LA GAZETTE PÉDIATRIQUE MAROCAINE

Apelip News

La science éclaire la pratique.

La première gazette marocaine d'information pédiatrique.

Association des Pédiatres de Libre Pratique

NOVEMBRE 2026 | N°37

L'ESSENTIEL DE LA PÉDIATRIE

POUR MIEUX DÉCIDER, CHAQUE JOUR



GRAND DOSSIER

INFECTION URINAIRE

Chez l'enfant : diagnostic, traitement et repères comparés.

PNEUMOLOGIE

AZITHROMYCINE

Enfant siffleur : que montre l'essai AZ-SWED ?

FOCUS MAROC

DIPHTÉRIE

Les questions essentielles dans le contexte marocain.

VACCINATION

OTITE

Pneumocoque : portage et données marocaines.

À DÉCOUVRIR DANS CE NUMÉRO

INTERACTIF

Ateliers pédiatriques — Accéder ›

Publications marocaines — Accéder ›

À écouter / À voir — Accéder ›

Agenda — Accéder ›

ÉDITORIAL

Des repères pour mieux décider

Chères consœurs, chers confrères,

Ce numéro d'APELIPNews rassemble des sujets qui interrogent nos décisions quotidiennes : confirmer une infection urinaire, choisir une durée d'antibiothérapie, apprécier l'intérêt d'un antibiotique devant un épisode sifflant ou sélectionner un soluté de remplissage.

Notre objectif reste le même : présenter les résultats utiles, expliquer leurs limites et préciser ce qu'ils peuvent apporter à notre pratique au Maroc.

La recherche marocaine garde une place centrale, avec deux travaux consacrés au portage pneumococcique chez les jeunes enfants présentant une otite et aux infections néonatales à Serratia à Rabat.

Les ateliers de la Pr Agnès Linglart, les podcasts sélectionnés et les formations universitaires prolongent cette lecture. L'agenda présente les prochains rendez-vous, en distinguant les annonces confirmées du calendrier provisoire.

Merci pour vos contributions. Elles font vivre cette gazette et permettent de partager les connaissances et les expériences de nos équipes.

Le comité de rédaction d'APELIPNews

Comité éditorial

Responsable de la publication
Dr Khalid Bouhmouch
Comité scientifique — coordination et relecture
Pr Lamya Karboubi
Pr Zineb Ghanimi
Dr Khalid Bouhmouch
Dr Sarah Bouhmouch

Membres du Bureau — APELIP

Président
Dr Khalid Bouhmouch
Vice-Président
Dr Abdelati Benhsain
Secrétaire générale
Pr Zineb Ghanimi
Trésorier
Dr Mohamed Bennani
Coordination privé-public
Pr Lamya Karboubi
Secrétaire générale adjointe
Dr Naima Sadiq
Trésorier adjoint
Dr Hamid Abou EL Kouroum
Assesseurs
Dr Amina EL Kassemi EL Alaoui
Dr Abdelilah Taimi

ACTUALITÉ MAROCAINE

Diphtérie : les questions essentielles

Ce que le pédiatre doit savoir, vérifier et faire.

Données marocaines datées, recommandations nationales et sources originales accessibles par lien.

01 Que sait-on des foyers marocains en 2026 ?

Le 28 septembre, deux foyers du Souss-Massa comptaient 1 cas confirmé et 8 cas en investigation, dont 2 décès non confirmés biologiquement à cette date. Le bilan est passé à 15 cas confirmés le 14 octobre. Le 29 octobre, le Dr Jaouad Hammou (DELM) a communiqué 30 cas confirmés et 3 décès au Maroc. C'est le dernier bilan national identifié au 30 octobre. [1-2, 13]

02 Depuis combien de temps la diphtérie n'était-elle plus notifiée ?

Une présentation de la Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies (DELM), rapportée le 7 octobre, mentionne l'absence de cas enregistrés entre **1992 et 2025**. Cette donnée historique provient de la présentation et non d'une série annuelle reproduite dans ce dossier. [3]

03 Quelle est l'ampleur de la résurgence en Afrique ?

Selon l'OMS, du **1er janvier au 2 novembre 2025**, huit pays africains ont rapporté **20 412 cas suspects** et **1 252 décès** (ratio déclaré d'environ 6,1 %). Exemples : Nigeria, 12 150 cas suspects ; Niger, 1 926 ; Mauritanie, 849. Il s'agit de données **2025**, non du bilan de 2026. [4]

04 Quel chiffre de mortalité peut-on communiquer ?

La diphtérie respiratoire peut entraîner une obstruction des voies aériennes, une myocardite ou des atteintes neurologiques. Une létalité de 5 à 10 % est classiquement citée selon les contextes, mais **aucune létalité nationale marocaine fiable ne peut être calculée** à partir des données actuellement disponibles. [4, 9]

ACTUALITÉ MAROCAINE | 29 OCTOBRE 2026

Au niveau national : 30 cas confirmés et 3 décès, selon le chef de la Division des maladies transmissibles (DELM), interrogé par SNRT News. L'accès aux rappels vaccinaux est élargi, notamment pour les professionnels de santé. [13]

