales, tandis que le registre zoonotique, brucellose, leptospirose, fièvre de la Vallée du Rift, fièvre hémorragique de Crimée-Congo, est amplifiée par les mouvements transfrontaliers de bétail dans un contexte de réchauffement. Le changement climatique représente déjà un coût équivalent à 1,8 % du PIB algérien annuellement, ce qui souligne l'urgence économique, et pas seulement sanitaire, d'une réponse structurée.

Face à cette convergence de risques ancrés dans des indicateurs mesurables et en accélération, la réorganisation des services épidémiologiques s'impose comme priorité absolue. Trois axes sont indissociables : le déploiement de postes de surveillance

sanitaire aux frontières terrestres Sud et Sud-Ouest dotés de capacités de diagnostic moléculaire rapide, la réforme des curricula médicaux pour y intégrer la médecine tropicale, l'épidémiologie des maladies émergentes et la santé environnementale ainsi que le déploiement d'outils diagnostiques de nouvelle génération (séquençage génomique rapide dans les CHU régionaux, panels multiplex, laboratoires mobiles).

Ces mesures ne pourront cependant produire leurs effets qu'insérées dans une coordination interministérielle structurée entre Santé, Environnement, Agriculture, Intérieur et opérant dans le cadre d'un plan national One Health doté d'indicateurs de résultats mesurables et d'un financement pérenne. L'ampleur des indicateurs climatiques disponibles commande que cette réforme soit engagée sans délai.

Le tabagisme en Algérie: entre fardeau épidémiologique et défis de la lutte Antitabac

H. Haouichat ,

Pneumophtisiologie, Alger

En matière de lutte antitabac nous sommes confrontés à un paradoxe qui oppose le savoir et l'action, non seulement dans le grand public mais aussi chez les principaux acteurs concernés par cette lutte : décideurs, système de santé, médecins...

En Algérie, le tabagisme touche selon l'enquête GYTS (2013) 9% des enfants de 13- 15 ans, alors que chez l'adulte une prévalence de 16,5% a été rapportée pour le tabac fumé et 8,5% pour le tabac sans fumée (Enquête STEPS 2016- 2017). Le tabagisme féminin n'est rapporté que dans 0,4% des femmes comparé à une moyenne de 17,4% en Europe.

Ces chiffres sont à confronter avec ceux provenant des données concernant les maladies ayant un lien direct et avéré avec le tabac notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques qui représentent les principales causes de mortalité dans le monde.

Certains pays ont réussi à réduire la mortalité et la prévalence des maladies liées au tabac en réduisant la consommation de tabac, notamment celle de la cigarette qui est la forme de tabac la plus utilisée dans le monde.

Ce succès s'est accéléré dès la mise en œuvre de la Convention de l'OMS pour la lutte antitabac et de la stratégie MPOWER au début des années 2000s.

Il a été montré que six mesures étaient nécessaires pour lutter contre le tabagisme.

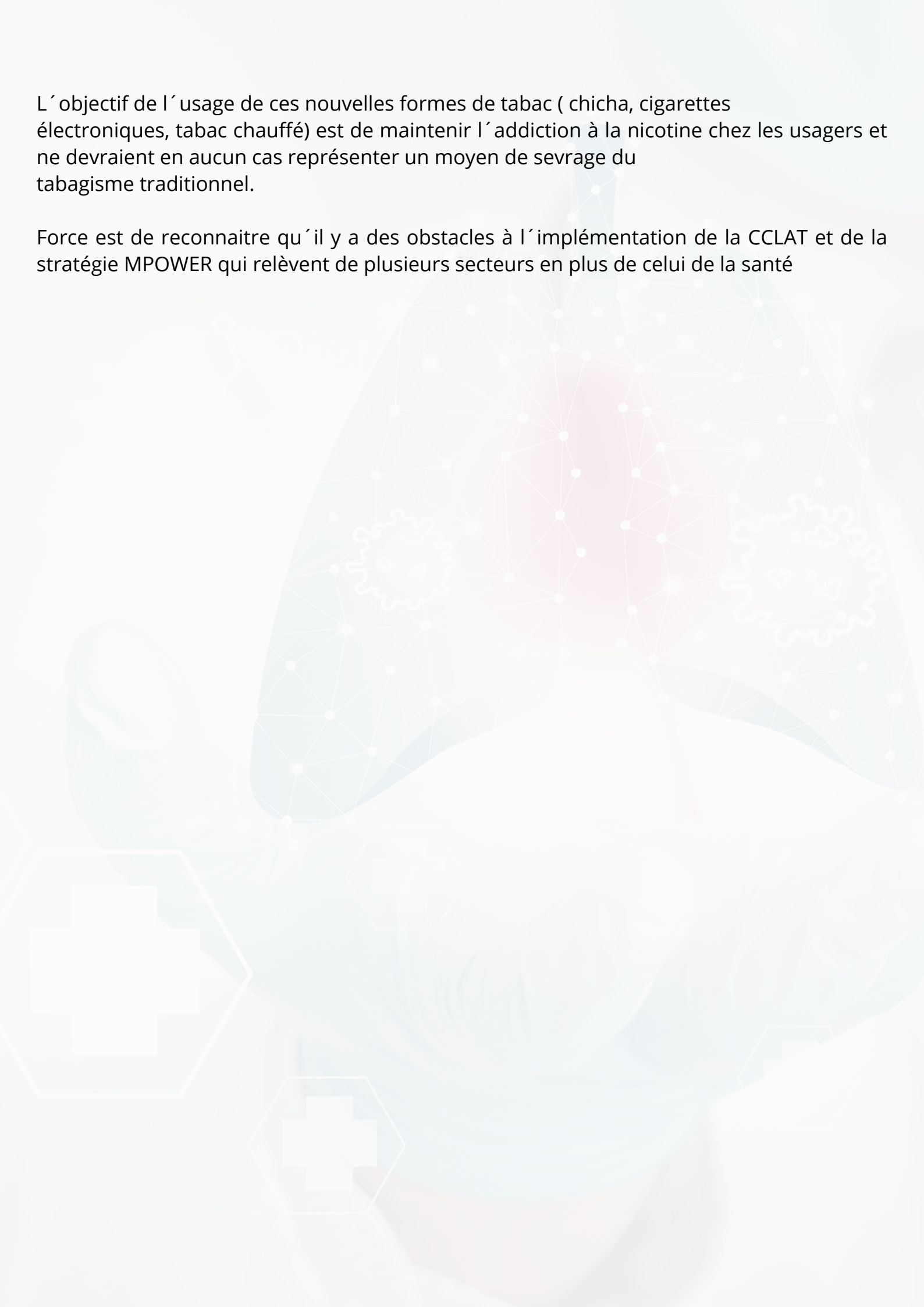
Il s'agit de la protection des non-fumeurs en interdisant de fumer dans les endroits publics, de l'aide au sevrage tabagique, de la mise en garde contre les dangers du tabac, de l'interdiction du parrainage et de la publicité pour les produits du tabac et de l'augmentation du prix du tabac pour le rendre inaccessible en particulier aux plus jeunes.

Ces mesures doivent être accompagnées d'une surveillance de l'épidémie de tabagisme pour évaluer ses tendances et l'efficacité des mesures qui ont été mises en place.

Mais ces dernières ne devraient pas se limiter à la cigarette ; elles devraient couvrir toutes les formes de tabac que l'industrie du tabac à inventer pour protéger ses intérêts financiers.

L'objectif de l'usage de ces nouvelles formes de tabac (chicha, cigarettes électroniques, tabac chauffé) est de maintenir l'addiction à la nicotine chez les usagers et ne devraient en aucun cas représenter un moyen de sevrage du tabagisme traditionnel.

Force est de reconnaître qu'il y a des obstacles à l'implémentation de la CCLAT et de la stratégie MPOWER qui relèvent de plusieurs secteurs en plus de celui de la santé



Vaccinations et maladies respiratoires chroniques, quels vaccins ? Comment surmonter l'hésitation vaccinale.

M. Bouhadda, A. Snouber

Université Ahmed Benbella ,Service de pneumologie A, CHU Oran

La vaccination est un élément essentiel des soins de santé primaires, notamment au cours des maladies respiratoires chroniques où les patients sont souvent susceptibles de développer des infections invasives voire mortelles. Chez cette population, la prévention par vaccination est incontournable. Les recommandations, actuellement en vigueur, préconisent

une vaccination systématique, tout en publiant chaque année une actualisation afin de correspondre aux souches circulantes. Cependant, malgré tous les progrès, la couverture vaccinale continue à poser problème.

Mots clés : vaccin, maladies respiratoires chroniques, recommandations internationales, couverture vaccinale.



Session pneumopathies interstitielles diffuses

PID en pratique clinique : que nous apporte, et que nous impose , la physiopathologie pour décider de l'imagerie, de la DMD et des antifibrosants ?

Pr Samya Taright-Mahi

Université des Sciences de la Santé Youcef Elkhatib Alger Service de pneumophtisiologie ,
CHU Mustapha Alger

Les pneumopathies interstitielles diffuses (PID) constituent un groupe hétérogène de maladies dont la compréhension physiopathologique a profondément transformé la prise en charge clinique, depuis le choix de l'imagerie jusqu'à l'indication d'une discussion multidisciplinaire (DMD) et des antifibrosants.

Le basculement d'un modèle essentiellement inflammatoire vers un modèle fibroprolifératif épithélio-centré, particulièrement dans la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) et les fibroses pulmonaires progressives (FPP), a conduit à hiérarchiser le rôle de la TDM haute résolution (TDM-HR), de la DMD et à repositionner les immunosuppresseurs au profit des antifibrosants.

Cependant, la complexité et la redondance des voies physiopathologiques limitent encore la médecine de précision, imposant une approche pragmatique fondée sur les «phénotypes progressifs» et, plus récemment, sur le concept de trait ciblable (traitable trait).

Nous discuterons les conséquences de la physiopathologie des PID sur le diagnostic (imagerie, DMD), les décisions thérapeutiques (immunomodulation vs antifibrosants), les impasses actuelles et les pistes pour une meilleure intégration de la physiopathologie en pratique clinique

Nouvelle classification des PID : quels changements en 2026 ?

M.LEMDANI, L. LACHEHAB, D .MEKIDECHE

Université des Sciences de la Santé Youcef Elkhatib Alger Service de pneumo-allergologie ,
CHU Béni-messous

Introduction :

Les pneumopathies interstitielles diffuses (PID) constituent un groupe hétérogène de maladies pulmonaires chroniques, dont la complexité diagnostique nécessite une approche multidisciplinaire. La classification internationale de référence a récemment été révisée par les sociétés savantes afin d'intégrer les avancées cliniques, radiologiques et histopathologiques.

Objectif :

Présenter les principales modifications introduites par la nouvelle classification des PID publiée en 2025 et appliquée en pratique clinique en 2026, sous l'égide de l'American Thoracic Society et de l'European Respiratory Society.

Méthodes :

Analyse synthétique du consensus international basé sur une revue actualisée de la littérature et l'expertise multidisciplinaire (pneumologues, radiologues, anatomopathologistes).

Résultats :

La nouvelle classification élargit le spectre des PID en intégrant les formes idiopathiques et secondaires dans une approche globale. Elle introduit de nouveaux patterns histo-radiologiques, une terminologie révisée mieux corrélée à la physiopathologie, et une distinction structurante entre PID fibrosantes et non fibrosantes. L'évaluation du degré de confiance diagnostique devient un élément central de la prise en charge.

Conclusion :

Cette révision marque une évolution majeure vers une classification plus pragmatique et multidimensionnelle, facilitant le diagnostic précoce, l'orientation thérapeutique et l'harmonisation des pratiques cliniques.

Comorbidities in interstitial lung diseases

A.Lounici

Internal Medicine Department. Laboratory of Research On Diabetes, University of Tlemcen, Algeria.

Interstitial lung diseases (ILD) management has advanced (antifibrotics, immunosuppression), but trial patients often exclude those with significant comorbidities. In real-world practice, optimal outcomes depend as much on managing comorbidities as on ILD-specific therapies. The number of comorbidities directly correlates with reduced survival. Early detection and accurate management of comorbidities can significantly reduce morbidity and mortality.

The most common comorbidities in ILD, including acute and chronic infection, gastro-oesophageal reflux, pulmonary hypertension, lung cancer, cardiovascular diseases, and obstructive sleep apnoea.

Comorbidities can pre-exist or develop at any time during the course of the disease and, if unidentified and untreated, may impair quality of life, impact upon the respiratory status of the patients, and ultimately lead to disease progression and death. Therefore, early identification and accurate treatment of comorbidities is essential.

The number of comorbidities diagnosed in an individual patient has a significant impact on survival. In this review, we describe the most common comorbidities in ILDs with particular reference to key issues regarding diagnosis and management.

Les enjeux actuels du dépistage organisé du cancer du poumon

Christos Chouaid ,

CHI Créteil, Université Paris 12, Inserm Le cancer du poumon est, dans de nombreux pays, la première cause de mortalité par cancer.

La majorité des cancers du poumon sont détectés à un stade avancé, ce qui diminue fortement les chances de traitement efficace .Les grands essais internationaux (NLST, NELSON) ont montré qu'un dépistage par scanner thoracique à faible dose (LDCT) peut réduire la mortalité spécifique de 20-25 %, surtout chez les fumeurs et ex-fumeurs à risque. Au-delà des essais, la mise en place d'un programme national organisé, comparable à ce qui peut exister pour le sein ou le cancer colo-rectal pose de nombreuses difficultés.

Il s'agit d'abord d'identifier la population cible qui doit être invitée à ce dépistage, c'est à dire les sujets de 50-74 ans, ayant fumé au moins ≥ 20 paquets-années, fumeur actif ou sevré depuis moins de 15 ans, d'accompagner ce dépistage d'une action volontariste et organisé pour aider les fumeurs actifs à arrêter de fumer, d'être capable d'identifier et de prévenir les autres pathologies liées au tabac qui peuvent être identifiées dans le cadre du scanner de dépistage, en particulier les maladies cardio-vasculaires (calcifications artérielles coronariennes) et BPCO (emphysème).

La lecture des scanners nécessite une formation spécifique, une relecture et parfois des discussions multidisciplinaires, pour diminuer les faux positifs et limiter les actes invasifs.

