



الجمعية التونسية لطب الأطفال
Société Tunisienne de Pédiatrie

Journée des Spécialités
Pathologie infectieuse pédiatrique
et Pédiatrie ambulatoire
Le 10 Décembre 2022

Hôtel La Kasbah Kairouan

Programme Scientifique

Résumés des Posters



Bureau de la Société Tunisienne de Pédiatrie

Président	Dr Menif Khaled
Président d'honneur	Dr Doagi Mohamed
Vice Président	Dr Mazigh Sonia
Secrétaire Générale	Dr Bouguila Jihene
Secrétaire Générale adjointe	Dr Ben Hamida Emira
Trésorière	Dr Siala Nadia
Trésorière adjointe	Dr Guellouz Nadia
Conseillers :	Dr Ben Ameer Salma
	Dr Fejji Samir
	Dr Thabet Farah

Sécretariat de la Société Tunisienne De Pédiatrie

Mme Monia Ben Hamza

Mail : societe.tunisienne.pediatrie@gmail.com

Téléphone : 94085014

Journée des spécialités

Infectiologie pédiatrique Et Pédiatrie Ambulatoire

Kairouan, le Samedi 10 Décembre 2022

Horaire	Salle 1	Salle 2
8h30 – 9 h00	Accueil et inscription des participants	
9 h 00- 10 h 00	Atelier 1 Lecture et interprétation d'un antibiogramme en pédiatrie Dr Mefteh Khaoula, Dr Hanane Smaoui, Dr Chokri Chouchene	Atelier 2 Démarche diagnostique en allergologie pédiatrique Dr Imen Belhadj Dr Samar Sammoud
Séance 1 : Conférences Modérateurs : Dr Douagi M, Dr Menif K, Dr Jaafer F, Dr Monastiri K		
10 h00 – 10 h 25	Conférence 1 Prise en charge à la première heure du choc septique chez l'enfant Dr Aida Borgi	
10 h 25 – 10 h50	Pas à Pas Orientation diagnostique devant une diarrhée prolongée à début néonatal Dr Chaabouni Malek	
10h50- 11h20	Pause-café et présentation des posters	
Séance 2 : Cas cliniques Interactifs Modérateurs : Dr Mejaouel H, Dr Bedoui A, Dr Mallek M , Dr Kharrat H		
11h20 – 12h20	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Fièvre Prolongée</i> Dr Nesrine Jaballah2. <i>Pneumopathie trainante</i> Dr Fatma Mezghani3. <i>Altération fébrile de l'état général</i> Dr Ines Maaloul4. <i>Dyspnée fébrile</i> Dr Nassima Balhoudi	
12h20- 13h05 Modérateurs :Dr Bousnina, Dr sammoud A Symposium Pfizer Place de VFend et Ecalta dans les infections fongiques chez l'enfant Dr Adnen Toumi		
13h05-14h30	Déjeuner	

Séance 3 : Conférences Modérateurs : Dr Boughammoura L, Dr Boussetta K, Dr Lajmi K, Dr Harbi A		
14h30-15h00	Conférence 2 Les malformations orthopédiques découvertes en période néonatale Dr Walid SAIED	
15h00- 15h30	Conférence 3 Vaccination antigrippale Dr Taher SFAR	
15h30-16h00	Conférence 4 Conduite de l'examen ophtalmologique en pédiatrie de 1ère ligne Dr Leila Kenani	
16h00- 16h30 Pause café et visite posters		
16h30 - 17h15 Modérateurs : Dr Ben Becher S, Dr Gueddiche M.N, Dr Hachicha M Symposium Opalia Diagnostic et prise en charge de l'anémie carencielle de l'enfant Dr Monia Ouedrni		
Séance 4 : Recommandation et Conférence Modérateurs : Dr Khemiri M, Dr Guannouni S, Dr Sfar M.T, Dr Amri F		
17h15-17h40	Recommandation GPIP-STP Antibiothérapie de l'infection urinaire chez l'enfant Dr Abir Boussetta	
17h40–18 h05	Conférence 5 Antibiothérapie dans les infections des voies aériennes supérieures Dr Ichrak Khamassi	
18 h 05 Clôture de la Journée - Cocktail dinatoire		

Journée des Spécialités

Pathologie infectieuse pédiatrique et Pédiatrie ambulatoire

Le 10 Décembre 2022 Hôtel La Kasbah Kairouan

Liste des Posters

Samedi 10 Décembre 2022

10h50 à 11h 20

Infectieux

P1- Méningo-encéphalo-myéloradiculite : une manifestation grave de la borréliose de Lyme

K. Al Gaaloul (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebah (1), M. Assidi (1), O. Bouyahya (1), S. Boukthir (1),

P2 - Masse rénale fébrile : Quels diagnostics ?

K. Al Gaaloul (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), M. Assidi (1), R. Ben Rebah (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1),

P3 - Le syndrome de Bart : à propos d'une observation néonatale

K. Al Gaaloul (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebah (1), M. Assidi (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1),

P4 - Méningites à Salmonelle: à propos de 3 cas.

S. Dbara (1), S. Kbaier (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), F. Khalsi (1), S. Hammouda (1), K. Boussetta (1),

P5 - Anémie hémolytique auto-immune compliquant une tuberculose chez l'enfant

S. Kbaier (1), S. Dbara (1), I. Trabelsi (1), F. Khalsi (1), M. Ben Romdhane (1), I. Belhadj (1), S. Hammouda (1), K. Boussetta (1),

P6 - Tuberculose multi-focale chez l'enfant

S. Kbaier (1), S. Dbara (1), F. Khalsi (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), I. Belhadj (1), S. Hammouda (1), K. Boussetta (1),

P7 - Staphylococcie pleuropulmonaire chez l'enfant : Une série de 14 cas

I. Briki (1), I. Trabelsi (1), A. Lachiheb (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

P8 - L'infection par le virus de l'hépatite A (VHA)

F. Maalej (1), I. Trabelsi (1), K. Frikha (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), M. Ben Romdhane (1), I. Brini (1), K. Boussetta (1),

P9 - Purpura thrombopénique immunologique post COVID-19 chez l'enfant : A propos de 3 cas

A. Abdelhedi (1), M. Abdelberi (1), R. Sghir (1), N. Soyah (1), S. Tilouche (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), R. Kbeaili (1), H. Ben Belgacem (1), N. Jaballah (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

P10 - Profil épidémiologique, clinique et évolutif de la tuberculose extra-pulmonaire en milieu pédiatrique : à propos de 12 cas

H. Hammami (1), H. Hrizi (1), M. Bouchouicha (1), R. Guedri (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1), S. Ben Becher (1),

P11 – Flambée d'infections à Shigella Sonnei prod de BLSE en milieu pédiatrique

B. Maalej (1), Z. Hadrich (1), K. Mekki (1), C. Kharrat (1), S. Mezghani (1), L. Gargouri (1), A. Hammami (1), A. Mahfoudh (1),