À Salé, Hespress et LeBrief signalent deux décès d'enfants et plus de 40 contacts pris en charge ; le statut biologique des décès n'y est pas précisé. À Larache, Médias24 rapporte un décès d'enfant parmi six cas suspects, dont deux confirmés. Ces données locales ne s'ajoutent pas au bilan national. [11–13, 15]

RECONNAÎTRE - ALERTER - CONFIRMER

05 Quels signes doivent faire suspecter une diphtérie ?

Incubation habituellement de **2 à 5 jours**. Angine ou rhinopharyngite avec **pseudomembranes grisâtres, épaisses, adhérentes**, dysphagie, adénopathies, œdème cervical, stridor ou détresse respiratoire. Leur décollement peut provoquer un saignement. Une forme cutanée est possible ; une vaccination complète n'exclut pas à elle seule le diagnostic. [6, 9]

06 Quelle conduite immédiate devant une suspicion ?

Isolement immédiat : précautions gouttelettes, avec précautions contact si lésions cutanées. Évaluer les voies aériennes, orienter vers une structure hospitalière adaptée et **notifier immédiatement les autorités sanitaires**. Ne pas attendre le résultat du laboratoire pour les mesures urgentes et le traitement. Ne pas arracher ou décoller la pseudomembrane. [5-6]

07 Quels prélèvements effectuer ?

Le protocole marocain recommande **deux écouvillons** : oropharyngé (sur ou sous le bord de la membrane) et nasal profond ; un fragment de pseudomembrane peut être ajouté si disponible. Prélever avant antibiothérapie **si possible, sans retarder les soins**. Organiser le transport vers le laboratoire de référence et prévenir la surveillance épidémiologique. [6, 10]

08 Une PCR positive prouve-t-elle la production de toxine ?

Non, pas nécessairement. L'identification de Corynebacterium diphtheriae ou la détection du gène tox ne démontrent pas, seules, la production de toxine. Cette production est confirmée par un test spécifique (par exemple **test d'Elek**) dans un laboratoire spécialisé. **Attention :** la définition opérationnelle de « cas confirmé » figurant dans l'algorithme national accepte PCR ou culture ; elle ne doit pas être confondue avec la démonstration de toxigénicité. [6, 10]

RÉFLEXE CLINIQUE PRIORITAIRE

Suspicion crédible = isolement + évaluation des voies aériennes + notification immédiate + traitement sans attendre la confirmation microbiologique. La recherche et la gestion des contacts sont organisées avec les autorités sanitaires. [5-7]

TRAITEMENT - ANTITOXINE - SURVEILLANCE

09 Quelle antibiothérapie recommande le protocole marocain ?

Macrolides en première intention, selon le protocole national de septembre 2026. Chez l'enfant : **azithromycine 10 mg/kg, une fois par jour, pendant 5 jours** (maximum 500 mg/j, voie orale), ou **érythromycine 10 mg/kg toutes les 6 heures, pendant 14 jours** (voie orale ou parentérale). Les souches nationales isolées y sont décrites comme sensibles aux macrolides et résistantes à la pénicilline G et à l'ampicilline. [5]

ACTUALISATION THÉRAPEUTIQUE

Le schéma ci-dessus concerne le **traitement d'un cas malade** : ne pas confondre les **5 jours d'azithromycine** avec les **3 à 5 jours** possibles de prophylaxie des contacts, selon le protocole national. [5, 7]

10 Quand et comment utiliser l'antitoxine diphtérique (ATD) ?

L'ATD neutralise uniquement la toxine **encore circulante**. L'administrer rapidement **sans attendre la confirmation biologique**, sur indication médicale, en milieu hospitalier. **Dose unique identique chez l'enfant et l'adulte**, selon la présentation et la durée d'évolution. Pas d'ATD en prophylaxie des contacts. [5, 8]

DOSES D'ATD | PROTOCOLE NATIONAL, SUR BASE OMS 2024

Laryngite ou pharyngite, évolution < 48 h	**20 000 UI**
Atteinte rhinopharyngée étendue, évolution < 48 h	**40 000 UI**
Œdème diffus du cou, évolution ≥ 48 h ou forme grave	**80 000 UI**

Au Maroc, présentation indiquée : **10 000 UI/10 mL**, à conserver entre **2 et 8 °C**, sans congélation. Perfusion IV lente : **2 h** pour l'adulte et l'enfant > 10 ans ; **4 h** pour l'enfant < 10 ans ; jusqu'à **6 h** si < 10 kg, avec adaptation du volume. Le protocole ne recommande pas de test cutané systématique ; prévenir et prendre en charge sans délai une éventuelle anaphylaxie. **Se reporter à l'affiche officielle en annexe pour la préparation.** [5]

11 Quelles complications imposent une surveillance ?

Obstruction respiratoire, **myocardite et troubles du rythme**, atteintes neurologiques, rénales ou hémodynamiques. La disparition de l'angine ne permet pas d'exclure une complication toxique tardive. Hospitalisation et surveillance adaptées à la gravité. [5, 8-9]