Les enjeux sont aussi organisationnels. Le tabac est un marqueur de précarité social et il convient de mettre en œuvre des actions permettant de toucher des publics parfois loin des structures de soins

Ce dépistage nécessite une organisation des parcours de soins : coordination nécessaire entre médecins généralistes, radiologues, pneumologues et tabacologues pour assurer le suivi approprié., une information des professionnels de santé sur les bénéfices du dépistage du poumon et des outils d'aide à la décision et de supports éducatifs pour les patients.

Apports et les limites du PET scan au FDG dans l'exploration d'une masse pulmonaire isolée. Problématiques dans la pratique clinique.

MS BOUROUBA

Médecine Nucléaire et imagerie métabolique Clinique Fatema AlAzhar Dely Ibrahim Alger.

La découverte d'une masse pulmonaire unique représente un défi diagnostique majeur. La tomographie par émission de positons (TEP) au fluorodésoxyglucose (FDG) est devenue un outil incontournable pour distinguer les lésions bénignes des lésions malignes et orienter la prise en charge.

Objectif :

Évaluer les apports et les limites du PET scan au FDG dans l'exploration d'une masse pulmonaire isolée, en mettant en évidence les problématiques rencontrées dans la pratique clinique.

Méthodes :

Analyse des données issues de la littérature et de nos séries portant sur l'utilisation du FDG-PET dans le diagnostic des nodules et masses pulmonaires. Les critères de fixation, les valeurs seuils de SUVmax ont été examinés.

Résultats :

Le FDG-PET présente une sensibilité élevée (>90 %) pour la détection des lésions malignes.

La spécificité est plus variable, en raison de faux positifs liés aux processus inflammatoires ou infectieux (tuberculose, sarcoïdose).

La taille de la lésion et le contexte clinique influencent la performance diagnostique. Le PET scan contribue également à l'évaluation de l'extension loco-régionale et à la recherche de métastases, impactant directement la stratégie thérapeutique.

Discussion :

Les principales problématiques incluent :

La difficulté de différencier certaines lésions inflammatoires des cancers bronchiques.

La variabilité des seuils de SUV selon les centres et les protocoles.

La nécessité d'intégrer les résultats du PET scan dans une approche multimodale (imagerie morphologique, histologie, contexte clinique).

Conclusion :

Le PET scan au FDG est un examen de référence dans l'évaluation d'une masse pulmonaire unique. Il améliore la précision diagnostique et guide la prise en charge, mais ses limites imposent une interprétation prudente et intégrée, pour en affiner les critères de lecture et réduire les faux positifs.

La place centrale du pathologiste dans le cancer du poumon

A.Bachir, H.Boumaraf, N.Chaher

Université des Sciences de la Santé Youcef Elkhatib, Service d'anatomie et cytologie pathologique, EHS Zmirli Alger

Le pathologiste occupe aujourd'hui une place véritablement centrale dans le cancer du poumon, de la première biopsie jusqu'au choix des traitements systémiques et à l'évaluation des réponses.

Rôle diagnostique de base

Le pathologiste confirme la nature maligne, distingue tumeur primitive et métastase, et sépare le carcinome à petites cellules / non à petites cellules, puis surtout carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome neuroendocrine, etc., souvent sur de très petits prélèvements biopsiques ou cytologiques. Ce typage conditionne déjà les options de chirurgie, de chimiothérapie et certaines contreindications thérapeutiques.

Pivot de la médecine de précision

Avec l'essor des thérapies ciblées et de l'immunothérapie, le pathologiste gère la «ressource tissulaire » et organise les tests de biomarqueurs : EGFR, ALK, ROS1, BRAF, MET, RET, ERBB2, KRAS, PDL1, voire charge mutationnelle tumorale (TMB) et panels NGS larges.

Il décide quels blocs ou lames utiliser, évalue cellularité tumorale et nécrose, choisit les techniques (IHC, FISH, PCR, NGS) et déclenche de plus en plus en « reflex » un panel de tests dès le diagnostic pour ne pas retarder le traitement. Une gestion inadéquate du circuit échantillontests peut conduire à des biomarqueurs manquants ou faux négatifs, avec choix thérapeutique inadapté.

Acteur des décisions thérapeutiques

Le pathologiste est un membre clé des RCP et des molecular tumor boards, où il intègre morphologie, stade, profil moléculaire et marqueurs prédictifs pour orienter les thérapies ciblées, immunothérapies, essais cliniques, en situation métastatique mais aussi en néoadjuvant/adjuvant. Il doit maîtriser les lignes directrices internationales et les exigences des protocoles pour garantir des délais compatibles avec le début du traitement.

Recherche et nouveaux biomarqueurs

Enfin, les pathologistes participent au développement et à la validation de nouveaux biomarqueurs, en particulier en immunooncologie (amélioration de PDL1, combinaisons avec signatures moléculaires, TMB, analyses du microenvironnement tumoral). Leur expertise en qualité préanalytique, validation des tests et assurance qualité est indispensable pour que ces marqueurs soient fiables et reproductibles en routine.

Conclusion

Le pathologiste est un acteur clé dans la prise en charge des cancers pulmonaires. Son expertise diagnostique et moléculaire guide les décisions thérapeutiques et permet une médecine personnalisée. À l'ère des thérapies ciblées et de l'immunothérapie, son rôle est central et indispensable.



Défis et succès du debulking bronchoscopique : à propos de 85 cas

S.Guediri,

Pneumologue Libéral Alger

L'obstruction des voies aériennes liée aux tumeurs constitue une cause majeure de morbidité respiratoire chez les patients atteints de cancers thoraciques avancés. La bronchoscopie interventionnelle permet une restauration rapide de la perméabilité des voies aériennes ; cependant, la complexité des procédures et le risque de complications dépendent des caractéristiques tumorales, de l'état du patient et des facteurs techniques.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les résultats du debulking endoscopique et d'analyser les difficultés procédurales à l'aide d'un modèle prédictif structuré



Rémission de l'asthme : définitions, critères et implications pratiques

Yacine Djeghri

Pr, Pneumophtisiologie , Constaantine Service de Pneumologie, Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine Au cours des dernières années, la prise en charge de l'asthme a évolué vers des objectifs plus ambitieux, dépassant le simple contrôle des symptômes pour intégrer la notion émergente de rémission. Ce concept suscite un intérêt croissant en pratique

clinique comme en recherche. Dans ce contexte, l'objectif de ce travail est de proposer une synthèse actualisée des définitions, des critères et des implications pratiques de la rémission de l'asthme, à partir d'une analyse critique des données de la littérature, incluant les consensus internationaux et les avis d'experts.

Dans un premier temps, nous revenons sur les fondements ayant conduit à l'émergence de ce concept, en mettant en perspective ses différences avec les notions de contrôle et de guérison. Nous présentons ensuite les principales définitions proposées, en particulier la rémission clinique, la rémission clinique partielle et la rémission complète, ainsi que leurs critères d'évaluation respectifs.

Par ailleurs, l'évaluation de la rémission repose sur une approche multidimensionnelle intégrant le contrôle symptomatique, l'absence d'exacerbations, la fonction respiratoire et les marqueurs d'inflammation bronchique. Les outils disponibles pour chacune de ces dimensions sont analysés, ainsi que leurs limites en pratique courante.

Les implications thérapeutiques de la rémission sont également abordées, notamment la question de l'adaptation et de la désescalade du traitement chez les patients en rémission prolongée.

Enfin, nous identifions les principaux facteurs limitant l'accès à la rémission

la transition des adolescents asthmatiques: étape à risque de perte de contrôle

A.Manaa, Rekaibi B , Kara L, Bioud B.

Faculté de médecine , université Ferhat Abbès, Sétif 1

Vue la disparité des différentes trajectoires évolutives de la maladie asthmatique, la transition demeure un trait d'union indispensable dans le parcours de soins afin d'éviter l'abandon du suivi des adolescents asthmatiques car en effet l'adolescence constitue une étape de vulnérabilité pour la maladie.

Méthode:

L'étude était transversale, descriptive, concernant 568 jeunes asthmatiques, réalisée à la ville de Sétif.

Résultats:

Le taux de participation était 97,43%, l'âge des patients était entre 14 et 20 ans, d'âge médian était 17,13% dont 43,3% sont de sexe masculin et 56,7% de sexe féminin.

Nous avons trouvé 60,4% de patients suivis par les pneumologues en consultation libérale, 15,5% suivis en consultation publique et 35,3% ont abandonné leurs suivis avec 10% de patient consultant au besoin, l'autonomie dans la prise en charge thérapeutique était constatée chez 32,6%.

Des facteurs de risque d'abandon du suivi de la maladie ont été étudiés tel que: les revenus et la situation sociale des parents, l'accès aux structures de soins, la présence d'autre comorbidité.

Conclusion

En Algérie, l'absence des structures dédiées à des consultations de transition de soins pour les malades asthmatiques expose au risque de rupture du suivi médical et à une mauvaise adhérence thérapeutique, encore plus lorsqu'il s'agit d'un asthme bien contrôlé faisant croire à une rémission de la maladie asthmatique et par conséquent une aggravation de la maladie.

Mots clés : Transition, asthme, contrôle , adolescent

Asthme et statut hormonal chez la femme

Samia Aissani, Farid Chiba.

Université des Sciences de la Santé Youcef Elkhatib Alger. Service de pneumologie. HCA

Résumé : L'asthme chez la femme ne ressemble à celui de l'homme. Ceci est lié probablement à la différence de l'appareil respiratoire entre les deux sexes, à l'environnement particulier de la femme mais aussi aux variations hormonales que subit la femme au cours de la vie génitale. Ces fluctuations hormonales peuvent influencer l'asthme au cours de la puberté et du cycle menstruel, pendant la grossesse et même lors de la ménopause.

La puberté précoce souvent retrouvée chez l'obèse est un facteur de survenue de l'asthme et même de sa persistance après l'âge adulte.

A l'âge adulte, on peut distinguer plusieurs phénotypes de l'asthme:

- Asthme prémenstruel estimé à 41% en Algérie. Ce qui le caractérise, c'est la période de survenue des symptômes au cours du cycle menstruel, leur durée et leur périodicité.
- Asthme et grossesse: Le plus souvent, la grossesse se déroule sans problème. Les exacerbations et le mauvais contrôle de l'asthme observés chez certaines femmes sont associés à des complications materno-foetale parfois graves.
- Asthme et ménopause: deux tableaux cliniques sont possibles : l'asthme vieilli et persistant après la ménopause et l'asthme tardif survenant autour ou après la ménopause.

Les hormones influencent tous les phénotypes de l'asthme. cette hypothèse hormonale est renforcée par l'existence de récepteurs des œstrogènes et de la progestérone au niveau de l'épithélium bronchique et le muscle lisse bronchique et par l'action qu'exercent ces hormones sexuelles sur l'appareil respiratoire en réduisant l'inflammation et en favorisant la bronchodilatation. Lorsque les taux sont bas en pré-menstruation et au cours de la ménopause ou trop élevé en cas de grossesse, on assiste à un effet contraire, favorisant l'apparition ou l'aggravation de l'asthme. Les effets des hormones de substitution et la contraception orale sont sujet de controverses entre l'amélioration et l'aggravation de l'asthme. Par ailleurs, une susceptibilité individuelle n'est pas à écarter.

Asthme du sujet âgé : particularités diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques

Rachida Yahiaoui

Université des Sciences de la Santé Youcef Elkhatib Alger service de pneumo-allergologie ,CHU Béni-messous

L'asthme du sujet âgé constitue une entité clinique fréquente chez les personnes de 65 ans et plus, elle touche 6 à 7 % des patients de cette tranche d'âge, son impact est plus significatif chez cette catégorie de patients que chez les plus jeunes, notamment en termes de mortalité, d'hospitalisation, de coûts médicaux et de qualité de vie.

En effet, elle représente un enjeu majeur de santé publique.

C'est une pathologie sous diagnostiquée et souvent confondue avec la bronchopathie chronique obstructive (BPCO).

Les modifications physiologiques liées à l'âge, la présence de comorbidités, la polymédication et les interactions médicamenteuses rendent sa prise en charge complexe. L'objectif de cette présentation est de décrire les particularités cliniques, fonctionnelles, d'identifier les principaux pièges diagnostiques et discuter les spécificités de la prise en charge thérapeutiques afin de réduire la morbi-mortalité

Prise en charge du Pneumothorax en Algérie. Enquête SAPP

R.Abdellaziz 1 ,D.Mekideche 2 A.Ketfi 3 ,S.Souilah 4 , R.Djebaili 5 ,S.Taright 1

1. Service pneumophtisiologie au CHU Mustapha.
2. Service de pneumo-allergologie, CHU Béni-messous
3. Service pneumologie , EPH de Rouïba
4. Service de pneumophtisiologie CHU BEO
5. Service de pneumophtisiologie CHU Batna

Introduction :

Le pneumothorax est une entité pathologique définie par l'accumulation anormale d'air dans l'espace pleural, secondaire à une solution de continuité de la plèvre viscérale et/ou pariétale, entraînant une abolition de la pression négative intrapleurale, avec pour conséquence un collapsus pulmonaire partiel ou complet et une altération des propriétés mécaniques et des échanges gazeux du poumon.

Matériel et méthode :

C'est une étude multicentrique rétrospective, menée entre 2023 et 2025 dans plusieurs centres hospitaliers algériens (les CHU Mustapha, Béni-Messous, Batna, BEO et EPH Rouïba), ayant inclus 376 patients âgés de ≥ 16 ans pris en charge pour pneumothorax. L'objectif principal était d'évaluer les pratiques diagnostiques et la prise en charge thérapeutique dans le contexte national.

Caractéristiques de la population et facteurs de risque

L'analyse des données montre une prédominance masculine nette (84,40%), classiquement rapportée dans le pneumothorax spontané. Le profil des patients est dominé par des sujets jeunes, avec un morphotype longiligne fréquemment associé. Le tabagisme apparaît comme un facteur de risque majeur, avec une proportion élevée de patients fumeurs (53,2%), ce qui confirme son rôle central dans la physiopathologie et surtout dans la récurrence du pneumothorax.