P12 - Abscès pulmonaire chez l'enfant

M. Weli (1), K. Frikha (1), F. Maalej (1), A. Ben Hlima (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P13 - Gastro-entérite aigüe à Shigelle en milieu pédiatrique : profil épidémiologique et clinique

H. Hammami (1), H. Hrizi (1), MA. Mansouri (1), R. Guedri (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1), S. Ben Becher (1),

P14 - Profil épidémiologique et clinique des abcès pharyngés chez l'enfant : une série de 14 cas

H. Hammami (1), M. Weli (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1)

P15 - La prise en charge des abcès pharyngés chez l'enfant : une série de 14 cas

H. Hammami (1), M. Weli (1), F. Safi (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P16 - L'Haemophilus influenzae : Une cause ré-émergente d'infection néonatale précoce

F. Fellah (1), C. Haj Hassine (1), A. Ayari (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1),

P17 - Les méningites lymphocytaires chez l'enfant

M. Weli (1), S. Trabelsi (1), K. Mekki (1), F. Maalej (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P18 - Ostéomyélite costale à staphylocoque aureus compliquée d'une pleurésie chez un nourrisson

P19 - Brucellose chez l'enfant : A propos de 4 observations

S. Ben Ahmed (1), O. Barkallah (1), F. Mezghani (1), E. Jbabli (1), S. Rhayem (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

P20 - Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des infections chez les enfants atteints de déficits immunitaires primitifs : A propos de 61 cas.

Y. Achich (1), H. Sahnoun (1), I. Maaloul (1), L. Sfaihi (1), M. Nejla (2), H. Aloulou (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1),

P21 - Une complication rare de la varicelle de l'enfant: le Purpura post varicelle

B. Maalej (1), Z. Hadrich (1), K. Mekki (1), S. Trichelli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P22 - Scarification and staphylococcus aureus sepsis

A. Harbi (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), H. Ben Oun (1), S. Khammari (1), E. Sbouai (1), H. Yanqui (1), M. Hessine (1),

P23 - Virus associated hemophagocytic syndrome with EBV in children

A. Harbi (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), S. Bousalma (1), S. Khammari (1), E. Sbouai (1), H. Yanqui (1), M. Hessine (1),

P24 - Syndrome de Kostmann

G. Cherif (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1),

P25 - Etat de mal convulsif du nourrisson : Méningite à streptocoque B et COVID 19, Quelle dangereuse coïncidence!

S. Atitallah (1), O. Mansour (1), R. Ben Rabeh (1), N. Missaoui (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1),

P26 - Les kystes hydatiques chez l'enfant: à propos de 8 cas

R. Kolsi (1), R. Daoud (1), R. Charfi (1), R. Belhaj (1), T. Kammoun (1),

P27 - Tuberculome cérébral et tuberculose disséminée sur un terrain d'immunodépression : à propos d'un cas

R. Kolsi (1), R. Daoud (1), H. Sahnoun (1), I. Chabchoub (1), I. Maaloul (1), T. Kammoun (1),

P28 - Aplasie médullaire post covid : complication rare et fatale

Z. Ben Aounallah (1), O. Sboui (1), Y. Ben Rejab (1), H. Barakizou (1),

P29 - Kaposi-Juliusberg syndrome in childhood : a case report

K. Ben Mansour (1), N. Jelalia (1), MY. Aissa (1), M. Ben Dhia (1),

P30 - Pneumococcal meningitis in children : atypical clinical presentation : a case report

N. Jelalia (1), K. Ben Mansour (1), A. Kallel (1), MY. Aissa (1), M. Ben Dhia (1),

P31 - Un torticolis fébrile révélant le syndrome de LEMIERRE : à propos d'un cas

H. Hammami (1), M. Weli (1), B. Maalej (1), F. Safi (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P32- ecthyma gangrenosum: à quoi penser?

F. Charfi (1), R. Charfi (1), N. Barkia (1), M. Ammar (1), I. Chabchoub (1), S. Ben Ameer (1), I. Ben Mostpha (2), H. Aloulou (1), MR. Barbouche (2), T. Kammoun (1),

P33 - Septicémie à salmonella récurrente sur un terrain de granulomatose septique chronique.

W. Ben Hadj Ali (1), O. Hammami (1), W. Barbaria (1), A. Bouraoui (2), M. Ouederni (2), I. Khamessi (1),

P34- Sacro iléite infectieuse compliquée chez l'enfant ; A propos d'un cas

M. Haj Ltaief (1), O. Naija (1), A. Tamboura (1), M. Ferjeni (1), W. Saied (2), M. Jrad (3), T. Gargah (1),

P35 - Covid 19 chez l'enfant: Quelles complications ?

I. Briki (1), I. Trabelsi (1), A. Lachiheb (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

P36- La pleurésie purulente chez enfant : à propos de 10 cas

I. Elleuch (1), R. Kolsi (1), W. Besghaier (1), S. Kmiha (1), T. Kammoun (1),

P37 - Les infections à salmonelles chez l'enfant

F. Safi (1), C. Kharrat (1), K. Mekki (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P38 - Abscess pharyngés de l'enfant et torticolis fébrile : A propos de 7 cas

M. Weli (1), S. Trabelsi (1), H. Hammami (1), K. Mekki (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P39 - La tuberculose abdominale de l'enfant : un diagnostic qui n'est pas toujours évident

F. Hassine (1), Z. Khlayfia (1), K. Lassoued (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P40 - Dermo-hypodermite nécrosante post-vaccinale

O. Hammami (1), D. Nasralli (1), W. Barbaria (1), A. Bouraoui (1), I. Khamassi (1),

P41 - L'abcès retro-pharyngé chez l'enfant

O. Hammami (1), S. Zedini (1), W. Barbaria (1), L. Ferchichi (1), I. Khamassi (1),

P42 - La granulomatose septique chronique : à propos d'un cas

N. Oueslati (1), N. Jaballah (1), B. Elleuch (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), H. Ben Belgacem (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), S. Tilouch (1), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1),

P43 - Septicémie à salmonella récurrente sur un terrain de granulomatose septique chronique.

O. Hammami (1), W. Hadj Ali (1), W. Barbaria (1), A. Elleuch (1), S. Rekaya (1), M. Ouederni (1), I. Khamassi (1),

P44- Zona ophtalmique ; penser aux diagnostics différentiels

O. Hammami (1), H. Guichana (1), W. Barbaria (1), H. Mnassri (1), I. Khamassi (1),

P45 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens et manifestations infectieuses oto-rhino-laryngologiques chez l'enfant : Quel lien?