12 Quand peut-on lever l'isolement ?

En cas d'infection toxinogène, le CDC recommande de documenter l'élimination bactérienne par **deux cultures négatives successives, espacées d'au moins 24 h après la fin du traitement antibiotique**. Appliquer la procédure nationale et les consignes du service de prévention et de contrôle de l'infection. [9]

CONTACTS - VACCINATION - RÉFÉRENCES

13 Qui faut-il considérer comme contact ?

Le document national classe les expositions en **haut risque** (foyer, sécrétions, soins sans protection, promiscuité prolongée), **risque modéré** (contacts rapprochés répétés, sans sécrétions directes) et **faible risque** (contact bref sans proximité prolongée). La vaccination ne supprime pas le risque d'exposition. [7]

14 Quelle conduite tenir devant les contacts ?

Pour les contacts à haut risque : **antibioprophylaxie systématique**, contrôle du statut vaccinal, **surveillance active pendant 10 jours** et éviction selon le protocole national. Pour le risque modéré : conduite adaptée au contexte et à la décision sanitaire coordonnée ; risque faible : autosurveillance. Chez l'enfant, le protocole propose l'azithromycine **10 mg/kg/j** (maximum 500 mg/j) pendant **3 à 5 jours** en prophylaxie. [7]

15 Quel message vaccinal transmettre ?

Vérifier et compléter la vaccination selon le Programme national d'immunisation, sans recommencer une série interrompue. Pour les contacts, appliquer les règles nationales de rattrapage et le seuil de 5 ans après exposition. Le 29 octobre, le ministère a élargi l'accès aux rappels, notamment aux personnels de santé. [7, 9, 13]

16 Quels points restent évolutifs à la date de diffusion ?

Le bilan du 29 octobre (30 cas confirmés, 3 décès) reste daté. La répartition des cas, le statut biologique des décès et le circuit de l'antitoxine doivent être revérifiés selon les communications officielles. Ne pas additionner les bilans locaux au chiffre national. [5-7, 13-15]

RÉFÉRENCES DIRECTES | LIENS CLIQUABLES

[1] SNRT News | Foyers Souss-Massa, 28 sept. 2026

[2] SNRT News | Bilan national du 14 oct. 2026

[3] SNRT News | Présentation DELM, 7 oct. 2026

[4] OMS | Diphtérie en Afrique, 21 nov. 2025

[5] MSPS Maroc | Protocole thérapeutique, sept. 2026

[6] MSPS Maroc | Algorithme de surveillance, 2026

[7] MSPS Maroc | Gestion des contacts, sept. 2026

[8] OMS | Prise en charge clinique, février 2024

[9] CDC | Prise en charge, juillet 2026

[10] CDC | Diagnostic biologique, juillet 2026

[11] Hespress | Signalement à Salé, 26 oct. 2026

[12] LeBrief | Foyer et contacts à Salé, 27 oct. 2026

[13] SNRT News | Bilan de 30 cas, 29 oct. 2026

[14] Hespress | Suivi des cas à Salé, 29 oct. 2026

[15] Médias24 | Riposte et Larache, 29 oct. 2026

PRÉCISION ÉDITORIALE

Le bilan national (30 cas confirmés, 3 décès) provient d'une déclaration du Dr Jaouad Hammou à SNRT News, le 29 octobre. Les données régionales publiées dans la presse ne doivent pas être additionnées à ce bilan. Les posologies suivent le protocole thérapeutique marocain de septembre 2026. Document pour professionnels de santé.

ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵜⴰⵏⴰⵎⵓⵔⵜ
ⴰ ⵙⵏⵜⵍ ⴰⵢⵢⵓⵔ ⴰⵏⴰⵎⵓⵔ
المملكة المغربية
وزارة الصحة
والحماية الاجتماعية
Royaume du Maroc
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

DIPHTÉRIE

PROTOCOLE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

URGENCE MÉDICALE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE

TRAITER IMMÉDIATEMENT – NE PAS ATTENDRE LA CONFIRMATION BIOLOGIQUE

Objectifs : Neutraliser la toxine circulante · Éradiquer la bactérie · Prévenir les complications · Interrompre la transmission

1 ANTIBIOTHÉRAPIE (MACROLIDES)

Antibiothérapie systématique : éradiquer la bactérie, arrêter la production de toxine et limiter la transmission.