Les circonstances de survenue sont majoritairement spontanées (89,6%), avec une faible proportion de causes traumatiques ou secondaires. Une certaine variabilité saisonnière en hiver et en printemps est retrouvée, possiblement liée aux variations de pression atmosphérique ou aux infections respiratoires.

Les caractéristiques cliniques et radiologiques :

Sur le plan clinique, les patients présentent principalement des douleurs thoraciques (93,2%) brutales et une dyspnée aiguë (72,5%), avec parfois des signes généraux modérés.

L'imagerie thoracique (radiographie ± TDM) a permis de confirmer le diagnostic, de préciser le type de pneumothorax (primitif vs secondaire), le côté atteint avec une prédominance sur hémithorax droit (60%) et l'importance du décollement pleural.

Les comorbidités associées concernent surtout les pathologies respiratoires chroniques, notamment dans les pneumothorax secondaires (tuberculose, asthme, BPCO, pneumopathie interstitielle diffuse, dilatation des bronches).

La prise en charge thérapeutique

L'analyse de la stratégie thérapeutique montre clairement qu'elle est dominée par le drainage thoracique (72%) qui constitue le traitement de référence dans la majorité des cas.

Les autres options thérapeutiques (repos, exsufflation, traitement conservateur) sont utilisées dans des situations sélectionnées, probablement pour les pneumothorax de faible abondance.

Une minorité de patients ont bénéficié de traitements complémentaires (chirurgie), essentiellement dans les formes récidivantes ou compliquées.

Complications et évolution

Les complications rapportées restent globalement peu fréquentes, confirmant la sécurité des pratiques actuelles. Elles incluent principalement les infections liées au drainage, les récurrences précoces, les fuites aériennes prolongées.

L'évolution sous traitement est globalement favorable dans la majorité des cas, avec une bonne réexpansion pulmonaire.

Devenir et pronostic

Le pronostic des patients pris en charge est jugé globalement bon, comme illustré par les taux élevés de guérison. Toutefois, il y a un risque non négligeable de récurrence.

Conclusion

La prise en charge du pneumothorax en Algérie repose sur une approche graduée et individualisée, dominée par le drainage thoracique avec de bons résultats évolutifs.

Cependant, la prévention des récurrences, notamment par la lutte contre le tabagisme, constitue un enjeu majeur de santé publique.

Prise en charge de l'hémoptyisie au service de pneumologie de l'HCA : de la théorie à la pratique

F. Chiba 1 , K.Belache 1

Université Sciences de la Santé Youcef Elkhatib .Service de Pneumologie. Hôpital Central de l'Armée, Alger, Algérie

L'hémoptyisie constitue une urgence respiratoire potentiellement létale, dont le pronostic dépend de la rapidité de l'évaluation étiologique et de la mise en route d'une prise en charge thérapeutique adaptée.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant 42 patients hospitalisés pour hémoptyisie entre 2020 et 2026 au niveau de service de pneumologie de l'HCA. Les caractéristiques cliniques, gravité (abondance ; retentissement) ; étiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 38 ans. Les hémoptyisies étaient de petite abondance dans 60 % des cas, de moyenne abondance dans 38 %, et de grande abondance dans 2 %. La tuberculose pulmonaire représentait la principale étiologie (33 %), suivie des dilatations des bronches (14 %), de l'aspergillose pulmonaire (6 %), des cancers bronchopulmonaires (3 %) et des formes idiopathiques (5 %). Sur le plan thérapeutique, 60 % des patients ont reçu un traitement hémostatique mineur (étamsylate et/ou acide tranexamique), 21 % un hémostatique majeur (terlipressine). Une embolisation des artères bronchiques a été réalisée chez 12 % des patients, tandis que 7 % ont nécessité un recours chirurgical. L'évolution était favorable dans la majorité des cas ; néanmoins deux décès sont survenus dans un contexte d'hémoptyisie sévère.

Conclusion

Dans notre série, la tuberculose demeure la principale cause d'hémoptyisie, contrastant avec les données des pays occidentaux. Une prise en charge précoce et structurée, intégrant rapidement les thérapeutiques hémostatiques majeures et les techniques radiologiques interventionnelles, est déterminante pour améliorer le pronostic.

Intérêt thérapeutique de la chirurgie dans la tuberculose ganglionnaire cervicale.

R. Hamzaoui , L. Serour- S. Achour- M. Aichaoui- WY. Mohamed Cherif- S. Sebtl- K. Salhi .

Service d'ORL hôpital Central de l'Armée (HCA)

Introduction

La tuberculose ganglionnaire cervicale représente la forme extrapulmonaire la plus fréquente de la tuberculose, particulièrement dans les pays endémiques. Son traitement est essentiellement médical basé sur une polychimiothérapie antituberculeuse bien codifiée. Cependant, la chirurgie, longtemps considérée comme secondaire, retrouve aujourd'hui une place importante dans cette pathologie. Elle peut être à visée diagnostique, thérapeutique ou esthétique. Cependant, son intérêt reste discuté dans la littérature. L'évaluation de son apport dans la stratégie globale du traitement est donc essentielle.

Objectifs

- Étudier son rôle thérapeutique en association avec le traitement médical.
- Apprécier les résultats cliniques et évolutifs après la prise en charge chirurgicale.

Matériels et Méthodes

Notre travail a intéressé 244 patients traités et suivis durant 5 ans (2014-2019), colligés au niveau de l'hôpital militaire universitaire d'Oran et au niveau de quatre SCTMR (ville d'Oran). Il comporte deux types d'étude :

- Une étude descriptive prospective avec inclusion d'une cohorte d'anciens cas (données rétrospectives).
- Une étude analytique évaluative montrant les avantages de la chirurgie associée par rapport au traitement médical seul.

Résultats

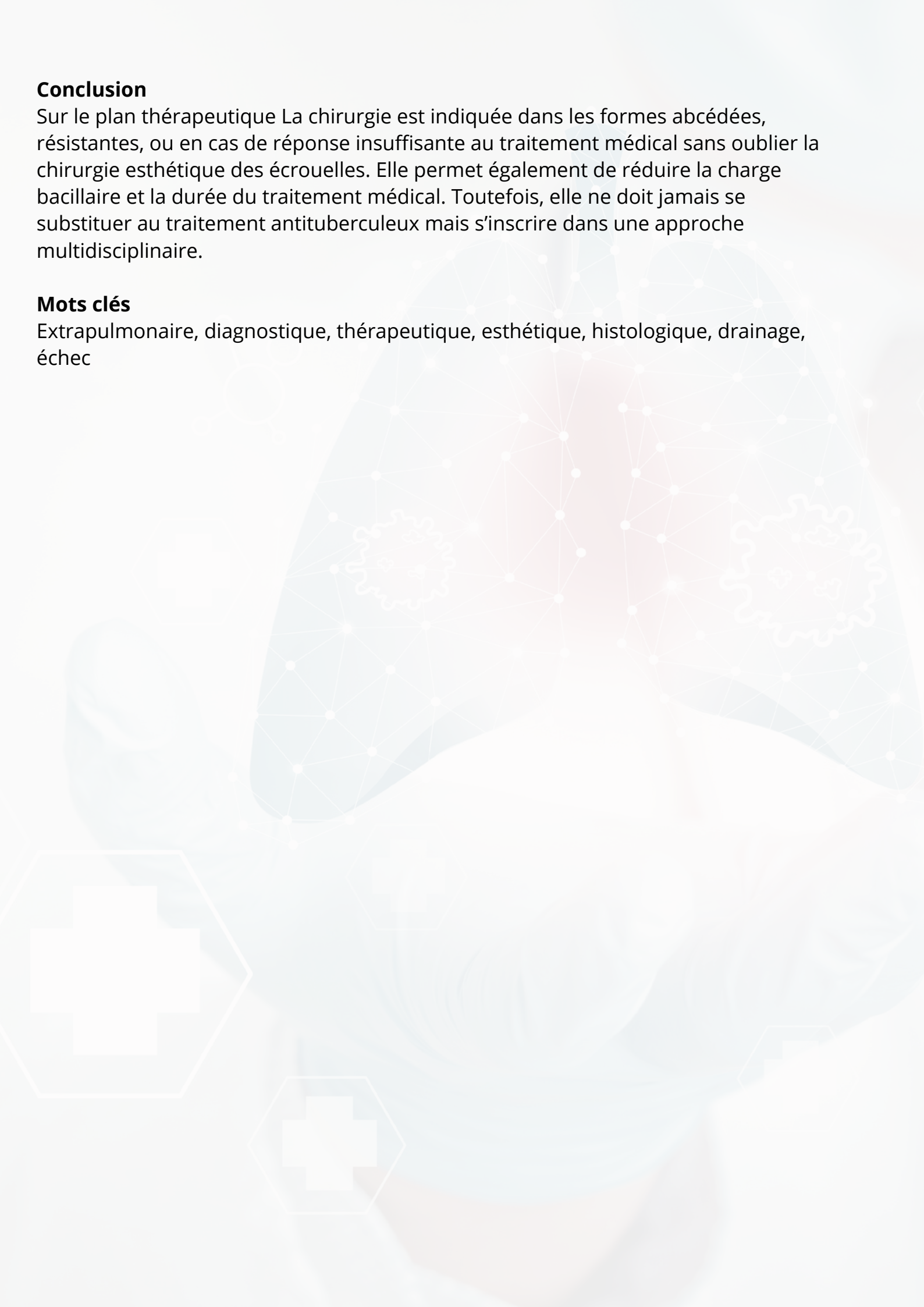
54,5% de la population d'étude sont de sexe féminin. L'âge de nos patients varie entre 1 et 78 ans avec une moyenne d'âge de $31,51 \pm 0,97$. La notion de contag tuberculeux est retrouvée dans 27,9% des cas. Un délai de consultation inférieur à 3 mois chez 60,7% des patients. Dans notre population le siège jugulo-carotidien supérieur est prédominant chez 76,2% des patients. La chirurgie initiale dans un but diagnostique est pratiquée chez 31,1% des cas et a permis de confirmer le diagnostic dans 92,1% après un examen histologique en objectivant un granulome épithélioïde giganto-cellulaire avec nécrose. 13,9% des patients ont fait une réaction paradoxale dont 27% ont bénéficié d'un drainage chirurgical. En plus de la réalisation d'une chirurgie d'échec soit une adénectomie, soit un curage ganglionnaire.

Conclusion

Sur le plan thérapeutique La chirurgie est indiquée dans les formes abcédées, résistantes, ou en cas de réponse insuffisante au traitement médical sans oublier la chirurgie esthétique des écrouelles. Elle permet également de réduire la charge bacillaire et la durée du traitement médical. Toutefois, elle ne doit jamais se substituer au traitement antituberculeux mais s'inscrire dans une approche multidisciplinaire.

Mots clés

Extrapulmonaire, diagnostique, thérapeutique, esthétique, histologique, drainage, échec



Les pneumothorax tuberculeux au sein du service de pneumologie du Centre

Hospitalier National de Nouakchott

Sidi Oumar M-L.*1 ; M'Hamed Ely K.2 ; Lehweije A; Hamoudy M-M.3 ; Mohamed M-V.4 ; Maleck M-V.5 ; Moctar Nech M-A.6 ,Centre Hospitalier National de Nouakchott

Introduction:

La tuberculose demeure, encore aujourd'hui, un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. En Mauritanie grâce à l'application du Programme National de lutte contre la Tuberculose et la Lèpre, l'incidence de la tuberculose a significativement diminué à 27% en 2022 par rapport au 2015 [1]. Le pneumothorax tuberculeux représente un défi majeur pour les pneumologues, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Les objectifs de ce travail sont de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques des pneumothorax tuberculeux [2].

Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, réalisée sur une période de 2 ans (du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2024) au sein du Centre Hospitalier de Nouakchott (CHN)

Résultats:

Au cours de la période de l'étude, cent vingt-trois cas de pneumothorax spontanés ont été hospitalisés au service pneumologie du CHN dont 70 d'origine tuberculeuse soit une fréquence de 56,91%. L'âge moyen était de 38 ans avec des extrêmes entre 20 et 81 ans, une prédominance masculine a été notée (42 Hommes et 28 femmes). Parmi les 70 patients, 64 présentaient un pneumothorax unilatéral (91,14%), tandis que 6 patients avaient un pneumothorax bilatéral (8,57%), un Pyopneumothorax a été trouvé dans 23 cas (32,85%). Une tuberculose active a été diagnostiquée chez 28 patients et des séquelles tuberculeuses chez 42 patients.

Tous les patients ont bénéficié d'un drainage thoracique, qui s'est révélé efficace dans 57 cas (81,4%), permettant une réexpansion pulmonaire complète. Cependant, un échec du drainage a été constaté chez 13 patients (18,6%), nécessitant une prise en charge chirurgicale. 3 patients ont été mis sortant de l'hôpital avec drain à demeure (Figure 1).

Conclusion:

Le pneumothorax tuberculeux représente une complication rare mais grave de la tuberculose pulmonaire, nécessitant une prise en charge complexe.