I. Merhben (1), F. Mezghani (1), S. Ben Ahmed (1), S. Rehayem (1), E. Jbebli (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

P46 - Infection urinaire fébrile à Escherichia Coli : Incidence et profil de résistance

A. El Amri (1), F. Mezghani (1), O. Barkallah (1), S. Ben Ahmed (1), F. Fedhila (1), E. Jbebli (1), S. Rehayem (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

P47 - Coinfections bactériennes chez les enfants hospitalisés pour covid 19

I. Briki (1), I. Trabelsi (1), A. Lachiheb (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

P48 - Ecthyma gangrenosum in a previously healthy infant after varicella

R. Jabnoun (1), S. Essid (1), H. Mokni (1), M. Bouden (1),

P49 - Impact de la pandémie SARS-CoV-2 sur la pathologie infectieuse en pédiatrie: étude étiologique

M. Bouslama (1), F. Mezghani (1), S. Ben Ahmed (1), S. Rhayem (1), E. Jbebli (1), F. Fdhila (1), S. Hadded (1), M. Khémiri (1),

P50 - Syndrome drépanocytaire majeur révélé par une érythroblastopénie et un syndrome d'activation macrophagique à parvovirus-B19 : A propos de deux observations

M. Bouslama (1), F. Mezghani (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), F. Fdhila (1), S. Hadded (1), M. Khémiri (1),

P51 - Facteurs prédictifs d'infection par la covid 19 en Pédiatrie

S. Ben Mosbeh (1), Z. Khlayfia (1), NH. Gabsi (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouerda (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P52 - Difficulté du traitement antituberculeux sur un terrain particulier

M. Zarrad (1), H. Boudabous (1), M. Ben Aoun (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), O. Charfi (2), A. Ben Chehiha (1), MS. Abdelmoula (1),

P53 - Nouveau-nés de mères Covid-19 positives : aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs

H. Hadhri (1), S. Othman (1), H. Chourou (1), S.Kacem (1)

P54 - Ostéomyélite chondro-costale de l'enfant : à propos de 2 observations

K. Ben Njima (1), N. Jameli (1), A. Rassas (1), B. Mahjoub (1),

P55 - Méningite à Morganella Morganii : Une maladie rare révélant une autre encore plus rare

H. Sahnoun (1), S. Kmiha (1), R. Kolsi (1), B. Elleuch (1), M. Ammar (1), A. Kammoun (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1),

P56 - Méningite à Pneumocoque récidivante révélatrice d'une brèche ostéo-méningée

H. Sahnoun (1), S. Kmiha (1), R. Daoud (1), R. Belhaj (1), B. Elleuch (1), H. Aloulou (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1),

P57 - Profil clinique et thérapeutique de la Shigellose au service pédiatrie de Sfax

H. Sahnoun (1), S. Kmiha (1), R. Kolsi (1), R. Belhaj (1), R. Charfi (1), T. Kammoun (1),

P58 - Paludisme grave de l'enfant : à propos d'un cas

R. Daoud (1), H. Sahnoun (1), R. Belhaj (1), M. Ammar (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1),

P59 - Syndrome de Guillain Barré compliquant une infection à Campylobacter Jejuni

D. Nasralli (1), W. Barbaria (1), W. Bel Haj Ali (1), L. Ferchichi (1), O. Hammami (1), S. Mchirgui (2), I. Blanco (2), I. Khamassi (1),

P60 - Mal de pott chez un nourrisson de 14 mois : faut y penser

H. Mokni (1), S. Nour (1), S. El Hannachi (1), F. Majdoub (1), H. Ajmi (1), M. Sameh (1), J. Chemli (1),

P61 - Épidémie de gastro-entérite aigue à Shigelle en Tunisie

A. Jelassi (1), N. Missaoui (1), A. Babay (1), S. Atitallah (1), R. Ben Rabeh (1), M. Assidi (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh Mrad (1), S. Yahiaoui (1), S. Boukthir (1),

P62 - Brucellose chez l'enfant : A propos de 5 observations

M. Ben Aoun (1), H. Boudabous (1), M. Zarrad (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), H. Battikh (2), A. Ben Chehiha (1), MS. Abdelmoula (1),

P63 - Syndrome d'activation macrophagique révélant une brucellose aigue, à propos d'un cas pédiatrique

H. Mokni (1), S. Hannachi (1), S. Mabrouk (1), F. Majdoub (1), S. Nour (1), H. Ajmi (1), S. Abroug (1), J. Chemli (1),

P64 - Complications pleuro-pulmonaires et orthopédiques d'une endocardite infectieuse chez un enfant sans facteurs de risque

M. Ammar (1), I. Chabchoub (1), R. Charfi (1), Z. Hadrich (1), I. Maaloul (1), T. Kamoun (1),

P65 - Clinical and epidemiologic features of visceral leishmaniasis in children: a nine-year study from a tertiary regional hospital

K. Ben Mansour (1), N. Jelalia (1), A. Kallel (1), MY. Aissa (1), F. Haouas (1), M. Ben Dhia (1),

P66 - La pan encéphalite sclérosante subaiguë de la rougeole : entité rare à ne pas méconnaître

M. Hsairi (1), K. Frikha (1), S. Trabelsi (1), F. Maalej (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P67- Une fièvre prolongée révélatrice d'un kyste hydatique du foie

E. Cherif (1), S. Benhassine (1), A. Marzouk (1), O. Mzoughi (1), R. Thabti (1), A. Kefi (1), F. Friha (1),

P68 - Un Adénophlegmon du cou révélant un lymphangiome kystique

H. Landolsi (1), S. Benhassine (1), A. Marzouk (1), E. Cherif (1), O. Mzoughi (1), R. Thabti (1), A. Kefi (1), F. Friha (1), A. Bouaziz (1),

P69 - L'endocardite infectieuse chez la population pédiatrique

N. Barkia (1), M. Bahloul (1), M. Ammar (1), R. Belhadj (1), F. Charfi (1), R. Kolsi (1), I. Maaloul (1), S. Kmiha (1), S. Ben Ameer (1), T. Kammoun (1),

P70 - Une histoire de fièvre prolongée !!

R. Charfi (1), I. Elleuch (1), Y. Smaoui (1), F. Charfi (1), H. Aloulou (1), S. Ben Ameer (1), T. Kammoun (1),

P71 - Méningite nosocomiale à Serratia Marcescens: à propos d'un cas

H. Sahnoun (1), S. Kmiha (1), R. Belhaj (1), I. Elleuch (1), H. Aloulou (1), S. Ben Ameer (1), T. Kammoun (1),

P72 - Syndrome d'activation macrophagique :Un train peut en cacher un autre

S. Hajji (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1)

Neurologie

P73 - Acute disseminated encephalomyelitis : A rare observation

A. Abdelhedi (1), M. Abdelberi (1), R. Sghir (1), N. Soyah (1), S. Tiouche (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), R. Kbeali (1), H. Ben Belgacem (1), N. Jaballah (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

P74- Méningite récurrente à pneumocoque : penser à une cause malformative

S. Ben Ahmed (1), M. Tmar (1), E. Jbabli (1), S. Rhayem (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

P75 - Syndrome de Schwartz-Jumpel : A propos d'une observation

I. Bel Hadj (1), I. Trifa (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), F. Khalsi (1), K. Boussetta (1),

P76- Thrombose cérébrale sur Ependymome, succès du traitement médical

O. Hammami (1), S. Zedini (1), W. Barbaria (1), M. Boucherda (1), I. Khamassi (1),

P77 - La Méningoencéphalite virale

R. Jabnoun (1), M. Ouaer (1), I. Kerkni (1), M. Jery (1),

P78 - Convulsions néonatales : une panoplie d'étiologies

S. Mosbah (1), E. Marmech (1), A. Amri (1), I. Selmi (1), H. Ouerda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P79 - La neuromyélie optique de DEVIC familiale, à propos d'un cas familial