Groupe d'âge	Molécule	Posologie	Durée	Voie d'administration
Adulte	Érythromycine	40 à 50 mg/kg/jour (max. 2 g/jour) en doses fractionnées : 10 à 15 mg/kg toutes les 6 heures (max. 500 mg par dose)	14 jours	Parentérale ou orale
	Azithromycine	10 à 12 mg/kg une fois par jour (max. 500 mg/jour)	5 jours	Orale
Enfant	Azithromycine	10 mg/kg une fois par jour (max. 500 mg/jour)	5 jours	Orale
	Érythromycine	10 mg/kg toutes les 6 heures	14 jours	Parentérale ou orale

Données microbiologiques nationales actuellement disponibles



- ✓ Les souches isolées sont toxinogènes (tox+)
- ✓ Sensibles aux macrolides (azithromycine, érythromycine)
- ✗ Résistantes à la pénicilline G
- ✗ Résistantes à l'ampicilline

2 ANTITOXINE DIPHTÉRIQUE (ATD)

Indications et principes

- Administration précoce, le plus tôt possible, sur indication médicale (staff médical).
- Ne pas attendre la confirmation biologique.
- Neutralise uniquement la toxine circulante (inactive sur la toxine déjà fixée aux tissus).
- Dose unique, identique chez l'enfant et l'adulte.
- Ne pas utiliser l'ATD en prophylaxie post-exposition.
- **Test cutané de sensibilité non recommandé de manière systématique** (OMS, 2024). La priorité doit être donnée à l'administration précoce, sous surveillance médicale, avec des moyens de prise en charge immédiate de l'anaphylaxie.

Posologie (OMS 2024)

Présentation clinique et durée d'évolution	Dose totale (UI)	Nombre de flacons (10 000 UI)
Laryngite ou pharyngite et durée < 48 heures	20 000	2
Atteinte rhinopharyngée (pseudomembrane étendue) et durée < 48 heures	40 000	4
Au moins un critère suivant : • Gonflement diffus du cou • Durée ≥ 48 heures • Maladie sévère (détresse respiratoire, choc)	80 000	8

Forme disponible au Maroc



- Solution de sérum transparente en ampoules de 10 mL contenant 10 000 UI.
- Conserver entre 2 et 8 °C.
- Ne pas congeler.

Préparation et dilution (OMS 2024) – Forme liquide



Administration (perfusion intraveineuse lente, milieu hospitalier)

Patient	Durée de perfusion (IV)
Adulte et enfant > 10 ans	2 heures
Enfant < 10 ans	4 heures
Enfant < 10 kg	Jusqu'à 6 heures (adapter le volume pour éviter la surcharge hydrique)

3 TRAITEMENT ADJUVANT ET MESURES ASSOCIÉES

Traitement symptomatique et adjuvant

- **Antipyrétiques** : Paracétamol selon l'âge et le poids.
- **Antalgiques** : selon l'intensité de la douleur.
- **Hydratation** : Voie orale si possible, voie intraveineuse si besoin.
- **Prise en charge des complications** : Selon leur nature (respiratoires, cardiaques, neurologiques, rénales, etc.).
- **Vaccination** : Mise à jour de la vaccination durant la convalescence (la maladie ne confère pas une immunité suffisante).

Mesures associées

- Hospitalisation en milieu adapté (service de soins intensifs selon la gravité).
- Isolement respiratoire de type gouttelettes (+ contact si lésions cutanées).
- Respect rigoureux des mesures de prévention et contrôle de l'infection.
- Surveillance et prise en charge des contacts.

MÉDICAMENTS ET GESTES À NE PAS FAIRE

- ✗ Attendre les résultats de laboratoire pour débuter le traitement.
- ✗ Administrer l'antitoxine en dehors d'une décision médicale.
- ✗ Utiliser l'ATD en prophylaxie post-exposition.
- ✗ Utiliser des antibiotiques non recommandés.
- ✗ Arracher ou décoller la pseudomembrane.
- ✗ Administrer une deuxième dose d'ATD après une dose complète.

PHARMACOVIGILANCE – SIGNALEMENT DES EFFETS INDÉSIRABLES

Tout effet indésirable (médicament ou vaccin) doit être signalé à l'Agence Marocaine du Médicament et des Produits de Santé (AMMPS) via les liens suivants :

Médicaments : https://vigiflow-efomstraining.who-umc.org/MA/medicaments

Vaccins : https://vigiflow-efomstraining.who-umc.org/MA/vaccin

Sources : OMS. Prise en charge clinique de la diphtérie : lignes directrices, 2 février 2024.
Protocole national de prise en charge thérapeutique de la diphtérie – MSPS, 2026.

CNOUSP/DELM/MSPS – Septembre 2026

Infection urinaire et pyélonéphrite chez l'enfant : ce qui change en pratique

Pourquoi ce dossier ?

L'infection urinaire (IU) reste une cause importante de fièvre sans foyer chez le nourrisson. L'enjeu est de confirmer le diagnostic sur un prélèvement fiable, de traiter rapidement les formes fébriles et de réserver l'imagerie aux situations où elle change la prise en charge. Les recommandations convergent sur ces objectifs, avec des différences de stratégie selon l'âge et les facteurs de risque.

1. Quand y penser ?

Avant 2 ans, les signes sont souvent peu spécifiques : fièvre inexpliquée, vomissements, irritabilité, difficultés alimentaires. Chez l'enfant plus grand, dysurie, pollakiurie, douleurs abdominales ou lombaires orientent davantage. Une bactériurie associée à une fièvre ≥ 38 °C évoque une IU haute. Une cystite isolée survient sans signe systémique.