Programme

Chapiteau

Session	Horaires	Au programme
Modérateurs H.Douagui, B.Ziane, F.Kalloufi, R.Abdellaziz		
Session 1	9h00 - 9h15	Inflammation TH2 asthme et BPCO A.Snouber
	9h15-9h30	Immunopathological crosstalk between asthma and coagulation disorders: a unified mechanistic perspective. Cherifi Fatah, A. Ladjel-Mendil, N. Saghour, S. Sami-Merah, F. Laraba-Djebari, S. Taright
	9h30-9h45	Petites voies aériennes asthme et BPCO : quelle place dans la prise ? F.Ziane
	9h45-10h00	BPCO, anxiété, dépression et cognition : une relation dangereuse. D.Benmessaoud
	10h00 - 10h15	Débat
	10h15 - 10h45	Symposium ASTRA « Au-delà du poumon: exacerbations de BPCO et vulnérabilité cardiovasculaire- vers une prise en charge intégrée du risque " A. Ouardi
	10h45 - 11h10	Pause-café

Chapiteau

Session	Horaires	Au programme
Modérateurs A.Snouber , M.Tahmi, S.Lellou, A.Touaa		
Session 2	11h10 - 11h25	Cœur et BPCO. M.Tahmi
	11h25 - 11h40	HTP et maladies respiratoires. N.Djami
	11h40 - 11h55	Risque opératoire et pathologies pulmonaires. R.Mehyaoui, A.Metali
	11h55 - 12h10	Réentraînement à l'effort et réadaptation respiratoire : vers une approche moderne, intégrée et innovante . A.Abdellaoui
	12h10 - 12h25	Assistant Clinique BPCO : Développement et présentation d'un outil Web Interactif d'Aide à la Décision Clinique Fondé sur les Recommandations SAPP 2025 et GOLD 2026.M.A. Himeur
	12h25 - 12h40	Débat
	12h40 -13h00	Symposium NOVARTIS Omalizumab, de la théorie à la pratique. G.Malki
	13h00 - 14h00	Déjeuner

Chapiteau

Session	Horaires	Au programme
Modérateurs H.Haouichat, S.Moumeni, D.Mekideche , O.Mahsas		
Session 3	14h00 - 14h15	Scénarios climatiques et vulnérabilité sanitaire en Algérie : Une convergence systémique. S.Grimes Directeur labo de recherche ENSSMMAL
	14h15-14h30	Le tabagisme en Algérie: entre fardeau épidémiologique et défis de la lutte antitabac H.Haouichat
	14h30-14h45	Vaccinations et maladies respiratoires : Quels vaccins ? comment surmonter l'hésitation vaccinale ? M.Bouhedda
	14h45-14h55	Débat
	14h55 - 15h20	Symposium PFIZER :Vaccination antipneumococcique ; K.Djenouhat

Chapiteau

Session	Horaires	Au programme
Modérateurs A.Lounici, A.KETFI,A.OUARDI, L.Nacef		
Session 4	15h20 -15h35	PID en pratique clinique : que nous apporte – et que nous impose – la physiopathologie pour décider de l'imagerie, de la DMD et des antifibrosants ? S .Taright
	15h35 -15h50	Classification PID 2025 : Quels changements ? Quel apport ? M.Lemdani
	15h50-16h05	Comorbidities in interstitial lung diseases. A. Lounici
	16h05-16h15	Débat
	16h15-16h45	Symposium BOEHRINGER : Place du Nintedanib dans la prise en charge des fibroses pulmonaires progressives. D.Mekideche
	16h45- 17H00	Pause-café

Chapiteau

Session	Horaires	Au programme
Modérateurs S.SOUILAH, N.Nouar, Y.Benbetka ,F.Kambouche, S.Belmekki		
Session 5	17h00 - 17h15	Les enjeux du dépistage du cancer bronchique . C.Chouaid
	17h15-17h30	Apports et les limites du PET scan au FDG dans l'exploration d'une masse pulmonaire isolée. Problématiques dans la pratique clinique. MS.Bourouba
	17h30-17h45	Défis et succès du debulking bronchoscopique : à propos de 85 cas. S.Guediri
	17h45-18h00	Place du pathologiste dans le cancer du poumon. Expérience de l'EHS Salim Zemirli H.Boumaraf, A.Bachir, N.Nouar, N.Chaher
	18h00 - 18h15	Débat
	18h15 - 19h00	Cérémonie inaugurale Film : l'organisation du traitement ambulatoire de la tuberculose. D.Larbaoui, P.Chaulet .1971
	19h00 - 19h40	Symposium ASTRA Pr SNOUBER The urgent need to prompt initiation of single inhaled triple therapy to manage COPD patients » A. Snouber
	19H40	Diner de gala

Chapiteau

Session	Horaires	Au programme
Modérateurs: Y.Djeghri, G.Malki, R.Djebaili, N.Zenache		
Session 6	9h00 - 9h15	Rémission de l'asthme : définitions, critères et implications pratiques. Y.Djeghri
	9h15-9h30	La transition des adolescents asthmatiques: étape à risque de perte de contrôle. A.Manaa
	9h30-9h45	Asthme et statut hormonal chez la femme . S.Aissani
	9h45-10h00	Asthme du sujet âgé .R.Yahiaoui
	10h00-10h15	Asthme sévère : expérience Anti-IgE. I.Ghaffari
	10h15 - 10h30	Débat
	10h30-11h00	Symposium SANOFI: Asthme sévère et biothérapies A.KETFI
	11h00-11h15	Pause-café

Chapiteau

Session	Horaires	Au programme
Modérateurs: M.Bouhadda, F.Chiba, T.Brahimi, M.Lemdani		
Session 7	11h15 - 11h30	Prise en charge pneumothorax en Algerie : Enquête SAPP. R.Abdelaziz
	11H30 - 11h45	Les pneumothorax tuberculeux au sein du service de pneumologie du Centre Hospitalier National de Nouakchott. Mohamed Lemine SIDI OUMAR
	11h45 - 12h00	Prise en charge de l'hémoptysie au service de pneumologie de l'HCA : de la théorie à la pratique .F.Chiba
	12h00 - 12h15	Intérêt thérapeutique de la chirurgie dans la tuberculose ganglionnaire cervicale .R.Hamzaoui
	12h15 - 12h30	débat
	12h30 - 13h00	Annonce lauréats concours Cérémonie clôture congrès

Programme des ateliers

Intitulé et animateurs
Initier une ventilation non invasive à domicile .R.Touahri, A.Ketf
Echographie thoracique : les fondamentaux indispensables pour la pratique pneumologique quotidienne .S.Behbeh, A.Ketfi
Echo-cœur : à la découverte du cœur droit. O.Chahi
Réentraînement à l'effort chez le patient BPCO : une approche partagée entre soignants et patients partenaires .A.Abdellaoui, W.Amarni,S.Aissani, S.Taright
Explorations Fonctionnelles Respiratoires . F.Ziane
Sommeil 1. Prise en charge du Syndrome d'apnée du Sommeil M.Bellamdani,N.Dermech ,H.Mahmoudi ,T. Brahimi ,O.Rebahi
Sommeil 2. Prise en charge du Syndrome d'apnée du Sommeil M.Bellamdani,N.Dermech ,H.Mahmoudi ,T. Brahimi ,O.Rebahi
Thoracoscopie .M.Lemdani, D.Mekideche
Traitement local de la plèvre néoplasique R.Hitachi, A.Benkacimi
Lecture du scanner thoracique dans les pneumopathies interstitielles diffuses : approche diagnostique structurée .Y.Djehri
Cas cliniques PID .L.Lechheb, K.Hamamda
La méthode SNAPPS : structurer la supervision pour soutenir et promouvoir le raisonnement clinique des apprenants. Hayet Saida Ladida Naima Debache
Intégrer l'IA dans votre recherche médicale : comprendre les algorithmes, maîtriser les outils, anticiper les enjeux. MA.Himeur, S.Taright-Mahi
Comment choisir un sujet d'une thèse en sciences médicales ? M. L. Atif.

1. Atelier : Initier une ventilation non invasive à domicile

R.TOUAHRI, A.KETFI

La ventilation non invasive (VNI) constitue aujourd'hui une thérapeutique majeure dans la prise en charge de l'insuffisance respiratoire aiguë et chronique, toutes spécialités confondues. Cet atelier de formation vise à faire acquérir les pratiques cliniques autour des deux grandes situations d'utilisation de la VNI : la phase aiguë et la phase chronique (domicile, suivi ambulatoire).

L'objectif est de Permettre aux participants d'acquérir ou de consolider les compétences pratiques nécessaires à l'initiation, à la titration, à la surveillance et à l'évaluation de la VNI dans les deux contextes cliniques majeurs , la décompensation aiguë et l'insuffisance respiratoire chronique , en s'appuyant sur les recommandations actualisées des sociétés savantes.

2. Atelier Echographie thoracique : les fondamentaux indispensables pour la pratique pneumologique quotidienne

S.Behbeh, A.Ketfi

L'échographie thoracique s'est imposée comme un outil incontournable en pneumologie moderne, permettant une évaluation rapide, dynamique et non irradiante du thorax au lit du patient.

Longtemps considérée comme limitée par la présence de l'air et de l'os, elle est aujourd'hui au cœur de la prise en charge des pathologies pleuropulmonaires, en particulier avant tout geste interventionnel.

Cet atelier a pour objectif d'initier les pneumologues aux bases indispensables de l'échographie thoracique, en insistant sur la compréhension des principes physiques, le choix des sondes, les modes d'exploration, ainsi que l'identification des structures normales et des principaux artéfacts pulmonaires.

Une attention particulière est portée à la reconnaissance du thorax normal, préalable essentiel à toute interprétation pathologique.

Le contenu de l'atelier aborde ensuite les principales applications cliniques de l'échographie thoracique, notamment le diagnostic et le suivi du pneumothorax, l'analyse sémiologique des pleurésies, l'orientation étiologique des épanchements pleuraux, ainsi que l'approche échographique des syndromes alvéolaire et interstitiel. Les indications pratiques, les performances diagnostiques et les limites de la technique sont discutées à partir de situations cliniques illustratives.

Cet atelier se veut interactif et pragmatique, visant à fournir aux participants les compétences de base nécessaires pour intégrer l'échographie thoracique dans leur pratique quotidienne, améliorer la sécurité des gestes pleuraux et optimiser la prise en charge diagnostique au chevet du patient.

3. Atelier Echo-cœur :à la découverte du cœur droit.

O. Chahi

Les pathologies respiratoires chroniques génèrent fréquemment un retentissement cardiaque droit qui conditionne le pronostic et les décisions thérapeutiques. L'échocardiographie est aujourd'hui l'examen de première intention, non invasif, permettant d'évaluer ce retentissement : estimation des pressions artérielles pulmonaires, analyse morphologique et fonctionnelle du ventricule droit (VD), dépistage du cœur pulmonaire chronique. Cet atelier, a pour ambition d'initier les praticiens à la réalisation et à l'interprétation d'une échocardiographie orientée « cœur droit » dans le contexte spécifique des pathologies respiratoires chroniques : évaluation de la fonction VD (la morphologie, la fonction Systolique VD), TAPSE Onde S' (Doppler tissulaire) : Vitesse de l'anneau tricuspide, FEVD (Fraction d'Éjection du Ventricule Droit), Pressions Droites : PAPS (Pression Artérielle Pulmonaire Systolique), Veine Cave Inférieure (VCI), dans le cadre de la prise en charge des pathologies pulmonaires et coeur droit.

4. Atelier : Réentraînement à l'effort chez le patient BPCO : une approche partagée entre soignants et patients partenaires

A.Abdellaoui, W.Amarni, S.Aissani, S.Taright

Le réentraînement à l'effort constitue un pilier essentiel de la réhabilitation respiratoire chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Pourtant, sa mise en œuvre reste parfois hétérogène et insuffisamment adaptée aux capacités réelles et au vécu des patients.

Cet atelier propose une approche pratique et interactive du réentraînement à l'effort, destinée aux pneumologues, kinésithérapeutes et professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la BPCO.

Il s'appuie sur une structuration claire des exercices autour de quatre axes complémentaires : endurance, renforcement musculaire, ventilation et équilibre, intégrés dans une logique de progression et d'adaptation individuelle.

La spécificité de cet atelier repose sur l'implication active de patients partenaires, formés et engagés dans leur parcours de soins.

Leur participation permettra d'illustrer concrètement les bénéfices du réentraînement à l'effort, d'aborder les freins rencontrés au quotidien (dyspnée, fatigue, motivation) et de favoriser une co-construction des programmes avec les soignants.

À travers des démonstrations pratiques, des échanges d'expériences et une grille simple de prescription par niveaux, cet atelier vise à renforcer les compétences des professionnels tout en valorisant le rôle central du patient dans la réussite et la pérennité du réentraînement à l'effort.

5. Atelier : Explorations fonctionnelles respiratoires

F.Ziane

I. Objectifs :

Reconnaitre les critères techniques d'acceptabilité de la spirométrie.

Acquérir une stratégie d'interprétation selon les nouvelles recommandations ATS-ERS

Intégrer des déficiences identifiées avec les données cliniques pour établir un diagnostic et évaluer la sévérité du déficit

Connaitre les nouvelles entités fonctionnelles :

- Déficit ventilatoire non spécifique
- Croissance dysnaptique
- Poumon large
- Restriction simple
- Restriction complexe
- Rédiger un compte rendu fonctionnel.

II. Déroulement :

Rappel théorique sur la physiologie respiratoire, les critères d'acceptabilité de la spirométrie selon les recommandations ATS/ERS

Proposer une stratégie d'interprétation en 4 étapes :

1. Analyse de l'aspect de la courbe
2. Comparer les résultats avec les valeurs théoriques : Z-score
3. Classer la sévérité du déficit fonctionnel selon les nouvelles recommandations ATS-ERS
4. Etablir un diagnostic fonctionnel et clinique
Comment utiliser les scores de changement pour comparer les résultats en fonction du temps
Interpréter des cas cliniques réels et les discuter .

6. Atelier sommeil 1. Prise en charge du Syndrome d'apnée du Sommeil

Drs M.Bellamdani,N.Dermech ,H.Mahmoudi ,T. Brahimi ,O.Rebahi

Atelier de niveau 1 s'adressera aux médecins pneumologues n'ayant reçu aucune formation sur la prise en charge du Syndrome d'apnée du Sommeil .

Il leur permettra d'acquérir des connaissances sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du Syndrome d'apnée du Sommeil : évaluation clinique , scoring des différents évènements , appréciation de la sévérité et proposer une stratégie thérapeutique .

Cet atelier n'est qu'une initiation et nécessitera bien sur une formation plus approfondie de cette pathologie.

7. Atelier sommeil 2.Prise en charge du Syndrome d'Apnée du Sommeil

M.Bellamdani,N.Dermech ,H.Mahmoudi ,T. Brahimi ,O.Rebahi

Atelier 2. s'adresse aux pneumologues ayant déjà une expérience de la prise en charge du Syndrome d'Apnée du Sommeil , et propose un perfectionnement sur la lecture de tracés polygraphiques

Des cas cliniques seront présentés et discutés portant sur les différents troubles respiratoires du Sommeil et leur prise en charge

8. Atelier thoracoscopie

M. Lemdani, D. Mekideche

Les pathologies pleurales représentent un problème fréquent en pratique clinique. Au sein d'un espace clos, les maladies pleurales peuvent avoir diverses origines : des maladies locales intéressant le poumon ou la plèvre jusqu'aux maladies systémiques comme les collagénoses ou les pleurésies médicamenteuses.