H. Mokni (1), S. Hannachi (1), S. Mabrouk (1), S. Nour (1), H. Ajmi (1), F. Majdoub (1), S. Abroug (1), J. Chemli (1),

Rhumatologie et Maladie de système

P80 - Traitement par Rituximab pour un purpura rhumatoïde réfractaire sévère

S. Dbara (1), S. Kbaier (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), F. Khalsi (1), S. Hammouda (1), K. Boussetta (1),

P81 - Syndrome d'hyper IGD (à propos d'un cas)

M. Fakhfakh (1), N. Jaballah (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), H. Ben Belgacem (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), S. Tilouch (1), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1),

P82 - Hypoglycémie par hyperinsulinisme endogène d'origine auto-immune : Syndrome de HIRATA

A. Nasri (1), Z. Khlayfia (1), M. Hannafi (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1)

Samedi 10 Décembre 2022

16h à 16h 30

Hématologie , Oncologie , Immunologie

P83 - Syndrome de Pearson révélé par une anémie macrocytaire : À propos d'un cas

K. Al Gaaloul (1), M. Assidi (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebah (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1),

P84 - Hémolyse post-transfusionnelle retardée : à propos de deux observations pédiatriques

N. Oueslati (1), H. Ben Belgacem (1), M. Fakhfakh (1), N. Soyah (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), S. Tilouche (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

P85 - Evolution favorable d'une mucormycose rhino-oribito-cérébrale sur un terrain de leucémie aigue associée à une drépanocytose

M. Ben Khaled (1), M. Saidi (1), S. Baccouchi (1), I. Ben Fraj (1), S. Rekaya (1), T. Lamouchi (1), R. Kouki (1), N. Toumi (8), H. Jouini (8), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1),

P86 - Infections à CMV post allogreffe de cellules souches hématopoïétiques dans les leucémies aigues

M. Ben Khaled (1), M. Saidi (1), Z. Ben Mohamed (1), T. Lammouchi (1), S. Rekaya (1), I. Ben Fraj (1), R. Kouki (1), N. Toumi (2), H. Jouini (8), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1),

P87 - Infections fongiques invasives au cours de l'aplasie post allogreffe de moelle osseuse pour leucémie aigue

M. Ben Khaled (1), M. Saidi (1), R. Fatnassi (1), T. Lammouchi (1), S. Rekaya (1), I. Ben Fraj (1), R. Kouki (1), N. Toumi (2), H. Jouini (2), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1),

P88 - Facteurs associés à la récurrence des pneumonies au cours du Déficit immunitaire commun variable après substitution par immunoglobulines polyvalentes

M. Ben Khaled (1), I. Ben Yahia (1), I. Zaiter (1), I. Ben Fraj (1), S. Rekaya (1), T. Lamouchi (1), R. Kouki (1), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1),

P89 - Syndrome de Schwachman-Diamond : Difficulté diagnostique

A. Soua (1), Y. Ben Rjeb (1), M. Rebhi (1), R. Amdouni (1), H. Barakizou (1),

P90 - Anémie hémolytique auto-immune

J. Hachicha (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), S. Baccouch (1), S. Khammari (1), E. Sbouai (1), H. Yanguï (1), M. Hessine (1),

P91 - Un déficit immunitaire combiné sévère compliqué d'une leucémie aigüe myéloïde

O. Sbouï (1), Y. Ben Rejeb (1), R. Amdouni (1), H. Barakizou (1),

P92 - Syndrome d'Omenn : à propos d'un cas

A. Kammoun (1), R. Charfi (1), F. Charfi (1), S. Ben Ameer (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1), I. Ben Mostpha (2), N. Makki (2), M. Barbouch (2),

Gastroentérologie ,Nutrition,Hépatologie

P93 - La stéato-hépatite non alcoolique (NASH) chez un enfant diabétique

H. Bouraoui (1), H. Ben Belgacem (1), N. Soyah (1), R. Kebaili (1), S. Ghorbel (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), S. Tilouche (1), J. Bouguila (1), L. Boughamouira (1),

P94 - Apport de l'endoscopie dans l'ingestion de corps étranger chez l'enfant

A. Lachiheb (1), I. Trabelsi (1), I. Briki (1), M. Ben Romdhane (1), I. Belhadj (1), F. Khalsi (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

P95 - La pancréatite aigüe récurrente : penser à l'origine génétique

J. Ben Hfaiedh (1), NH. Gabsi (1), H. Ouarda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), L. Ben Farhat (2), N. Siala (1),

P96 - Les hépatites auto-immunes : particularités cliniques et thérapeutiques d'une série de 6 cas pédiatriques

I. Briki (1), A. Ben Chehida (1), A. Lachiheb (1), M. Zribi (1), S. Khatrouche (1), M. Sallami (1), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1),

P97 - Syndrome de Caroli : à propos d'un cas

A. Nasri (1), S. Khelif (1), S. Lagili (1), H. Ouarda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P98 - Le syndrome des vomissements cycliques de l'enfant: Difficultés diagnostiques et de prise en charge

H. Mnasri (1), W. Barbaria (1), A. Bouraoui (1), G. Hanen (1), O. Hammami (1), I. Khamassi (1),

Néonatalogie

P99 - Syndrome de Goldenhar avec une cardiopathie congénitale : à propos d'un cas

N. Ghabi (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), A. Harbi (1), H. Ben Oun (1), S. Khammari (1), A. Sbouai (1), H. Mejaouel (1),

P100 - Nouveau-nés proches du terme : morbidité néonatale

Y. Jbeli (1), R. Mezzi (1), H. Amaimia (1), N. Abida (1), I. Ayadi (1), E. Ben Hamida (1),

P101 - Facteurs de risque de mortalité chez les grands prématurés dans un service de néonatalogie

S. Mosbah (1), M. Benali (1), R. Mezzi (1), Y. Jbali (1), I. Ayadi (1), E. Ben Hamida (1),

P102 - Prévalence de la maladie des membranes hyalines chez les prématurés moyens : Etude dans le service de néonatalogie de l'Hôpital Charles Nicole

S. Salah (1), R. Saidane (1), Y. Jbali (1), R. Mezzi (1), I. Ayadi (1), E. Ben Hamida (1),

P103 - Un hématome sous galéal révélant une hémophilie B

M. Benali (1), I. Ayadi (1), M. Ben Romdhane (2), H. Amaimia (1), K. Bousetta (2), E. Ben Hamida (1),

Endocrinologie

P104 - Une dysgénésie gonadique partielle 46 XY : à propos d'un cas

H. Hammami (1), H. Hrizi (1), C. Bouassida (1), R. Guedri (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1), S. Ben Becher (1),

P105 - Infantile Iatrogenic Cushing Syndrome due to Overuse of Topical Steroid: case reports and review of the literature

C. Bouassida (1), L. Essaddam (1),

P106 - Masse thyroïdienne : Apport des images radiologiques dans la démarche diagnostique

O. Sboui (1), M. Rebhi (1), R. Amdouni (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1),

P107 - Sitostérolémie : à propos d'un cas

H. Gandouz (1), S. Khelif (1), S. Mosbah (1), H. Ouarda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P108 - Prise en charge de l'hyperinsulinisme congénital chez l'enfant : à propos de 15 cas

A. Lachiheb (1), A. Ben Chehida (1), I. Briki (1), S. Khatrouch (1), M. Zribi (1), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1),

P109 - Un cas rare de syndrome d'Allgrove associé à un déficit en hormone de croissance

I. Belhaj Salah (1), Z. Khlayfia (1), S. Laajili (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khelif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P110 - Quand l'immunité s'emballe !