2. Confirmer sans surdiagnostiquer

Prélever les urines avant l'antibiotique, sans retarder la prise en charge d'un enfant grave. Privilégier le milieu de jet chez l'enfant continent et le recueil propre lorsque possible ; chez le nourrisson, un prélèvement par sondage ou ponction sus-pubienne peut être nécessaire pour une culture interprétable. Le sachet collecteur expose à la contamination : une culture positive obtenue ainsi ne suffit pas à confirmer l'IU. Interpréter ensemble clinique, bandelette, leucocyturie et culture, selon l'âge et la méthode de prélèvement.

3. Qui hospitaliser ?

Avis pédiatrique urgent avant 3 mois ; évaluation hospitalière en cas d'altération de l'état général, sepsis suspecté, déshydratation, vomissements empêchant le traitement oral, obstacle urinaire possible ou suivi ambulatoire incertain. Une pyélonéphrite simple chez un enfant plus âgé, stable et buvant correctement, peut être traitée par voie orale avec réévaluation rapprochée.

4. Antibiothérapie : traiter juste et réévaluer

Le choix initial dépend de l'âge, de la gravité, des antécédents microbiologiques et de l'écologie bactérienne locale. Obtenir une culture puis adapter au résultat et à l'antibiogramme. La voie intraveineuse est réservée notamment aux nourrissons les plus jeunes, aux formes sévères ou à l'impossibilité de la voie orale ; relais oral dès amélioration clinique et tolérance digestive. La nitrofurantoïne n'est pas adaptée à une pyélonéphrite, car ses concentrations tissulaires rénales sont insuffisantes.

5. Quelle durée ?

Pour une cystite simple, 3 à 5 jours sont souvent retenus selon l'âge et l'antibiotique. Pour l'IU fébrile non compliquée, la SCP 2026 maintient au moins 7 jours. L'AAP 2026 suggère 5 à 7 jours chez les enfants à faible risque de 2 mois à 5 ans : recommandation conditionnelle, preuves de faible certitude. Les nourrissons de 8 jours à moins de 2 mois, les anomalies urinaires, la bactériémie ou une réponse insuffisante peuvent nécessiter 7 à 14 jours. Voir le comparatif et ses limites.

6. Échographie et autres examens : ciblés

SOMIPEV 2025 recommande une échographie dès la première IU, haute ou basse, quel que soit l'âge. Les stratégies internationales sont différentes : NICE la recommande notamment après une première IU répondeuse avant 6 mois, puis selon atypie ou récidive. Les détails figurent dans les tableaux comparatifs. Cystographie et DMSA relèvent d'indications ciblées.

7. Prévenir les récidives

Rechercher et corriger constipation, dysfonction vésico-sphinctérienne, mictions retenues et hydratation insuffisante. Expliquer aux parents les signes d'alerte et la nécessité de consulter rapidement en cas de nouvelle fièvre sans foyer. L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée systématiquement après une première IU.

En pratique au Maroc

Le point décisif est l'antibiogramme : les résistances locales peuvent rendre inadaptée une antibiothérapie empirique pourtant recommandée ailleurs. Favoriser les prélèvements de qualité, documenter les épisodes fébriles et organiser un contrôle clinique à 24–48 heures. En l'absence d'amélioration, réévaluer le diagnostic, l'observance, la résistance et l'éventualité d'une complication.

Les principaux repères selon les recommandations

Vue synthétique : les schémas ne sont pas interchangeables. Consulter chaque référentiel pour les situations particulières.

Référentiel	Cystite simple	IU fébrile / pyélonéphrite	Échographie
SOMIPEV 2025 [1]	5 jours dans le tableau thérapeutique.	Texte : 10–14 jours ; encadré : 7–10 jours ; tableau : 10 jours. Discordance du document source.	Dès la première IU, haute ou basse, quel que soit l'âge.
NICE [2–4]	3 jours à partir de 3 mois.	7–10 jours pour les traitements oraux cités.	Première IU avant 6 mois ; ensuite selon atypie ou récidive.
SCP / Canada 2026 [5]	3–5 jours.	Au moins 7 jours si amélioration rapide. Option 5–7 jours chez certains répondeurs sélectionnés >3 mois, après décision partagée.	Première IU avant 24 mois.
EAU/ESPU [6]	3–5 jours.	Durée adaptée à la forme clinique ; plus longue que pour une cystite.	En cas d'IU fébrile.
AAP 2026 [7] (8 j–5 ans)	3–5 jours dès 2 ans, non fébrile et à faible risque.	Faible risque, dès 2 mois : 5–7 jours. Risque élevé ou âge de 8 jours à <2 mois : 7–14 jours possibles.	Après la première IU fébrile avant 5 ans ; ne permet pas d'exclure un reflux.