Malgré les techniques d'investigation modernes, le diagnostic de la maladie sous-jacente reste toujours un challenge.

Toutefois, de nos jours, l'examen de choix pour la prise en charge des maladies pleurales est la thoracoscopie.

En permettant une exploration complète de la cavité pleurale et la réalisation de gestes diagnostiques (biopsies) ou thérapeutiques (talcage pleural), cette technique, beaucoup moins agressive que la thoracotomie, est la pierre angulaire pour l'évaluation de la cavité pleurale.

La thoracoscopie médicale est une véritable fenêtre sur la plèvre.

C'est une exploration mini invasive pratiquée et développée de part le monde par les pneumologues dans le cadre de l'endoscopie interventionnelle.

Dans notre expérience cette technique a prouvé sa large supériorité par rapport aux méthodes classiques, mais aussi son rapport cout- efficacité supérieur et surtout son innocuité et sa simplicité.

C'est un outil diagnostique et thérapeutique très utile pour les pneumologues avec une supériorité et efficacité incontestable de la thoracoscopie médicale dans les pleurésies chroniques.

La pleurodèse chimique est d'une efficacité et d'une innocuité certaine à administrer d'emblée ou en deuxième intention.

9. Atelier Traitement local de la plèvre néoplasique

R.Hitachi, A.Benkacimi

L'épanchement pleural néoplasique représente une complication fréquente et invalidante des cancers avancés, affectant en premier lieu les cancers du poumon, du sein, les lymphomes et les mésothéliomes. Sa prise en charge est essentiellement palliative, centrée sur le contrôle des symptômes, principalement la dyspnée, et l'amélioration de la qualité de vie, dans un contexte où la médiane de survie après diagnostic d'EPN sur cancer bronchopulmonaire n'excède pas 70 jours.

L'objectif est de permettre aux participants d'acquérir les compétences cliniques, décisionnelles et procédurales nécessaires à la sélection et à la mise en œuvre des traitements locaux de la plèvre métastatique, depuis le premier geste diagnostique jusqu'aux stratégies de contrôle au long cours de l'épanchement néoplasique récidivant.

10. Atelier : Lecture du scanner thoracique dans les pneumopathies interstitielles diffuses : approche diagnostique structurée

Djehri Yacine

Le scanner thoracique occupe une place centrale dans le diagnostic des pneumopathies interstitielles diffuses (PID) et peut, dans beaucoup de cas, éviter le recours à la biopsie lorsqu'un pattern typique est identifié. Une lecture méthodique et standardisée est donc essentielle pour optimiser la précision diagnostique et la prise en charge multidisciplinaire. Cet atelier vise à renforcer la maîtrise pratique de la lecture du scanner des PID.

Objectifs pédagogiques :

À l'issue de l'atelier, les participants seront capables de :

- Décrire le rôle du scanner dans le diagnostic et la classification des PID.
- Appliquer une approche structurée de lecture scanographique.
- Identifier les principales lésions élémentaires.
- Reconnaître les principaux patterns scanographiques et en apprécier la valeur diagnostique.

Méthodes :

Analyse interactive de cas cliniques illustrés, centrée sur la démarche diagnostique et les pièges d'interprétation.

11. Atelier cas cliniques PID

L.Lachheb et K.Hamamda

Les pneumopathies interstitielles diffuses (PID) représentent un groupe hétérogène de plus de 200 entités caractérisées par une atteinte du parenchyme pulmonaire profond, d'évolution et de pronostic très variables. Leur diagnostic repose sur une démarche intégrative exigeante, combinant données cliniques, imagerie tomodensitométrique haute résolution (TDM-HR), biologie, explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), lavage broncho-alvéolaire (LBA) et, si nécessaire, prélèvements histologiques, le tout discuté en réunion de concertation multidisciplinaire spécialisée

Cet atelier, destiné aux médecins spécialistes utilise deux entités comme fils conducteurs : l'hémorragie alvéolaire diffuse (HAD), urgence diagnostique et thérapeutique à mécanismes auto-immuns, et la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI), prototype des pneumopathies fibreuses progressives de l'adulte. Ces deux entités illustrent la diversité sémiologique, la rigueur diagnostique et les enjeux thérapeutiques propres aux PID.

L'objectif général est de permettre aux participants d'acquérir une démarche structurée de diagnostic et de prise en charge des PID, en s'appuyant sur la discussion interactive de cas cliniques emblématiques, en développant leur capacité à intégrer les données cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques dans le cadre d'une discussion multidisciplinaire, et en actualisant leurs connaissances sur les stratégies thérapeutiques validées.

12. Atelier : La méthode SNAPPS : structurer la supervision pour soutenir et promouvoir le raisonnement clinique des apprenants.

Hayet Saida Ladida Naima Debache

La supervision clinique est une méthode pédagogique essentielle pour l'apprentissage, le développement et l'évaluation du raisonnement clinique, ainsi que dans l'identification précoce des difficultés de raisonnement clinique chez l'étudiant . Les travaux de Kilminster et al. ont établi que la supervision doit être structurée pour être efficace , et que la qualité de la relation de supervision influence fortement son efficacité.

Malgré son rôle central, la supervision efficace en milieu de stage clinique fait face à de multiples obstacles .

Selon Irby , Neher et al., le manque de temps est l'un des principaux défis. Leurs travaux montrent qu'en pratique, seulement 10% environ du temps de supervision est réellement consacré à l'enseignement et aux besoins de l'étudiant, alors que le reste est centré sur la présentation du cas et la collecte d'informations complémentaires permettant au superviseur de résoudre lui-même la situation clinique .

Du fait de ces contraintes de temps, il est essentiel que les cliniciens superviseurs disposent non seulement d'une expertise clinique, mais aussi de compétences pédagogiques et d'une bonne maîtrise des processus de raisonnement clinique, qui sont au cœur de leur pratique .

D'autre part , 10 à 15 % des apprenants rencontrent des difficultés majeures de raisonnement clinique au cours de leur cursus académique .

Compte tenu de l'importance du raisonnement clinique dans le processus de prise de décision, il devient impératif de l'enseigner de manière explicite, en le rendant visible pour les étudiants et en les aidant à expliciter leur propre raisonnement .

Pour répondre à ces enjeux, la méthode SNAPPS décrite en 2003 par Wolpaw , est un modèle structuré de présentation de cas en six étapes qui rend l'étudiant actif, explicitant son raisonnement et mobilisant le superviseur comme ressource plutôt que de subir un questionnement unidirectionnel.

Cette méthode, dont l'acronyme SNAPPS correspond aux six étapes successives « Summarise » « Narrow » « Analyse » « Probe » « Plan » « Select » est une façon concise et personnalisée d'engager activement le supervisé.

En lui demandant de préparer sa présentation en suivant ces étapes dont les objectifs sont clarifiés, la supervision se focalise sur son raisonnement plutôt que sur une simple restitution de faits .

Cette méthode de supervision clinique est ainsi centrée sur l'apprenant, car c'est à lui qu'il revient d'organiser la présentation de la situation clinique dont il a la responsabilité selon ces étapes explicites . De nombreuses études empiriques et revues systématiques ont montré l'efficacité et bénéfiques de la méthode SNAPPS comparativement à la méthode traditionnelle de supervision clinique, rendant pertinente sa mise en œuvre, comme cadre de supervision structurée du raisonnement clinique, dans un contexte en évolution constante.

13. Atelier : Intégrer l'IA dans votre recherche médicale : comprendre les algorithmes, maîtriser les outils, anticiper les enjeux

MA.Himeur, S.Taright-Mahi

L'intégration de l'intelligence artificielle (IA) dans l'analyse statistique en sciences de la santé constitue une mutation paradigmatique majeure, redéfinissant les modalités d'extraction de connaissances à partir de données biomédicales complexes.

Cet atelier propose une approche structurée et opérationnelle permettant aux cliniciens-chercheurs de comprendre, évaluer et déployer les méthodes d'apprentissage automatique dans leur pratique analytique.

Après avoir établi les fondements conceptuels distinguant programmation traditionnelle et apprentissage automatique, nous passerons en revue la taxonomie des algorithmes clés

-Des modèles supervisés classiques (régression logistique, forêts aléatoires, XGBoost, SVM) aux architectures profondes (réseaux neuronaux convolutifs, transformeurs, réseaux de neurones récurrents)

-En illustrant leur applicabilité clinique concrète, notamment en pneumologie et en cardiologie. Une attention particulière sera portée à la méthodologie de mise en œuvre en milieu de santé, articulée autour d'une démarche itérative en trois phases (exploration, conception, évaluation), et à l'écosystème d'outils pratiques disponibles (Python, scikit-learn, TensorFlow, Google Colab).

L'atelier abordera également les métriques d'évaluation des modèles, les méthodes d'interprétabilité (SHAP), ainsi que les enjeux éthiques et réglementaires incontournables, notamment le Règlement européen sur l'IA (AI Act, 2024) et les recommandations conjointes CCNE/CNPEN relatives aux systèmes d'aide à la décision médicale.

14. Atelier : Comment choisir un sujet d'une thèse en sciences médicales ?

Mohamed Lamine Atif.

Le choix d'un sujet de thèse constitue une étape déterminante dans le parcours doctoral, influençant à la fois la motivation, la qualité du travail et les perspectives de valorisation scientifique. Un sujet pertinent doit être en adéquation avec les centres d'intérêt du doctorant tout en répondant à une problématique scientifique ou clinique actuelle.

Toutefois, de nombreux candidats rencontrent des difficultés à définir un sujet clair, original et réalisable, soulignant la nécessité d'un accompagnement méthodologique structuré.

Objectif :

Cet atelier vise à :

Comprendre les critères de sélection d'un bon sujet de thèse ;

Apprendre à formuler une question de recherche claire et pertinente ;

Identifier les sources d'inspiration, notamment à travers la littérature scientifique et la pratique clinique ;

Évaluer la faisabilité d'un projet de recherche ;

Développer une démarche structurée pour construire progressivement un sujet de thèse.

Public cible

Cet atelier s'adresse principalement aux :

Résidents en sciences médicales en fin de cursus ;

Futurs doctorants en sciences médicales, notamment en pneumologie et santé publique ;

Jeunes chercheurs souhaitant initier un projet de recherche.

Contenu de l'atelier

L'atelier repose sur une approche interactive combinant apports théoriques et exercices pratiques. Il inclut :

Une présentation des principes fondamentaux du choix d'un sujet de thèse ;

Des exemples concrets issus du domaine de la pneumologie ;

Des études de cas permettant d'illustrer les différentes étapes de construction d'un sujet ;

L'utilisation de QCM pour stimuler la réflexion et évaluer les acquis ;

Des échanges avec les participants afin d'adapter les propositions à leurs contextes spécifiques.

Résultats attendus

À l'issue de l'atelier, les participants seront capables de :

Identifier un domaine de recherche pertinent ;

Formuler une problématique claire et structurée ;

Évaluer la faisabilité d'un sujet de thèse ;

Élaborer une première ébauche de projet de recherche ;

Adopter une démarche critique et autonome dans le choix de leur sujet.



Communications orales libres

Communications session 1 asthme et bpcO

Modérateurs M.Lemdani, A.Merridj			
	Intitulé communication	auteurs	affiliation
11h-11h10	Gold 2026 : vers une approche personnalisée dans la prise en charge de la BPCO	Megherbi M, Mekideche D	Service de pneumo-allergologie, CHU Beni Messous
11h10-11h20	Comorbidités au cours de la BPCO chez une cohorte de patients algériens : prévalence et facteurs associés	T. Sekhane, Z. Belaid, R. Belala, A. Ketfi	Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine
11h20-11h30	Molecular profiling reveals pollen sensitization patterns and pollen-food syndrome risk in allergic patients from central Algiers	Naci D, Kader N, Hemidj N, Smaha H, Mostefai I, Hassaine A, Belbouab R, Taghit S, Salah SS	¹ Department of Immunology, CHU Mustapha; ² Department of Pediatrics, CHU Mustapha; ³ Department of Pulmonary diseases, CHU Mustapha, Algiers
11h30-11h40	Les exacerbations de BPCO : nouvelles approches	Dr Rachid Chahed	Tizi Ouzou
11h40-11h50	Gestion intégrée de l'asthme chez la femme en âge de procréer : de la conception à la contraception	Chouali Leila	Faculté de Médecine, Université Ferhat Abbas, Sétif
11h50-12h	Effet du travail en horaires atypiques sur le niveau de contrôle de l'asthme	Bahmed A, Melais S, Zahi W, Bouchami M, Chaib S	Service de médecine du travail, Faculté de Médecine, Université Badji Mokhtar, Annaba
12h-12h10	Les effets positifs de l'arrêt de la cigarette	Meridj A, Belaala R, Djabaili I, Tlili K, Aissani S, Djeghri Y, Chiba F	Service de pneumologie, Hôpital Militaire Central de l'Armée
12h10-12h20	Débat		

Communications session 2 infections

Modérateurs N.Djami, S.Benamar

	Intitulé communication	auteurs	affiliation
11h10 - 11h20	Stratégies vaccinales actualisées en pneumologie	A. Benmansour, A. Djenfi, S. Bouregba, S. Benamar	CHU de Tlemcen
11h20 - 11h30	Pneumocystose pulmonaire chez les patients non VIH : un diagnostic insidieux aux enjeux vitaux	Zemoulia Karima, Zmit F/Zohra	Service A, EHS El Kettar, Alger
11h30 - 11h40	Bronchiolite aiguë du nourrisson : profil épidémiologique et critères de gravité au service de pédiatrie de l'EPH d'Aïn Taya (2024)	L. Sifour, S. Ziani, M. Yanalla, H. Benmakhlouf, C. Bendahmane, Z. Mansouri, O. Ibsaine	EPH Aïn Taya, Service de pédiatrie
11h40 - 11h50	Profil des infections respiratoires aiguës face à la pollution particulaire : Une étude de cohorte en milieu urbain algérois	M. Terniche, R. Touahri, A. Bouaoud, R. Oulebsir, H. Gacem, A. Ketfi	Service pneumologie, phtisiologie et allergologie, Hôpital Rouïba
11h50 - 12h00	Experimental Modeling of Pulmonary Infection to Elucidate Host-Pathogen Interaction Mechanisms	A. Ladjel-Mendil, M. Amarni, H. Moussaoui, R. Merzouagui, F. Cherifi, S. Sami-Merah, N. Grine, N. Ahras-Sifi, F. Laraba-Djebari	University of Sciences and Technology Houari Boumediene (USTHB), Faculty of Biological Sciences, Laboratory of Cellular and Molecular Biology
12h00- 12H10	Les nouveautés thérapeutiques dans les dilatations des bronches	Benamar Samir	Université et CHU Tlemcen