J. Abid (1), Z. Khlayfia (1), H. Gandouz (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khelif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P111 - Hyperthyroïdie de l'enfant : Des phénotypes hétérogènes illustrés par 4 observations

G. Chtioui (1), A. Ben Chehida (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), Z. Najjar (1), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1),

P112 - Hypopituitarisme chez l'enfant: Mode révélation

I. Nasr (1), A. Marzouk (1), O. Mzoughi (1), R. Thabti (1), S. Ben Hssine (1), A. Bouaziz (1),

P113 - Le syndrome de Stevens-Johnson : à propos d'un cas.

G. Messaoudi (1), A. Marzouk (1), R. Thabti (1), F. Friha (1), I. Nasr (1), O. Mzoughi (1), S. Benhassine (1), A. Bouaziz (1),

P114 - L'hormone de croissance et le retard staturo-pondéral syndromique

G. Messaoudi (1), A. Marzouk (1), I. Nasr (1), R. Thabti (1), O. Mzoughi (1), S. Benhassine (1), F. Friha (1), A. Bouaziz (1),

Urgence et Réanimation

P115 - Les aspects épidémiologiques des intoxications médicamenteuses aiguës de l'enfant.

C. Kalboussi (1), H. Landolsi (1), R. Thabti (1), S. Laarif (1), I. Nasr (1), S. Benhssine (1), O. Mzoughi (1), F. Friha (1), A. Marzouk (1), A. Bouaziz (1),

P116 - Myocardite fulminante virale type SARS COV2

S. Chergui (1), N. Balhoudi (1), A. Dekhil (1), I. Briki (1), H. Belkhiria (2), H. Mhamdi (3), N. Ben Hlima (2), S. Jerbi (3), H. Mejaouel (1),

P117 - Scorpionisme et atteinte neurologique : Anisocorie

A. Dekhil (1), N. Balhoudi (1), S. Chergui (1), I. Briki (1), H. Mejaouel (1),

P118 - Anaphylaxie après une anesthésie locale par xylocaïne

S. Baccouch (1), B. Briki (1), A. Guerrioui (1), N. Balhoudi (1), J. Hachicha (1), H. Mejaouel (1), H. Yangui (1),

P119 - Syndrome d'activation macrographique chez l'enfant : à propos de 8 cas

H. Ben Aoun (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), N. Ghabi (1), S. Bouslama (1), S. Khammeri (1), H. Metjaouel (1),

P120 - Une tachycardie supra ventriculaire chez un nourrisson : pensez au COVID !

H. Ben Aoun (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), N. Ghabi (1), M. Ben Ayed (1), S. Khammeri (1), H. Metjaouel (1),

Néphrologie

P121 - L'hypokaliémie de l'enfant : A quoi faut-il penser ?

B. Maalej (1), K. Mekki (1), Z. Hadrich (1), S. Trichelli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P122 - Une cause exceptionnelle d'hypertension artérielle de l'enfant : l'artérite de Takayasu

B. Maalej (1), K. Mekki (1), Z. Hadrich (1), L. Jallouli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P123 - Syndrome du casse-noisette : une cause d'hématurie récidivante chez l'enfant

M. Hsairi (1), S. Trabelsi (1), K. Mekki (1), K. Frikha (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Pneumologie

P124 - Bronchiolite aigue trainante : allez plus loin...

S. Trabelsi (1), A. Elleuch (1), K. Mekki (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P125 - Emphysème lobaire congénital : à propos de cinq cas

M. Weli (1), S. Trabelsi (1), K. Mekki (1), M. Abdelli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P126 - Intérêt du dosage des immunoglobulines E dans l'enquête allergologique

S. Mdimegh (1), M. Abdelbari (1), I. Mellassi (1), S. Tilouche (1), H. Ben Belguacem (1), N. Jaballah (1), S. Ghorbel (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

P127 - La mucoviscidose n'est pas toujours facile à diagnostiquer

A. Jelassi (1), N. Missaoui (1), A. Babay (1), R. Ben Rabeh (1), S. Atitallah (1), M. Assidi (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh Mrad (1), S. Yahiaoui (1), S. Boukthir (1),

P128 - Dysplasie broncho-pulmonaire et syndrome de cimenterre : Quelle association !

M. Hsairi (1), K. Mekki (1), Z. Hadrich (1), L. Jallouli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P129 - Pneumopathie compliquée de pneumatocèle : A propos de 5 observations

I. Bel Hadj (1), A. Gader (1), S. Kebaier (1), I. Trabelsi (1), F. Khalsi (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

P130 - Rôle du dérèglement du microbiote dans l'asthme du nourrisson : étude étiologique

O. Barkallah (1), F. Mezghani (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

P131 - Bronchiolite aigue : Profil épidémiologique et thérapeutique

L. Ferchichi (1), W. Barbaria (1), H. Maalaoui (1), O. Hammami (1), I. Ganzoui (1), I. Khamassi (1),

P132 - Hémoptysie de grande abondance révélatrice d'un kyste hydatique pulmonaire chez l'enfant

D. Nasralli (1), W. Barbaria (1), W. Bel Haj Ali (1), O. Hammami (1), A. Marghali (2), I. Ganzoui (3), I. Khamassi (1),

Génétique

P133 - Un syndrome de Di George révélé par une cardiopathie congénitale ! À propos d'un cas

A. Dekhil (1), N. Balhoudi (1), S. Chergui (1), I. Briki (1), H. Mejaouel (1),

P134 - Syndrome de Treacher Collins : A propos de deux observations

H. Maalaoui (1), I. Chelly (1), B. Ferchichi (1), W. Barbaria (1), O. Hammami (1), I. Khamassi (1),

P135 - Syndrome de fibrose-neurodégénération-angiomatose cérébrale

S. Gatti (1), L. Boughammoura (1)

P136 - Limites du bilan métabolique dans les cardiomyopathies dilatées : A propos d'une observation avec errance diagnostique

G. Chtioui (1), A. Ben Chehida (1), Z. Najjar (1), N. Gallouz (2), H. Jilani (3), S. Karoui (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), S. Haj Taeib (4), S. Bekri (5), L. Ben Jemaa (3), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoulah (1),