Force des recommandations et limites

AAP, durée ≤7 jours : recommandation conditionnelle, certitude faible. Échographie après première IU fébrile avant 5 ans : recommandation forte, certitude faible sur l'impact clinique. Ces grades ne doivent pas être étendus aux autres référentiels.

SOMIPEV : les durées discordantes sont reproduites fidèlement, sans en déduire une prescription unique. Une clarification du référentiel reste nécessaire. Les traitements courts ne se généralisent pas aux formes compliquées ni au très jeune nourrisson.

À retenir

Une fièvre sans foyer peut révéler une IU ; une culture fiable évite les faux diagnostics. L'antibiothérapie doit être précoce dans les formes fébriles, puis adaptée à l'antibiogramme. La durée dépend du référentiel et de la situation clinique, comme précisé dans le tableau comparatif. L'imagerie et la prophylaxie doivent rester sélectives.

Références et accès direct

[1] SOMIPEV. Infections urinaires de l'enfant au Maroc. 2025. Document transmis : p. 25–27 et tableau thérapeutique p. 31–33.

[2] NICE NG109 : cystite, tableau 4. [3] NICE NG111 : pyélonéphrite, tableau 3.

[4] NICE NG224 : diagnostic et imagerie.

[5] Société canadienne de pédiatrie. Optimizing management of urinary tract infections in children. 25 août 2026.

[6] EAU/ESPU. Paediatric Urology : Urinary tract infections in children.

[7] Alverson et al. AAP. Pediatrics. 2026;158(4):e2026078565. Publication en ligne : 28 septembre 2026.

SOMIPEV. La prise en charge des infections urinaires de l'enfant. Webinaire du 23 septembre 2026 : replay.

Traitement Les molécules proposées selon le référentiel

Sélection des principales options pédiatriques. Les molécules d'une même case sont des alternatives, sauf association explicitement indiquée. Le choix dépend de l'âge, de la gravité, de l'antibiogramme et des résistances locales. Ni posologies ni durées ne sont reprises ici.

Référentiel	Cystite par voie orale	Pyélonéphrite par voie orale ou relais	Traitement injectable
SOMIPEV 2025 [1]	Amoxicilline/acide clavulanique ; cotrimoxazole. Céfixime en alternative, en limitant les C3G.	Céfixime initial chez certains enfants à bas risque. Relais selon sensibilité : cotrimoxazole, céfixime ; amoxicilline pour entérocoque ou Proteus sensible.	Hospitalisation : céfotaxime ou ceftriaxone, associés à l'amikacine dans le tableau III. Ambulatoire : amikacine ou ceftriaxone. Entérocoque : amoxicilline + gentamicine.
NICE [2,3]	Premier choix : triméthoprime seul si faible risque de résistance, ou nitrofurantoïne. Alternatives : céfalexine ; amoxicilline si sensible.	Céfalexine. Amoxicilline/acide clavulanique uniquement si culture disponible et souche sensible.	Céfuroxime, ceftriaxone, gentamicine ou amikacine. Amoxicilline/acide clavulanique si sensible ou en association selon NG111.
Canada [5]	Céfalexine privilégiée si faible résistance. Alternatives : cotrimoxazole, amoxicilline/acide clavulanique. Nitrofurantoïne limitée à la cystite.	Céfalexine ; cotrimoxazole ou amoxicilline/acide clavulanique selon sensibilité. Céfixime réservé si les premières options ne conviennent pas.	Aminosides, gentamicine ou tobramycine ; ceftriaxone. Céfotaxime et/ou ampicilline selon le contexte du jeune nourrisson.
EAU/ESPU [6]	Nitrofurantoïne citée comme option empirique. Choix adapté à l'écologie locale.	Céfixime, ceftibutène ou amoxicilline/acide clavulanique : options décrites chez des enfants sélectionnés.	Choix selon gravité, âge, fonction rénale et sensibilité locale ; pas de molécule unique imposée dans le texte consulté.

Lecture : la nitrofurantoïne ne traite pas une pyélonéphrite. Le triméthoprime seul de NICE n'est pas le cotrimoxazole. Ce tableau ne couvre pas les protocoles néonatals ni les infections multirésistantes ou compliquées, qui nécessitent un choix spécialisé.

Sources : [1] SOMIPEV 2025, section 5.2 et tableau III, p. 31–33 ; [2,3] NICE NG109 tableau 4 et NG111 tableau 3 ; [5] Société canadienne de pédiatrie, tableau 1 ; [6] EAU/ESPU, sections 12.6.1–12.6.3. Références et liens complets à la page précédente.

RECHERCHE NATIONALE

La pédiatrie marocaine publie

Pneumocoque et otite, quelles données après vaccination ?

À Casablanca, une étude multicentrique menée entre 2020 et 2024 a inclus 442 enfants de 6 à 36 mois présentant une otite moyenne aiguë. Le portage nasopharyngé du pneumocoque atteignait 38,9 %. Les données suggèrent une couverture théorique élargie avec les vaccins conjugués à 15 et 20 valences.