Communications session 2 infection

Modérateurs N.Djami, S.Benamar			
	Intitulé communication	auteurs	affiliation
12h10-12h20	Dilatations des bronches non mucoviscidosiques : mise au point sur les nouvelles recommandations thérapeutiques	Dr Zemoul	-
12h20-12h30	Bronchiolite aiguë du nourrisson : profil épidémiologique et critères de gravité au service de pédiatrie de l'EPH d'Aïn Taya (2024)	L. Sifour, S. Ziani, M. Yanalla, H. Benmakhlouf, C. Bendahmane, Z. Mansouri, O. Ibsaine	EPH Aïn Taya, Service de pédiatrie
12h30-12h40	Débat		

Communications session 3 Tuberculose

Modérateurs A.Manaa, K.Tlili			
	Intitulé communication	auteurs	affiliation
16h30-16h40	Profil démographique de la tuberculose ganglionnaire cervicale dans la région de Sétif : étude prospective de 95 cas	Deradj Salah Eddine, Benyahia Samir	Université Ferhat Abbas, Faculté de médecine, Sétif, Algérie; Université Youcef Al Khatib, Faculté de médecine, Alger, Algérie
16h40-16h50	Évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement antituberculeux de 6 mois dans la tuberculose ganglionnaire : étude basée sur les recommandations de l'instruction ministérielle du 21 mars 2024	A. Romane, R. Djebaili, N. Harakti	SCTMR EPSP Batna, Service de pneumophtisiologie EPH Batna
16h50-17h	Tuberculose génitale : fertilité restaurée, grossesse protégée, contraception sécurisée	Chouali Leila	Faculté de Médecine, Université Ferhat Abbas, Sétif
17h-17h10	Tuberculose en 2025 : avancées et défis actuels	K. Tlili, A. Bouhant, Z. Beaid, R. Belala, Y. Djeghri	HMRUC
17h10-17h20	Tuberculose extra-pulmonaire : Le défi est-il émergent (étude épidémiologique des cas hospitalisés sur 5 ans)	BRAHIMI N., Hadjeb S., Belaid D., Bouchaib H.	Service des maladies infectieuses, CHU Tizi-Ouzou
17h20-17h30	Impact du retard diagnostique et la survenue de complications dans la tuberculose pulmonaire	Chaal A., Bouziane R., Cheriet NN., Benasla L., Nouadji HF., Chaibdraa M., Benafghoul I., Zemouli N., Benmhamed F., Benferhat N., Smahi MN., Adila F.	Hôpital militaire régional universitaire, ORAN
17h30-17h50	Particularités de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte jeune et le sujet âgé	H. Gacem, A. Bouz, A. Ketfi	Service de pneumophtisio-allergologie, hôpital de Rouïba, Alger / Faculté de médecine, Université des sciences de la santé, Alger
17h50-18h	Épanchement pleural du jeune adulte : tuberculose prédominante mais pas unique	Bouz Abdelhamid, Gacem Hadjer, Ketfi Abdelbassat	Service de pneumologie, phtisiologie et allergologie, hôpital de Rouïba, Alger
15h20-15h30	Débat		

Communications session 4 autres

Modérateurs : H.Mahmoudi, K.Saadi			
	Intitulé communication	auteurs	affiliation
14h-14h10	Évaluation de l'efficacité de la méthode SNAPPS , une approche innovante centrée sur l'apprenant , pour améliorer le raisonnement clinique des résidents en médecine : une étude mixte	Hayet Saida Ladida Naima DEBBACHE^{1,2}, Daoud Roula¹, Marie-Claude Audétat²	1.Service de médecine interne.CHU Benbadis.Faculté de médecine, Université Constantine 3, Constantine , Algérie 2.Unité de développement et de recherche en éducation médicale (UDREM), Faculté de médecine, Université de Genève, Genève, Suisse
14h10-14h20	Troubles ventilatoires nocturnes au cours des maladies auto-immunes systémiques : apport diagnostique de la polygraphie respiratoire	Salim Larbani, N. Dahman, H. Mehani, N. Lyazidi, S. Ayoub	Service de Médecine Interne, CHU Béni Messous
14h20-14h30	L'hypercapnie persistante après une exacerbation de BPCO peut être due à un SAOS	N.Ouadfel, M. Limam, S. Aissani, C. Robai, A. Meridj, A.N. Deroual, T. Brahimi, F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée
14h30-14h50	Place de la PPC dans le traitement de SAOS à propos de 49 cas	M.N. Smahi, A. Chaal, N.N. Cheriet, L. Benasla, H.F. Nouadji, M. Chaibdra, I. Benafghoul, N. Zemouli, F. Benmhamed, R. Bouziane, N. Benferhat, F. Adila	Hôpital militaire régional universitaire, Oran
14h50-15h	SAHOS, Diagnostic facile si on y pense : Expérience de service de pneumologie de l'HMRU Oran	Smahi Mohamed Nadir	Service de pneumo-phtisiologie, HMRU Oran
15h-15h10	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et syndrome métabolique.	Mahmoudi H.z	Unité cardio-respiratoire du sommeil, Etablissement hospitalier universitaire Salim Zemerli Alger.
15h10-15h20	Débat		

Communications libres - session 5: autres

	Modérateurs M.Bouhadda, A.Djillali		
	Modérateurs		
15h30-15h40	Sensitization profile to house dust mites in a pediatric asthmatic population: a study from central Algiers	Naci D, Ait Messaoudene, Derder A.M, Sakhri I, Meddour Y, Salah SS	¹ Department of Immunology, CHU Mustapha ; ² Central Laboratory, Hôpital Mère-Enfant de l'Armée (HMEA), Algiers, Algeria
15h40-15h50	Rédaction du protocole de recherche en pneumologie	A.L. Reboulh, A. Bouamra	Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive, CHU Béni Messous
15h50-16h	Diabète et épanchements pleuraux : un duo diagnostique complexe, étude de 84 cas	Bouz Abdelhamid, Gacem Hadjer, Ketfi Abdelbassat	Service de pneumologie, phtisiologie et allergologie, hôpital de Rouïba, Alger
16h-16h10	Profil clinique, paraclinique et étiologique des pneumopathies infiltrantes diffuses chroniques : expérience du service de pneumologie de l'HMRUC	Belaid Zouheyr, Benkara Mohamed Wadjih, Sekhane Tarek, Tlili Khaled, Belala Redouane	Service de pneumo-phtisiologie, Hôpital militaire régional universitaire de Constantine (HMRUC)
16h10-16h20	CPFE vs FPI profils contrastés et discordance radio-fonctionnelle – étude comparative monocentrique	Achour Imen; Chaouki Ferial	Cabinet de pneumologie Dr Imen Achour, Khenchela, Algérie
16h20-16h30	Débat		



E-posters

E-posters cancer

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
1	Cécité révélant un adénocarcinome bronchique : exceptionnel mais bien réel	S. Madoui; M. Sefsaf; K. Khennouf; A. Fissah; S. Souileh	CHU Bab El Oued
2	Cancer bronchique révélé par une atteinte oculaire : à propos de 03 cas	Beggar F; Rouabhia I; Hitachi R; Lhadj Mohand L; Chaher N; Mokeddem Kh; Amir Zc; Taright S	Université des Sciences de la Santé, Faculté de Médecine Alger, Service de Pneumo-physiologie CHU Mustapha Bacha
3	Chylothorax révélateur d'une association rare : maladie de Waldenstrom et lymphome du MALT	Djilali Ismail; Nahal M; Kambouche F; Bentata K	CHU Mostaganem
4	Localisation pleuro-pulmonaire d'un astrocytome diffus de haut grade chez une patiente de 18 ans : à propos d'un cas rare	C. Hamedani; N. Ouadfel; S. Djabali; S. Aissani; A. Zitouni; F. Chiba	Service de pneumologie / Hôpital Mohammed Seghir El Nekkache
5	Tumeur pulmonaire neuroendocrine à grande cellule : à propos d'un cas	Y. Chichoune; Dr Bouzahar; Dr Belkhadria; Dr Khadraoui	Service de chirurgie générale CHU Benflis Touhami, Batna
6	Métastase hépatique révélant une tumeur bronchique carcinoïde atypique	A. Djemaâ; M. Limam; S. Aissani; A. Meridj; T. Brahimi; F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée Mohammed Sghir Nekkache
7	Métastase pulmonaire à évolution rapide d'un sarcome phyllode du sein chez une patiente jeune : enjeux diagnostiques	Bouhant A; Belala R; Tlili K	Service de pneumologie HMRU Constantine, Faculté de médecine de Constantine
8	La thérapie ciblée a sauvé la vie d'une jeune patiente présentant une miliaire carcinomateuse avec tamponnade d'un cancer bronchique polymétastatique	S. Djabali; A. Bouabdellah; F. Ouazib; S. Zouaoui; L. Gaachi; S. Aissani; A. Zitouni; F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital Mohamed Seghir Nekkache
9	Métastases pulmonaires révélatrices d'un mélanome de primitif inconnu : le poumon comme premier site de diagnostic	Benkara MW; Bouhant A; Belaid Z; Hachani MB; Belala R	Service de pneumo-physiologie HMRU Constantine
10	Tumeur fibreuse solitaire pleurale primitive : diagnostic historadiologique et prise en charge chirurgicale	A. Salem; I. Djbaïli; F. Benzadi; F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée Dr Mohammed Seghir Nekkache (HCA), Université d'Alger
11	Association cancer bronchique et tuberculose pulmonaire : difficulté de prise en charge	Bouziane R; Benferhat N; Cheriet NN; Benasla L; Nouadji HF; Chaibdraa M; Benafghoul I; Zemouli N; Benmhamed F; Chaal A; Smahi MN; Adila F	HMRU Oran

E-posters cancer

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
12	Syndrome cave supérieur thrombotique grave révélant un angio-Behçet	Grine N; Limam M; Merzoug N; Tibbert S; Lounici T; Nahoui DE; Aissani S; Meridj A; Chiba F	Service de pneumologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache
13	Métastase pariétale d'un carcinome épidermoïde pulmonaire : à propos d'un cas rare	Adjlane AI; Gacem H; Djillali Y; Ketfi A	Service de Pneumologie Phtisiologie et Allergologie, Hôpital de Rouiba
14	Adénocarcinome pulmonaire au décours d'une granulomatose avec polyangéite : à propos d'un cas	Haddar Y; Selma S; Belkhiat A; Djaid M; Snouber A	Service de pneumologie A, CHU d'Oran
15	Compression trachéale critique : une présentation dramatique du carcinome thymique	Hamri A; Belaid Z; Bellala R	Service de pneumo-phtisiologie HMRU Constantine
16	Adénocarcinome pulmonaire invasif mixte acinaire, papillaire et micropapillaire : présentation radio-clinique trompeuse	Haddad; Si Hadj Mohand; Touati; Cherifi; Malki	Service de pneumologie, CHU Béjaia
17	Carcinome neuroendocrine pulmonaire à grandes cellules CDX2 positif chez un patient jeune : défi diagnostique d'une origine primitive	Zeghlache; Malki	Service de pneumologie, CHU Béjaia
18	Tumeur fibreuse solitaire pulmonaire parenchymateuse sans contact pleural : à propos d'un cas	Laggoune Z; Hitachi R; Benkacimi A; Lhadj Mohand L; Cheikhmessaoud L; Chaher N; Targhit S	Université des Sciences de la Santé, Faculté de Médecine Alger, CHU Mustapha
19	Localisations broncho-pulmonaires d'un améloblastome mandibulaire : à propos d'un cas et revue de la littérature	Meridj A; Belaala R; Limam M; Aissani S; Djeghri Y; Chiba F	Service de pneumologie HCA Mohammed Seghir Nekkache / HMRUC/5e RM
20	Quand le rare s'invite au poumon : carcinome adénoïde kystique primitif	Djeha M; Zaidi I; Oufella R; Benchallal R; Si Hadj Mohand F; Touati Z; Cherifi I; Malki G	Service de pneumo-phtisiologie, CHU Béjaia

E-posters cancer

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
21	Syndrome cave supérieur révélant un lymphome de Hodgkin médiastinal : à propos d'un cas	Hachefa; Zeglache; Cherifi; Touati; Malki	CHU Béjaia, Unité Frantz Fanon
22	Schwannome intrathoracique : à propos d'un cas	Boudraa AY; M. Sefsaf; K. Khennouf; A. Fissah; S. Souilah	CHU BEO
23	Tumeur fibreuse solitaire pleurale : à propos d'un cas	Mekbel; Zeglache; Touati; Malki	CHU Béjaia, Unité Frantz Fanon
24	quand l'os revele l'invisible	N. Issadounene, G. Malki	CHU Bejaia Unité Frantz Fanon
25	Masse trachéale asphyxiante révélant un lymphome agressif	E. Djeddi, R. Boucetta, M. Limam, S. Aissani, A. Meridj, F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée Mohammed Sghir Nekkache ; Infirmerie régionale de Blida
26	Lorsque l'embolie pulmonaire révèle une masse cardiaque droite chez un jeune patient	Grine N, Limam M, Aissani S, Meridje A, Chiba F	Service de pneumologie, Hôpital central de l'Armée Mohammed Seghir Nekkache (HCA)
27	Impact de l'exploration fonctionnelle respiratoire sur la décision opératoire : étude prospective chez 100 patients	Chemakh A, Fritas D, Djenfi T, Djebaili R, Achour Imen	Service de pneumophtisiologie, EPH Batna ; Cabinet de pneumologie Dr Imen Achour, Khenchela, Algérie
28	Exploration de la plèvre	Belabbes Amina, Boualem A, Benatta F, Mahieddine FZ, Benissad S, Pr Ouardi	Service de pneumo-phtisiologie, EHU Oran
29	Le cancer bronchique dans un service de pneumologie : étude de série de 640 cas	Pr N. Smahi, Dr F. Ben Mhamed, Dr I. Benafghoul, Dr A. Chaal, Pr F. Adila	Service de pneumologie, Hôpital militaire régional universitaire d'Oran