P137 - syndrome de Bohring-Opitz

S. Baccouch (1), B. Briki (1), A. Guerrioui (1), N. Balhoudi (1), J. Hachicha (1), H. Mejaouel (1), H. Yangui (1),

P138 - Syndrome de Cowden : Génodermatose à risque de transformation maligne

G. Chtioui (1), M. Zribi (1), A. Ben Chehida (1), S. Khatrouch (1), Z. Najjar (1), H. Boudabous (1), MS. Abeldmoula (1),

P139 - Syndrome de Treacher-Collins : A propos d'une observation

I. Bel Hadj (1), A. Gader (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

Chirurgie Pédiatrie

P140 - Intérêt de drainage péritonéal dans les états septiques sévères néonatales

S. Mani (1), MO. Beji (1), R. Laamiri (1), N. Kechiche (1), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksaa (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), M. Belghith (1),

Service de chirurgie pédiatrique de Monastir (1),

P141 - Appendicite aigue et Covid

S. Mani (1), MO. Beji (1), R. Laamiri (1), N. Kechiche (1), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiao (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), M. Belghith (1),

Service de chirurgie pédiatrique de Monastir (1),

P142 - Superior Mesenteric Artery Syndrome: A Case Report

S. Trabelsi (1), T. Cheikhrouhou (2), K. Mekki (1), M. Hsairi (1), M. Ben Dhaw (2), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P143 - Localisations musculaires et des tissus mous du kyste hydatique : description de cinq cas

S. Mani (1), MO. Beji (1), R. Laamiri (1), N. Kechiche (1), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiao (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), M. Belghith (1),

P144 - SAM dans les suites opératoires d'un abcès appendiculaire : une observation rare

MO. Beji (1), R. Laamiri (1), N. Kechiche (1), T. Ghedira (2), H. Besbes (2), S. Mani (1), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiao (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), S. Chouchene (2), M. Belghith (1),

P145 - L'abcès ovarien rompu : une rare étiologie de péritonite généralisé.

MO. Beji (1), R. Laamiri (1), A. Bochra (1), N. Kechiche (1), H. Ben Aoun (2), N. Balhoudi (2), M. Ben Fredj (1), MS. Sfar (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiao (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), H. Metjawel (2), M. Belghith (1),

P146 - Surinfection d'une cavité résiduelle d'un kyste hydatique du foie.

MO. Beji (1), R. Laamiri (1), S. Laaribi (1), N. Kechiche (1), T. Ghedira (2), S. Zayeni (2), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiao (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), S. Chouchene (2), M. Belghith (1),

P147 - Hernie rétro-costo-xyphoïdienne: Cause inhabituelle de dyspnée sifflante chez le nourrisson

P148 - Triple acute intussusception of the small bowel reveals a Peutz-Jeghers syndrome

K. Ben Mansour (1), N. Jelalia (1), F. Haouas (1), MY. Aissa (1), M. Ben Dhia (1),

P149 - Malformation d'Abernethy de diagnostic anténatal : A propos d'un cas

M. Mabrouk (1), Z. Najar (1), H. Boudabous (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), A. Ben Chehida (1), S. Abdelmoula (1),

P150 - Incidence des infections du site opératoire en chirurgie pédiatrique. A propos d'une étude prospective au CHU Fattouma Bourguiba Monastir

A. Toumi (1), S. Belhassen (1), H. Rouag (2), M. Ben Fredj (2), S. Ben Youssef (2), A. Ksia (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (2), M. Belghith (1),

Autre

P151 - BCGite chez l'enfant dans sa forme localisée et disséminée : profil clinique et étiologique

H. Hammami (1), H. Hrizi (1), C. Bouassida (1), R. Guedri (1), L. Essadem (1), M. Dahmouni (1), Z. Fitouri (1), S. Ben Becher (1),

P152 - Acidurie glutarique de type I : à propos de 4 observations

K. Mekki (1), A. Elleuch (1), Z. Hadrich (1), L. Jallouli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

P153 - L'acrodermatite entéropathique, le déficit transitoire ou acquis ? : à propos d'un cas

A. Jelassi (1), A. Msaddek (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), S. Yahiaoui (1), R. Ben Rebah (1), S. Boukthir (1),

P154 - La Tyrosinémie héréditaire de type 1 : Difficultés diagnostiques

B. Ferchichi (1), Y. Ben Rejeb (1), R. Amdouni (1), M. Rabhi (1), H. Barakizou (1),

P155 - Tentatives de suicides chez les enfants : expérience du service de pédiatrie Farhat Hached (2021-2022)

Y. Smaoui (1), N. Jaballah (1), R. Kebaili (1), A. El Amri (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), S. Tilouch (1), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1),

P156 - Déficiences de la β -oxydation mitochondriale des acides gras : aspects cliniques et évolutifs

G. Chtioui (1), A. Ben Chehida (1), S. Ben Youssef (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), H. Boudabous (1), MS. Abeldmoula (1), S. Haj Taieb (2), M. Fekih (2),

P157 - Masse abdominale révélatrice d'une maladie de Kawasaki : A propos d'un cas

H. Gandouz (1), Z. Khlayfia (1), J. Abid (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khelif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P158 - Hémangiome orbito-palpébral : prise en charge thérapeutique

O. Hammami (1), M. Ezzine (1), W. Barbaria (1), W. Hadj Ali (1), I. Khamassi (1),

P159 - Le rachitisme carenciel : ça existe encore ?

S. Laajili (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouerda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), S. Khelif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

P160 - Syndrome du tourniquet dans une présentation inhabituelle : à propos de 2 cas

M. Zarrad (1), M. Ezzine (1), H. Ben Salem (1), N. Kasdallah (1), M. Douagi (1), S. Blibech (1),

P161 - Le déficit en dihydrolipoamide déhydrogénase : à propos d'un cas

S. Laajili (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1)

P162 - Le syndrome de pseudo-Bartter révélant une mucoviscidose: à propos de deux observations

H. Mnasri (1), W. Barbaria (1), M. Bourcheda (1), A. Eleuch (1), O. Hammami (1), T. Messoud (2), I. Khamassi (1),

P163 - La cardiomyopathie dilatée : Rentabilité de l'enquête étiologique dans une série de 26 cas

Z. Najar (1), A. Ben Chehida (1), G. Chtioui (1), S. Khatrouch (1), M. Zribi (1), S. Haj Taieb (2), F. Ouarda (3), M. Fekih (2), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1),

Les abstracts

Infectieux

P1- Méningo-encéphalo-myéloradiculite : une manifestation grave de la borréliose de Lyme

K. Al Gaaloul (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebah (1), M. Assidi (1), O. Bouyahya (1), S. Boukthir (1),

service de pédiatrie C hopital d'enfant de Tunis (1),

Introduction:

La maladie de Lyme est une maladie infectieuse dont l'agent causal est une bactérie spirochète transmise à l'homme par une tique appelé "Borella Burgdorferi". Les manifestations cliniques sont variables et non spécifiques ce qui rend le diagnostic difficile et parfois méconnu.