Ces résultats documentent la persistance de sérotypes vaccinaux et l'émergence d'autres sérotypes. Ils portent sur le portage nasopharyngé : ils ne mesurent pas directement l'efficacité clinique des vaccins contre l'otite. Pour les pédiatres marocains, l'intérêt est surtout de disposer d'une surveillance locale pour éclairer les stratégies vaccinales. L'étude déclare un financement de Pfizer, sans intervention du financeur selon les auteurs.

Katfy et al. Infectious Diseases Now, 2026. DOI : 10.1016/j.idnow.2026.105349.

Consulter la source →

Serratia en néonatologie, une série de Rabat

Une série rétrospective de l'Hôpital militaire Mohammed V décrit 16 nouveau-nés présentant une bactériémie à Serratia marcescens. Le poids médian de naissance était de 1 470 g. Quinze enfants avaient un cathéter veineux ombilical et sept sont décédés pendant l'hospitalisation.

Ce travail rappelle la gravité de ces infections chez des nouveau-nés vulnérables. Il souligne l'importance de la prévention des infections associées aux soins, de la surveillance microbiologique et de la gestion des dispositifs invasifs.

La petite taille de la série et l'absence de groupe comparateur empêchent d'attribuer les décès au seul germe ou de comparer les traitements. Les résultats ne doivent donc pas être extrapolés à toutes les unités marocaines.

El Messari et al. Cureus, 2026;18:e114991. DOI : 10.7759/cureus.114991.

Consulter la source →

Granulomatose septique chronique : une étude MENA

Une étude rétrospective menée dans sept pays, avec la participation de F. Ailal, A. A. Bousfiha et de l'Université Hassan II de Casablanca, décrit 322 patients. L'âge médian au diagnostic était de 20 mois. La survie estimée à dix ans atteignait 77,3 %. Les formes autosomiques récessives prédominaient parmi les patients dont le mode de transmission était identifié.

En pratique : penser à ce déficit immunitaire devant des infections bactériennes ou fongiques sévères et répétées, puis orienter vers une équipe spécialisée. Les auteurs soulignent l'accès au diagnostic génétique et à la greffe.

Limite : une série régionale rétrospective, qui ne mesure pas la fréquence de la maladie au Maroc.

Al-Tamemi et al. Journal of Human Immunity. 2026;2(5):e20260014. DOI : 10.70962/jhi.20260014.

Consulter la source →

Puberté précoce : penser aussi à une tumeur ovarienne

Au CHU Hassan II de Fès, S. Bouramdane et ses collègues rapportent le cas d'une fillette de sept ans présentant une distension abdominale et une puberté précoce. Une tumeur ovarienne de Sertoli-Leydig, exceptionnellement œstrogénosécrétante, a été confirmée par l'analyse anatomopathologique.

Une chimiothérapie néoadjuvante a permis une chirurgie préservant l'utérus et l'ovaire controlatéral. Une rémission complète était observée après 27 mois de suivi.

En pratique : une puberté précoce avec masse abdominale impose une exploration spécialisée. L'estradiol et l'inhibine B peuvent contribuer au suivi, avec la clinique et l'imagerie. Ce cas isolé ne définit pas un protocole de traitement.

Bouramdane et al. Clinical Case Reports. 15 octobre 2026;14:e73700. DOI : 10.1002/ccr3.73700.

Consulter la source →

VEILLE MONDIALE

À retenir de la littérature internationale

Azithromycine et sifflements préscolaires, pas de bénéfice démontré aux urgences

L'essai multicentrique AZ-SWED a randomisé 840 enfants de 18 à 59 mois consultant pour un épisode aigu de sifflements modéré à sévère. L'azithromycine, administrée pendant cinq jours, n'a pas réduit davantage les symptômes que le placebo. Ce résultat concernait aussi les enfants ayant des bactéries détectées dans le nasopharynx. L'essai a été arrêté pour futilité après une analyse intermédiaire prévue.

Détecter une bactérie dans les voies aériennes supérieures ne suffit donc pas à justifier un macrolide dans cette situation. L'arrêt anticipé limite la précision des estimations. L'étude concerne le traitement d'un épisode déjà constitué aux urgences, et ne répond pas à toutes les questions sur les stratégies préventives.

Denninghoff et al. NEJM, 2026;395:753–764. DOI : 10.1056/NEJMoa2516505.

Consulter la source →

Choc septique, soluté équilibré ou sérum salé ?

PRoMPT BOLUS a comparé les cristalloïdes équilibrés au NaCl à 0,9 % dans 47 services d'urgence de cinq pays. L'analyse a porté sur 8 482 enfants de deux mois à moins de 18 ans traités pour un choc septique suspecté.

Le critère principal, associant décès, nouvelle épuration extrarénale ou dysfonction rénale persistante, concernait 3,4 % des enfants sous soluté équilibré et 3,0 % sous NaCl, sans différence statistiquement significative. L'hyperchlorémie était moins fréquente avec les solutés équilibrés.

L'essai ne démontre pas de supériorité des solutés équilibrés sur le critère principal. Il ne signifie pas que les deux options sont interchangeables dans toutes les situations. La réévaluation du remplissage et la surveillance clinique restent essentielles.