E-posters tuberculose



	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
1	Abcès spléniques tuberculeux à propos d'un cas	S. Djeniba, F. Krim, H. Lahmar	SCTMR Bardo EPSP Larbi Ben Mhidi, Constantine
2	Tuberculose pleurale compliquant une spondylarthrite ankylosante sous biothérapie anti-TNF : à propos d'un cas	M. Seghir, A. Ouahchi, R. Heddane, MR. Selmani, R. Djebaili	Service de pneumophtisiologie, EPH Batna
3	Tuberculose ORL localisation ganglionnaire exclue : à propos de 4 cas	A. Romane, R. Djebaili, N. Harakti	SCTMR Batna
4	Granulome sans caséum : ne pas conclure trop vite à la tuberculose	Abderrahmane Imane	Hospitalo-Universitaire
5	Lorsque la tuberculose pulmonaire s'aggrave sous traitement anti-tuberculeux chez un jeune patient	Dr Tibhirt, Dr Limam, Dr Benamara, Pr Meridj, Pr Aissani, Pr Chiba	Hôpital central de l'armée
6	Tuberculose pulmonaire sous anti-TNF alpha	R. Bouziane, N. Benferhat, NN. Cheriet, L. Benasla, HF. Nouadji, M. Chaibdraa, I. Benafghoul, N. Zemouli, F. Benmhamed, A. Chaal, MN. Smahi, F. Adila	Hôpital militaire régional universitaire, Oran
7	Tuberculose pleurale compliquant une spondylarthrite ankylosante sous biothérapie anti-TNF	M. Seghir, A. Ouahchi, R. Heddane, MR. Selmani, R. Djebaili	Service de Pneumo-phtisiologie, EPH Batna
8	Syndrome de LADY WINDERMERE à propos d'un cas	N. Ouadfel, A. Djebbar, F. Chiba	1: Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée ; 2: Service de médecine, Hôpital militaire Mère et enfant
9	Tuberculose pré-ultra résistante chez une jeune trisomique : quand la radiologie relance l'enquête	Dr N. Issadounene, Pr G. Malki	CHU de Béjaia
10	Tuberculose pseudotumorale : une entité clinique et radiologique trompeuse	R. Djohor, Z. Belaid, R. Belala	Service de pneumologie, HMRUC/5e RM
11	Miliaire tuberculeuse disséminée non dyspnéisante de diagnostic tardif chez un immunocompétent	A. Salem, E. Djeddi, M. Limam, Aissani A., A. Meridj, F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée (HCA), Université d'Alger

E-posters tuberculose

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
12	Association Lymphome-Tuberculose : au-delà des consensus unicistes, faut-il être insistant ?	Pr. MN. Smahi, Dr N. Benferhat, Dr L. Benasla, Dr NN. Cheriet, Dr FZ. Nouadji, Dr M. Chaibdraa, Dr N. Zemouli, Dr I. Benafghoul, Dr F. Benmhamed, Dr R. Bouziane, Dr AH. Chaal, Pr. F. Adila	Service pneumo-phtisiologie, Hôpital militaire d'Oran
13	Tuberculose révélatrice d'un déficit immunitaire primitif chez l'enfant : un cas pédiatrique	Sifour Latifa, C. Bendahmane, Z. Mansouri, H. Benmakhlouf, O. Ibsaine	EPH Aïn Taya
14	Œdème généralisé dû à une anaphylaxie au Pyrazinamide : conséquences d'un retard diagnostic d'hypersensibilité médicamenteuse	Benkara MW, Tlili K, Belaid Z, Hachani MB, Belala R	Service de pneumo-phtisiologie, Hôpital militaire régional universitaire de Constantine
15	Tuberculose cutanée	Ouici Zoulikha	Mostaganem
16	Tuberculose pulmonaire associée à des pathologies systémiques : défis diagnostiques et thérapeutiques	H. Gacem, A. Bouz, M. Terniche, A. Ketfi	Service de pneumophtisio-allergologie, hôpital de Rouïba, Alger / Faculté de médecine, université des sciences de la santé, Alger
17	Une tuberculose laryngée révélant une tuberculose pulmonaire méconnue	I. Djebaili, S. Aissani, F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée ; Mohamed Seghir Nekkache, Alger
18	Granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse : tuberculose ou non	I. Abderrahmane, W. Yahiaoui, R. Heddane, R. Djebaili	Batna
19	De l'inflammation à l'infection : le Crohn et la tuberculose main dans la main	I. Abderrahmane, O. Yahiaoui, R. Heddane, R. Djebaili	EPH Batna
20	Coagulation in tuberculosis: cause or consequence	CHERIFI Fatah, A. Ladjel-Mendil, N. Saghour, S. Sami-Merah, F. Laraba-Djebari, S. Taright	CHU Mustapha , Service de Pneumologie et Faculty of Biological Sciences, USTHB, Algiers
21	Valeur diagnostique de l'intradermo-réaction à la tuberculine dans la tuberculose ganglionnaire cervicale	DERADJ Salah Eddine, BENYAHIA Samir	Université Ferhat Abbas, Faculté de médecine, Sétif, Algérie; Université Youcef Al Khatib, Faculté de médecine, Alger, Algérie
22	tuberculose pulmonaire senile	H. Gacem, A. Bouz, A. Ketfi	Service de pneumophtisio-allergologie, hôpital de Rouïba, Alger / Faculté de médecine, Université des sciences de la santé, Alger

E-posters tuberculose

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
23	Tuberculose gynécologique : de la puberté à la ménopause, diagnostic et prise en charge intégrée pour séquelles optimisées	Chouali Leila	Faculté de Médecine, Université Ferhat Abbas, Sétif
24	Tuberculose révélatrice d'un déficit immunitaire primitif chez l'enfant : un cas pédiatrique	LSifour , C.Bendahmane , Z.Mansouri, H.Benmakhlouf , O.Ibsaine	EPH Ain Taya
25	Abcès spléniques tuberculeux à propos d'un cas	S. Djeniba, F. Krim, H. Lahmar	SCTMR Bardo EPSP Larbi Ben Mhidi, Constantine
26	Tuberculose pleurale compliquant une spondylarthrite ankylosante sous biothérapie anti-TNF : à propos d'un cas	M. Seghir, A. Ouahchi, R. Heddane, MR. Selmani, R. Djebaili	Service de pneumophtisiologie, EPH Batna

E-posters PID

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
1	Lymphangioliomyomatose sporadique et procréation médicalement assistée : un lien hormonal sous-estimé, à propos d'un cas	Azzi N; Boualem A; Sabeur Chouiref MR; Derrardja A; Bekkar A; Belghitri A; Benatta DF; Ouardi A	Établissement hospitalo-universitaire du 1er novembre, Oran
2	Pneumothorax : complication mortelle d'une sarcoïdose fibrotique avancée	M. Seghir; A. Ouahchi; S. Hamoud; MR. Selmani; R. Djebaili	Service de Pneumo-phtisiologie, EPH Batna
3	La sarcoïdose pseudo-tumorale : à propos d'un cas	Bouz Abdelhamid; Gacem Hadjer; Ketfi Abdelbassat	Service de pneumologie, phtisiologie et allergologie, Hôpital de Rouiba, Alger
4	Le tabagisme ne protège pas toujours contre la sarcoïdose mais peut modifier son expression pulmonaire	N. Merzoug; M. Limam; D. Nahoui; K. Bellache; S. Aissani; F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital Mohammed Seghir Nekkache (HCA)
5	PID dans le cadre d'une dermatomyosite MDA5	Neghra Khaled	Service de pneumologie, Hôpital Mohammed Seghir Nekkache (HCA)
6	Quand le banal cache l'exception : un cas de maladie de Carrington	Kheribet A; Touahri R; Ketfi A	Service de pneumo-phtisiologie et allergologie, EPH Rouiba
7	Pneumothorax : complication mortelle d'une sarcoïdose fibrotique avancée	M. Seghir; S. Hamoud; A. Ouahchi; MR. Selmani; R. Djebaili	Service de Pneumo-phtisiologie, EPH Batna
8	Triple menace pulmonaire : Gougerot-Sjögren, anti-synthétases et SAPL thrombotique	Beladjal A; Haddar Y; Allal Y; Henni N; Snouber A	Service de pneumologie A, CHU d'Oran
9	Pneumopathie organisée cryptogénique révélée par une hémoptysie isolée : à propos d'un cas	Kheroduche R; Benchalal R; Malki G	CHU Béjaïa
10	Sarcoïdose pleurale malgré tout	Smahi MN; Benasla L; Chaibdra M; Benfarhat N; Bouziane; Chaal AH; Adila F	HCA
11	Association lupus érythémateux systémique et sclérodermie systémique : chevauchement rare à haut risque de complications vasculaires	Benatta FD; Mahieddine FZ; Belghitri A; Azzi N; Benissad S; Ouardi A	Service de pneumologie, EHUO, Faculté de Médecine, Université Oran1
12	Granulomatose avec polyangéite : à propos d'un cas et revue de la littérature	Smahi MN; Benafghoul I; Ben Mhamed F; Chaal A; Adila F	HCA

E-posters PID

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
13	Pneumopathie interstitielle avec manifestations auto-immunes insuffisantes	Missoum Sarra; Djenfi; Benamar	Service de pneumophtisiologie, HMRU Oran
14	Syndrome de chevauchement myosite-sclérodémie associé aux anticorps anti-Ku révélé par une pneumopathie interstitielle diffuse sévère	Haddad; Zeglache; Benchallal; Malki	Service de pneumologie, CHU Béjaia
15	Myosite nécrosante compliquée d'une pneumopathie interstitielle diffuse avec retentissement sur la fonction respiratoire réfractaire aux corticoïdes	Haddad; Benchallal; Malki	Service de pneumologie, CHU Béjaia
16	Syndrome des anti-synthétases révélé par une pneumopathie interstitielle fibrosante isolée : à propos d'un cas	Kheroduche R; Oufella R; Sihad Mohand F; Malki G	CHU Béjaia, Service de pneumophtisiologie
17	Silico-sarcoïdose : à propos d'un cas	Ahmed A; Bouchami M; Melais S; Zahi W; Chaib S	Service de médecine du travail, Faculté de Médecine, Université Badji Mokhtar, Annaba
18	Sarcoïdose multi systémique : à propos de deux cas	Gacem H; Bouz A; Terniche M; Ketfi A	Service de pneumo-phtisio-allergologie, Hôpital de Rouïba, Alger / Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé, Alger
19	Hémorragie intra-alvéolaire ANCA positive révélant une polyangéite microscopique : à propos d'un cas	Gacem H; Louani I; Bousslah Z; Saad Rouana Y; Ketfi A	Service de pneumo-phtisio-allergologie, Hôpital de Rouïba, Alger / Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé, Alger
20	Localisation rare de la sarcoïdose : pleurésie de grande abondance, à propos d'un cas et revue de la littérature	Meridj A; Belaala R; Limam M; Aissani S; Djeghri Y; Chiba F	1. Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée, Mohamed Seghir Nekkache, Alger 2. Service de pneumologie, HMRUC/5e RM
21	Hémorragie intra-alvéolaire ANCA positive révélant une polyangéite microscopique : à propos d'un cas	Gacem H; Louani I; Bousslah Z; Saad Rouana Y; Ketfi A	Service de pneumo-phtisio-allergologie, Hôpital de Rouïba, Alger / Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé, Alger

E-posters PID

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
22	Hypertension artérielle pulmonaire secondaire à un SAPL : à propos de deux cas	FD. Benatta; N. Azzi; FZ. Mahieddine; A. Belghitri; A. Karoui; S. Benissad; A. Ouardi	Service de pneumologie & service de cardiologie, EHUO, Faculté de Médecine, Université Oran1
23	Sarcoïdose pulmonaire cavitaire et ganglionnaire profonde et périphérique mimant une tuberculose : à propos d'un cas	Besseddik F, Ouadfel Y, Lounici T, Limam M, Aissani S, A. Meridj, F. Chiba	Hôpital central de l'armée, service de pneumologie
24	Granulomatose avec polyangéite grave révélée par une hémoptysie de minime abondance : à propos d'un cas	Azreug A, Selma S, Haddar Y, Dakkiche L, Djaid M, Snouber A	Service de pneumologie A, Faculté de médecine d'Oran, Université Oran 1 Ahmed Ben Bella
25	Fibrose-emphysème (CPFE) + SAOS : cas clinique illustré	Beladjal A, Henni N, Benzekhroufa N, Haddar Y, Bouhedda M, Snouber A	Service de pneumologie A, CHU d'Oran
26	Quand l'asthme ne dit pas tout chez une jeune fille : polyangéite granulomateuse éosinophilique	Dr Henni, Dr Beladjel, Dr Djaid, Pr Snouber	Service de pneumologie A, CHU d'Oran
27	Sarcoïdose pulmonaire cavitaire et ganglionnaire profonde et périphérique mimant une tuberculose : à propos d'un cas de diagnostic difficile	Besseddik F, Ouadfel Y, Lounici. T, limam. M, Aissani.S, A. Meridj, CHIBA.F	Université Sciences de la santé Youcef Elkhatib Alger . HCA