Objectifs:

Nous rapportons une observation de maladie de Lyme révélée par un coma fébrile

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation de maladie de Lyme révélée par un coma fébrile

Résultats:

Il s'agissait de l'enfant G.I âgé de 5 ans hospitalisé fièvre prolongée avec altération de l'état de conscience. L'examen physique a montré un enfant eutrophique, comateux avec un score de Glasgow à 6/15, une température à 39°C, un syndrome méningé avec une abolition des réflexes ostéotendineux au niveau des deux membres inférieurs et une éruption maculaire au niveau du tronc. La biologie a montré un syndrome inflammatoire, une thrombopénie, à 50 000 /mm³, un temps de prothrombinase à 40% et une cytolyse hépatique à 10 fois de la normale. La ponction lombaire a révélé une pléiocytose à 24 éléments/mm³ à prédominance lymphocytaire. L'imagerie par résonance magnétique a montré une prise de contraste radiculaire au niveau des racines de la queue de cheval. L'électroencéphalogramme a conclu à un ralentissement global du rythme de fond. Dans le cadre de l'enquête étiologique, les sérologies de Lyme étaient positives à IgM permettant de retenir le diagnostic de neuroborréliose. L'évolution était rapidement favorable sous antibiothérapie.

Conclusion:

La maladie de Lyme n'est pas exceptionnelle en Tunisie .Elle devrait être rapidement suspectée devant toute fièvre prolongée associée à des manifestations neurologiques, cutanées ou articulaires, car l'évolution est spectaculaire sous antibiothérapie

P2 - Masse rénale fébrile : Quels diagnostics ?

K. Al Gaaloul (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), M. Assidi (1), R. Ben Rebah (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1),

Service de pédiatrie C hopital d'enfant de Tunis (1),

Introduction:

Les étiologies des masses rénales sont dominées par les abcès et les causes tumorales. La pyélonéphrite xantogranulomateuse (PXG) est une forme particulière et exceptionnelle de suppuration rénale chez l'enfant. Sa pathogénie est mal connue. Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec les tumeurs rénales et le traitement n'est pas bien codifié.

Objectifs:

Nous nous proposons de rappeler la démarche diagnostique devant une masse rénale fébrile.

Matériel et méthodes:

A travers une observation particulière de pyélonéphrite xantogranulomateuse, nous nous proposons de rappeler la démarche diagnostique devant une masse rénale fébrile.

Résultats:

Il s'agissait d'une fillette de six ans hospitalisé pour fièvre prolongée. L'examen physique avait révélé une masse de la fosse lombaire droite donnant le contact lombaire. Elle avait une hyperleucocytose à 16900 éléments/mm³ et une C réactive protéine à 207 mg/l. L'examen cytbactériologique des urines était négatif. L'échographie rénale avait conclu à une masse médio-rénale droite à développement à développement exophytique. La tomodensitométrie avait montré des multiples formations hypodenses réhaussées en périphérie après injection du produit de contraste avec infiltration hépatique. L'évolution sous antibiothérapie à base de Céftriaxone pendant un mois était marquée par l'apyrexie et la disparition de la masse rénale.

Conclusion:

La PXG est une entité rare. En absence de confirmation histologique, l'imagerie oriente le diagnostic. Un traitement conservateur devrait être recommandé en première intention notamment dans les formes localisées.

P3 - Le syndrome de Bart : à propos d'une observation néonatale

K. Al Gaaloul (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebah (1), M. Assidi (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1),

Service de pédiatrie C hopital d'enfant de Tunis (1),

Introduction:

Le syndrome de Bart est une affection héréditaire associant une aplasie cutanée congénitale touchant les extrémités, une épidermolyse bulleuse congénitale, ainsi que des déformations unguéales. C'est une affection exceptionnelle décrite pour la première fois par Bart et al. en 1966.

Objectifs:

Nous rapportons une nouvelle observation d'un syndrome de Bart néonatal

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une nouvelle observation d'un syndrome de Bart néonatal.

Résultats:

Il s'agissait d'un nouveau-né à terme de sexe masculin issu d'un mariage consanguin de premier degré de mère deuxième pare et deuxième geste qui a été hospitalisé à j3 de vie pour dermatose bulleuse. L'accouchement s'est déroulé sans incidents par voie basse. L'anamnèse infectieuse était négative. A l'examen, le nouveau-né était eutrophique avec un poids à 3200, une taille à 50 cm et un PC à 35 cm, il était apyrétique avec un état hémodynamique stable. L'examen cutané avait révélé des lésions bulleuses associées à des érosions post bulleuses diffuses au niveau du tronc et des quatre membres et une aplasie cutané de la face dorsale du pied droit. Le bilan infectieux était négatif et il n'y avait pas de troubles ioniques. Le traitement était basé sur des pansements par tulle gras et des bains quotidiens avec des antiseptiques dilués. Une greffe cutané est prévue par les plasticiens.

Conclusion:

Le diagnostic du syndrome de Bart est facile. La prise en charge est cependant lourde et multidisciplinaire ayant pour objectif la cicatrisation des lésions en évitant la survenue de complications conditionnant le pronostic vital.

P4 - Méningites à Salmonelle: à propos de 3 cas.

S. Dbara (1), S. Kbaier (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), F. Khalsi (1), S. Hammouda (1), K. Boussetta (1),

Service de médecine infantile B (1),

Introduction:

l'existence des méningites à salmonelles chez l'enfant est rare, mais connue depuis longtemps. La revue de la littérature montre que les risques des complications neurologiques sont importants, les taux de rechutes et la mortalité sont élevés. L'étude de la littérature et nos observations suggèrent que l'utilisation de la ciprofloxacine diminue la mortalité et le risque de rechute.

Objectifs:

Analyser les caractéristiques des méningites à salmonelles du nourrisson et faire le point sur l'intérêt de la fluoroquinolone.

Matériel et méthodes:

Les observations ont été recueillies à partir des dossiers de méningite purulente à salmonelle hospitalisés au service de pédiatrie B de l'hôpital d'enfant de Tunis entre 2018 et 2022. Les comptes-rendus d'hospitalisation de chaque patient ont été analysés.

Résultats:

Les observations concernaient 3 nourrissons âgés de respectivement de deux mois, trois mois et dix-huit mois. Elles étaient les 3 filles. Elles avaient eu toutes une infection digestive dans les semaines précédentes. Cependant, La coproculture faite à l'admission était négative . Deux nourrissons ont eu des complications . Deux étaient compliquées d'empyème cérébral. Une a nécessité d'être opérée. Les 3 nourrissons ont été traités par céphalosporine de troisième génération (C3G) et fluoroquinolone. La durée totale de traitement était 21 jours, prolongée à 6 semaines de bithérapie en cas de complication. L'enquête étiologique a été faite chez les 3 nourrissons. Les séquelles neurologiques étaient graves en cas de complication.

Conclusion:

Le traitement actuellement recommandé des méningites à salmonelles est l'association en première intention de C3G avec des quinolones pendant une durée minimum de 3 semaines.