Balamuth et al. NEJM, 2026;395:870–881. DOI : 10.1056/NEJMoa2601969.

Consulter la source →

VIDÉO

À voir



Retard de croissance

Pr Agnès Linglart · Français

Un atelier pratique sur l'analyse de la courbe de croissance, les éléments qui doivent alerter et l'orientation du bilan. Une ressource pour structurer la consultation et savoir quand demander un avis spécialisé.

Voir l'atelier →



Bilan thyroïdien chez l'enfant

Pr Agnès Linglart · Français

Comment interpréter les résultats thyroïdiens selon l'âge, notamment pendant la période néonatale ? L'atelier reprend les principales situations rencontrées en consultation et les pièges d'interprétation.

Voir l'atelier →

RESSOURCES

À écouter

Douleur abdominale aiguë

Une démarche clinique pour organiser l’interrogatoire, rechercher les signes d’alarme, hiérarchiser les diagnostics et choisir les premiers examens. Réalisé par Dr Stephanie de Waal avec Dr Mel Lewis.

PedsCases · 5 juillet 2026 · Anglais

Consulter la source →

Énurésie : évaluation et prise en charge

Un podcast fondé sur la position de la Société canadienne de pédiatrie : interrogatoire, examens pertinents, indications de traitement et suivi de l’enfant et de sa famille.

PedsCases · 12 juin 2025 · Anglais

Consulter la source →

FORMATION CONTINUE

Formations universitaires au Maroc

Les quatre premières formations sont annoncées pour 2026–2027. Le DUNAL est présenté selon l’affiche transmise, qui ne précise pas sa session. Se renseigner auprès des établissements pour les conditions d’admission et les places disponibles.

Maladies héréditaires du métabolisme

Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger · Session 2026–2027.

Annonce officielle

Consulter la source →

Allergologie pratique avancée

Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger · Session 2026–2027.

Annonce officielle

Consulter la source →

Réanimation néonatale

UM6SS · Janvier 2027 · Formation sur un an, en présentiel.

Programme et modalités

Consulter la source →

DU africain de vaccinologie

UM6SS · Février 2027 · Formation à distance.

Programme et modalités

Consulter la source →

DU national d’allergologie · DUNAL

Centre de formation continue des sciences de la santé · Rabat. En partenariat avec l’AMAFORCAL.

Formation sur deux ans, essentiellement pratique. Immunologie, explorations allergologiques, pneumologie, allergies alimentaires, dermatologie et prise en charge thérapeutique.

Public : médecins généralistes ou spécialistes, sur sélection. Effectif maximal : 40 participants.

Session et date de démarrage non précisées sur l’affiche transmise.

Informations et inscription →

Voir l’affiche transmise →

AGENDA

Maroc

Les rendez-vous pédiatriques à venir en novembre et décembre.



6–8 novembre 2026

9èmes Journées de Pédiatrie de l’APED

El Jadida

Association des Pédiatres El Jadida-Doukkala. Anesthésie, cardiologie, chirurgie, hématologie, néonatologie, pneumologie et traumatologie.



4–6 décembre 2026

14e Congrès SOMIPEV-Zerouali

Savoy Le Grand Hotel, Marrakech

VIH et tuberculose, méningocoque, pneumocoque, VRS, H. pylori, antibiothérapie, antibiorésistance, sepsis et vaccination.



11–12 décembre 2026

3e Congrès national SMAPP

Rabat

Immunoallergologie et pneumologie pédiatrique. Anaphylaxie et toux chronique chez l’enfant.

Communications affichées : avant le 20 novembre 2026 →

Dates et coordonnées à vérifier auprès des organisateurs avant inscription.

AGENDA

Agenda international

Les rendez-vous à venir, par ordre chronologique.



4–7 novembre 2026

52e congrès annuel de l'ISPAD

Rio de Janeiro, Brésil

Diabète de l'enfant et de l'adolescent.

Site officiel →



19–22 novembre 2026

INAC 2026

Amsterdam, Pays-Bas

Néonatologie internationale. Effets des interventions précoces sur la santé à long terme.

Site officiel →



19–21 novembre 2026

AFPA · Congrès national pluriprofessionnel de pédiatrie

Lyon, France

Lumières sur les 1000 premiers jours. Regards croisés des professionnels de l'enfant.

Site officiel →



8 décembre 2026

11èmes Journées É.C.H.A.N.G.E. · GFHGNP

Paris, France

Hépato-gastroentérologie et nutrition pédiatriques. MICI en ville, difficultés alimentaires, allergies, parasitologie, PCR multiplex, coprologie, hépatologie.

Site officiel →

Participer à APELIPNews

Tu souhaites proposer une publication marocaine, un article, une communication de congrès, un podcast, un webinaire ou une actualité pédiatrique ?

Écris-nous : apelip.rabat@gmail.com

APELIPNews est une gazette collaborative. Les propositions de publication sont les bienvenues à cette adresse.