E-posters infection

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
1	Intérêt du traitement local radioguidé dans la prise en charge des suppurations pleuropulmonaires : à propos d'une série de 10 cas	AY. Boudraa; ME. Djouamai; N. Djami; M. Sefsaf; Y. Benbetkha; A. Fissah; S. Souilah	CHU BEO
2	Fistule broncho-pleurale compliquée d'une pneumonie à propos d'un cas	Djilali Ismail; Kambouche F; Bentata K	CHU Mostaganem
3	Linalool Oxide comme stratégie antivirulence innovante dans la prise en charge holistique des infections respiratoires à <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Grine Nahla; Ladjel-Mendil Amina; Mnif Sami	1. Laboratoire des procédés de Criblage Moléculaire et Cellulaire, Centre de Biotechnologie de Sfax, Tunisie 2. Laboratoire de Biologie Cellulaire et Moléculaire, Faculté des Sciences Biologiques, USTHB, BP 32 El-Alia Bab Ezzouar, Alger
4	Aspergillose pulmonaire angio-invasive chez un patient atteint de leucémie lymphoïde chronique : à propos d'un cas	Brahimi N; Hadjeb S; Belaid D; Nechaf N; Bakiri K; Bouchaib H	Service des maladies infectieuses, CHU Tizi-Ouzou
5	Aspergillome pulmonaire sur cavité résiduelle de kyste hydatique : à propos d'un cas illustratif	Brahimi N; Hadjeb S; Belaid D; Bouchaib H	Service des maladies infectieuses, CHU Tizi-Ouzou
6	Pleurésie purulente récidivante compliquant un abcès rénal	D. Nahoui; S. Djabali; S. Hamdani; S. Tibhirt; M. Limam; A. Meridj; S. Aissani; F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital Mohammed Seghir Nekkache (HCA)
7	Aspergillose pulmonaire chronique fibrosante : défis diagnostique et thérapeutique	S. Djabali; A. Meridj; R. Nahoui; N. Ouadfel; M. Limam; F. Barr; S. Aissani; F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital Mohammed Seghir Nekkache
8	L'épanchement pleural au cours d'un syndrome néphrotique sévère peut être dû à une complication infectieuse	K.F.Z. Adhimen; M. Limam; S. Aissani; A. Meridj; S. Djabali; C. Hamedani; F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée
9	L'Aspergillose respiratoire : pathologie caméléon qui s'adapte au lit pulmonaire des patients	Grine N; Limam M; Tibhirt S; Merzoug N; Lounici T; Kone M; Djabali S; Aissani S; Meridj A; Chiba F	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée Mohammed Seghir Nekkache (HCA)
10	Pleurésie purulente à <i>Gemella</i> post-bronchoscopie pour masse pulmonaire : Un cas rare	Dr Salhi; Pr Abdellaziz; Pr Taright	Service de pneumophtisiologie, CHU Mustapha

E-posters infection

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
11	Aspergillome pulmonaire intracavitaire sur séquelles de tuberculose chez un patient porteur d'un syndrome de Kartagener : à propos d'un cas	Dr Kernou; Dr Zeghlache; Dr Si Hadj Mohand; Pr Malki	Service de pneumologie, CHU Béjaïa
12	Aspergillose pulmonaire invasive : défi diagnostique et prise en charge multidisciplinaire	M. Messaoudene; R. Oufella; F. Sihadj Mohand; A. Cherifi; Z. Touati; G. Malki	Service de pneumologie, CHU Béjaïa
13	Aspergillose pulmonaire compliquant une granulomatose septique chronique	I. Djebaili; S. Aissani; F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'armée, Mohamed Seghir Nekkache, Alger
14	Kyste hydatique pulmonaire : ne pas oublier la double localisation à propos d'un cas	Hachani MB, Bouhant A, Belaid Z, Benkara MW, Belala R	Service de pneumo-phtisiologie, HMRU Constantine
15	Hydatidose multiple pulmonaire et hépatique : une maladie, deux organes, multiples défis, à propos d'un cas	I. Zaidi, R. Kherdouche, D R. Oufella, I. Chérifi, F. Si Hadj Mohand, G. Malki	Service de pneumo-phtisiologie, CHU de Béjaïa
16	Dilatations des bronches diffuses chez une patiente atteinte de lupus érythémateux systémique : complication rare ou association fortuite ?	Achour Imen	Cabinet de pneumologie Dr Imen Achour, Khenchela
17	Bronchectasies diffuses révélant un déficit immunitaire humoral sévère : impact de la substitution par immunoglobulines IV	M. Chaibdra; L. Benasla; R. Bouziane; N. Benfarhat; A. Chaal; M.N. Smahi; F. Adila	Service de pneumologie, Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran
18	Manifestations respiratoires de l'épidermolyse bulleuse acquise	D. Nahoui; S. Tibhirt; F. Ou	Service de pneumologie, Hôpital Mohammed Seghir Nekkache (HCA)
19	Colonisation bactérienne et sévérité des dilatations de bronches : étude du profil microbiologique et évaluation pronostique par le score FACED	K. Hammamda, R. Hitachi, A. Benkacemi, R. Abdelaziz, L. Laouar, S. Abderahim, S. Taright	Service de pneumo-phtisiologie, CHU Mustapha
20	Les Infections respiratoires chez la femme enceinte : concilier traitement optimal et protection materno-fœtale	Chouali Leila	Faculté de Médecine, Université Ferhat Abbas, Sétif
21	Lung injury pathogenesis after scorpion envenomation : Involvement of cysteinyl leukotriene receptor 1	Lung injury pathogenesis after scorpion envenomation : Involvement of cysteinyl leukotriene receptor 1	Ladjel-Mendil Amina, Cherifi Fateh, Laraba-Djebari Fatima

E-posters autres



	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
1	La symphyse pleurale médicale au cours des pneumothorax chroniques	M. Djouamai, N. Djami, Y. Benbetka, Benchoufi, A. Fissah, S. Souilah	CHU BEO
2	Névrome intrathoracique mimant un lymphome au cours de la maladie de Recklinghausen	M. Z. Kone, M. Limam, S. Aissani, H. Lebcir, F. Chiba	HCA
3	Hémothorax retardé compliquant un pneumothorax primaire chez un jeune : piège radiologique et apport décisif de l'échographie pleurale	Bouhant A, Tlili K, Belkhir I, Radji F, Khelassi Y, Belala R	1: Service de pneumologie, HMRU Constantine ; 2: Service de chirurgie thoracique, HMRU Constantine ; 3: Service de radiologie, HMRU Constantine
4	Poumon évanescent chez l'adulte jeune : approche multidisciplinaire et stratégie thérapeutique spécialisée	Belaïd Z, Sekhane T, Tlili K, Bouhant A, Hachani MB, Belala R	Service de pneumologie, HMRUC
5	Infarctus pulmonaire sans embolie : un véritable défi diagnostique	T. Lounici, M. Limam, N. Merzoug, S. Tibhirt, N. Grine, S. Aissani, F. Chiba	Service de pneumologie, Hôpital central de l'Armée Mohammed Seghir Nekkache HCA
6	Syndrome de Marfan compliqué d'un pneumothorax : à propos d'un cas	Khouni Z, Selma S, Snouber A	Service pneumo-physiologie A, CHU Oran
7	Sous le masque de la pneumopathie nécrosante	Dr Issadounene N, Dr Benchalal, Pr Malki	CHU Béjaïa
8	Le syndrome de cimenterie en situation clinique	Selma S, Haddar Y, Azreug A, Djaid M, Bouhadda M, Snouber A	Service de pneumo-physiologie A, Université Oran 1 Ahmed Ben Bella
9	Syndrome du lobe moyen chez l'adulte à propos d'un cas	Dr Safa Amel Sabrine, Pr Ait Mouhab, Dr Koussa, Dr Boudiaf, Dr Kihli	Service des urgences médicales, CHU Mustapha, Alger, Algérie
10	Syndrome d'obésité-hypoventilation associé au SAHOS : diagnostic méconnu révélé lors d'une décompensation aiguë	M. Seghir; T. Djenfi; A. Ouahchi; R. Djebaili	Service de pneumo-physiologie, EPH Batna
11	Prise en charge du SAOS sévère par CPAP dans le syndrome de Klippel-Feil : à propos de deux cas pédiatriques	S. Benredjem; N. Bouhafs; O. Righi; R. Aboura; Z. Bouzerar	Service de Pédiatrie, CHU de Bab El Oued, Alger

E-posters autres

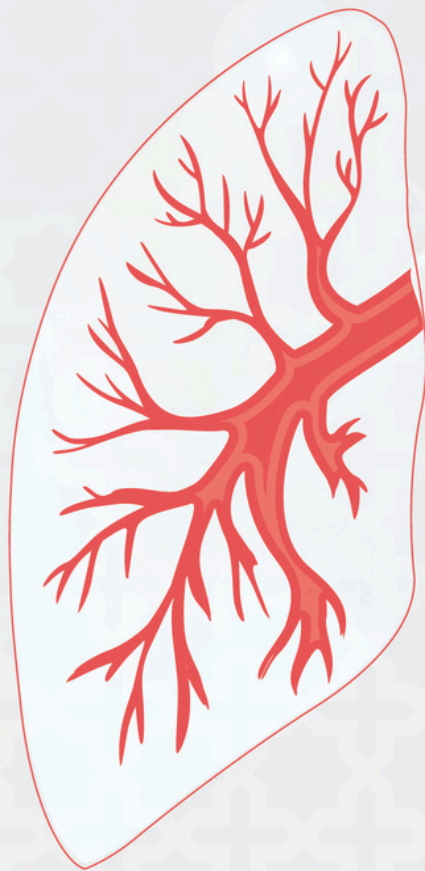
	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
13	Narcolepsie-cataplexie secondaire à un SAHOS modéré : amélioration clinique sous PPC seule	M. Chaibdra; L. Benasla; R. Bouziane; N. Benfarhat; A. Chaal; M. N. Smahi; F. Adila	Service de pneumologie, Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran
14	Prise en charge de l'asthme à l'officine : enquête auprès des pharmacies d'officine de la wilaya de Sidi Bel Abbes	Mazid Rym	CHU Sidi Bel Abbes
15	Exacerbation sévère d'asthme au cours de la grossesse : apport de l'échographie pulmonaire. À propos de trois cas	Dr Safa Amel Sabrine, Pr Ait Mouhab, Dr Koussa, Dr Boudiaf, Dr Kihli	Service des urgences médicales, CHU Mustapha, Alger
16	Corticoïdes inhalés et complications buccales chez les patients asthmatiques et BPCO : vers une prise en charge holistique	Pr Kheraifia Ch, Dr Bouchireb, et coll.	CHU Beni-Messous
17	La biopsychologie de l'asthmatique	Zitouni Davia	Université Alger 2, laboratoire de psychologie de la santé
18	Prise en charge de l'asthme à l'officine : enquête auprès des pharmacies d'officine de la wilaya de Sidi Bel Abbes	Mazid Rym	CHU Sidi Bel Abbes
19	Exacerbation sévère d'asthme au cours de la grossesse : apport de l'échographie pulmonaire. À propos de trois cas	Dr Safa Amel Sabrine, Pr Ait Mouhab, Dr Koussa, Dr Boudiaf, Dr Kihli	Service des urgences médicales, CHU Mustapha, Alger
20	Corticoïdes inhalés et complications buccales chez les patients asthmatiques et BPCO : vers une prise en charge holistique	Kheraifia Ch ,Bouchireb , Zidiri , Talbi ,Lattafi	CHU Beni-Messous
21	La biopsychologie de l'asthmatique	Zitouni Davia	Université Alger 2, laboratoire de psychologie de la santé
22	Déterminants cliniques et environnementaux de la sensibilisation aux allergènes majeurs des acariens dans une population algérienne	Smaha H, Naci D, Smaili Y, Merdjiti H, Lacheheb, Abbadi M, Kechoud N, Meddour Y, Belbouab R, Taright S, Salah SS	¹ Service d'Immunologie, CHU Mustapha ; ² Laboratoire Central, Hôpital Birraria ; ³ Laboratoire Central, Hôpital Mère-Enfant de l'Armée ; 4-Service de Pédiatrie, CHU Mustapha ; 5-Service des Maladies Respiratoires, CHU Mustapha, Alger, Algérie
23	Les maladies respiratoires professionnelles	A. Belkassa, A. Haider, M. Oukil, N. Chara, M. Fernane, S. Fraga	Établissement Public Hospitalier de Rouiba, Alger, Algérie

E-posters autres

	Titre	Auteurs	Affiliations / Service / Hôpital
24	Dyspnée aiguë au premier trimestre de grossesse : apport décisif de l'échographie pulmonaire dans le diagnostic différentiel avec l'embolie pulmonaire	Bouhant A, Belala R, Hechani MB, Tlili K	Service de pneumologie, Hôpital militaire régional universitaire de Constantine
25	Évaluation de la qualité microbiologiste de l'air intérieur dans un laboratoire de contrôle de qualité: implications potentielles pour la santé respiratoire	Guerabsi Karima	Laboratoire de contrôle de qualité
26	Gestion intégrée de l'asthme chez la femme en âge de procréer : de la conception à la contraception. L.Chouali	Chouali Leila	Faculté de Médecine, Université Ferhat Abbas, Sétif
27	Effet de la pression positive continue (PPC) sur la steathopathie non alcoolique (NASH), associée au syndrome d'Apnees-Hypoonees Obstructives de Sommeil (SAHOS)	T.Brahimi, Dj.Kezzoula, A.Zitouni, F.Chiba	Université des Sciences de la Santé Faculté de Médecine HCA
28	Effet de la pression positive continue (PPC) sur la polyglobulie secondaire au syndrome d'Apnees-Hypoonees Obstructives de Sommeil (SAHOS)	T.Brahimi, A.Zitouni, F.Chiba	Université des Sciences de la Santé Faculté de Médecine HCA
29	Association syndrome d'Apnees-Hypoonees Obstructives de Sommeil et Asthme Bronchique - Étude des paramètres polygraphiques sur une série	T.Brahimi, A.Djebbar, F.Adila, A Zitouni, F. Chiba	Université des Sciences de la Santé Faculté de Médecine HCA

28^{EME} CONGRÈS NATIONAL DE LA **SAPP**
SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

LE **16, 17** ET **18** AVRIL **2026** AU **HOTEL MERCURE** ALGER



AstraZeneca 

sanofi



SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE
DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DEPUIS 1952.
SCIENCE, SAVOIR, HISTOIRE





28^{EME} CONGRÈS NATIONAL DE LA **SAPP**
SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

LE **16, 17** ET **18** AVRIL **2026** AU **HOTEL MERCURE** ALGER

AstraZeneca 
sanofi



SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE
DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DEPUIS **1952**.
SCIENCE, SAVOIR, HISTOIRE