P5 - Anémie hémolytique auto-immune compliquant une tuberculose chez l'enfant

S. Kbaier (1), S. Dbara (1), I. Trabelsi (1), F. Khalsi (1), M. Ben Romdhane (1), I. Belhadj (1), S. Hammouda (1), K. Boussetta (1),

service de médecine infantile B (1),

Introduction:

La tuberculose chez l'enfant est caractérisée par un polymorphisme clinique pouvant être responsable d'un retard diagnostique et thérapeutique. Bien que l'anémie soit une manifestation courante au cours de la tuberculose, l'association anémie hémolytique auto-immune (AHA) et tuberculose chez l'enfant reste extrêmement rare.

Objectifs:

Décrire les critères épidémiologiques, les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'AHA compliquant une tuberculose chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective incluant tous les patients diagnostiqués de tuberculose compliquée d'une AHA.

Résultats:

5 patients ont été colligés (3 filles et 2 garçons), d'âge moyen au moment de diagnostic de 8,1 ans (6mois-12 ans). L'AHA était de découverte fortuite au moment de diagnostic de la tuberculose chez tous les patients. L'hémoglobine a varié entre 6 et 8 g/dl. Le test de coombs direct était positif de type IgG chez tous les cas. L'AHA était associée à une tuberculose multifocale chez 4 enfants et à une localisation digestive chez un patient. L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux seul chez 2 patients. 2 enfants ont été mis sous corticothérapie avec bonne évolution et 2 enfants ont nécessité des multiples transfusions sanguines.

Conclusion:

Les anémies sont fréquentes au cours de la tuberculose, d'origine inflammatoire le plus souvent ou pouvant être une complication du traitement anti-tuberculeux. Cependant, de rares cas d'AHA ont été décrites dans la tuberculose et préférentiellement sur des infections disséminées, nécessitant parfois l'introduction d'une corticothérapie associée au traitement antituberculeux.

P6 - Tuberculose multi-focale chez l'enfant

S. Kbaier (1), S. Dbara (1), F. Khalsi (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), I. Belhadj (1), S. Hammouda (1), K. Boussetta (1),

service de médecine infantile B (1),

Introduction:

La Tuberculose multi-focale est rarement décrite chez l'enfant, mais grave. Elle survient particulièrement chez les sujets immunodéprimés. Elle se manifeste par des tableaux cliniques très variables et non spécifiques pouvant être à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique.

Objectifs:

L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la tuberculose multi focale de l'enfant ainsi que les circonstances de diagnostic, les difficultés thérapeutiques rencontrées et la surveillance de l'évolution de cette maladie.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous patients diagnostiqués de Tuberculose multi-focale définie par l'atteinte d'au moins 2 sites extra-pulmonaires, colligées au service de médecine infantile B de l'hôpital d'enfants de Tunis. Le diagnostic de la Tuberculose a été retenu sur une preuve bactériologique et/ou histologique ou sur des critères de forte présomption.

Résultats:

3 garçons et 5 filles ont été colligés, d'âge moyen de 9,2 ans (2 mois-14 ans), tous vaccinés par le BCG. Un contage tuberculeux était présent dans 25% des cas. L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine était positive dans 3 cas. Le diagnostic est retenu sur une preuve histologique dans 25% des cas, bactériologique dans 50% des cas ou sur des arguments épidémiologiques, cliniques et/ou radiologiques dans 25% des cas. Il s'agissait d'une triple localisation ou plus dans 5 cas. L'atteinte cérébro-méningée est notée dans 3 cas, ganglionnaire dans 3 cas, médiastino-pulmonaire dans 2 cas, pleurale et péricardique dans 2 cas, abdominale dans 7 cas et osseuse dans 1 cas. L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux prolongé jusqu'à 1 an chez 7 patients. Un enfant a développé des séquelles à type de DDB et une fille est décédée dans un tableau d'engagement cérébral.

Conclusion:

La Tuberculose multi-focale est grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elle nécessite souvent un traitement prolongé.

P7 - Staphylococcie pleuropulmonaire chez l'enfant : Une série de 14 cas

I. Briki (1), I. Trabelsi (1), A. Lachiheb (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

Pédiatrie infantile B - Hôpital d'enfants - Tunis (1),

Introduction:

Bien que devenue de plus en plus rare, la staphylococcie pleuro-pulmonaire (SPP) constitue une des atteintes respiratoires nécrosantes les plus redoutées à cause du pouvoir toxique du staphylocoque. Cette entité touche avec prédilection le jeune nourrisson âgé de moins d'un an.

Objectifs: L'objectif de notre travail est de rappeler les caractéristiques cliniques et évolutives de cette pathologie.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive, sur une période de 10 ans au sein du service de pédiatrie de B de l'hôpital d'enfants de Tunis. Nous avons inclus uniquement les cas de SPP confirmés microbiologiquement. Les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs ont été détaillés.

Résultats:

Nous avons recensé 14 cas de pneumonie à staphylocoque aureus. L'âge moyen était de 10 mois avec 6 malades âgés de moins de 3 mois. La fièvre était le principal symptôme décrit (n=14) associée à une toux et une dyspnée chez 11 malades. Le délai moyen de consultation était de 3,6 jours. L'examen physique a confirmé la détresse respiratoire chez 13 patients (93%). Un syndrome inflammatoire biologique a été objectivé chez 10 malades avec une CRP moyenne de 228 mg/L. Le staphylocoque a été isolé dans : le liquide pleural chez 9 malades et au niveau de l'hémoculture chez 8 malades. Un Staphylocoque méti-R a été identifié chez 5 malades. Tous les patients avaient des images radiologiques évocatrices du diagnostic. Treize patients ont présenté des épanchements pleuraux de degré différents. La plupart des patients ont reçu une antibiothérapie initiale par la C3G en association avec la vancomycine ou un aminoside de première intention, adaptée secondairement selon les données de l'antibiogramme. Treize malades ont eu recours à une oxygénothérapie initiale. Douze malades ont nécessité un transfert en réanimation, dont onze ont été ventilés et drainés. Trois malades ont présenté une altération hémodynamique ayant nécessité le recours aux drogues vasoactives. La durée moyenne de drainage thoracique était de 8,1 jours. Celle de séjour en réanimation était de 11,3 jours. La durée totale d'oxygénothérapie était de 15,1 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 23 jours. L'antibiothérapie a été poursuivie par voie orale chez tous les patients pour totaliser 45 jours. L'évolution était favorable à court terme chez tous les malades. Aucun décès n'a été enregistré. Pour le suivi ultérieur, sept malades ont eu un nettoyage radiologique au bout de 45 jours. Deux patients ont gardé des séquelles radiologiques. Un seul malade a été réhospitalisé pour récurrence. Le bilan d'exploration était négatif notamment l'absence de déficit immunitaire.

Conclusion:

Le diagnostic précoce de la staphylococcie pulmonaire avec la souche responsable est essentiel pour initier un traitement efficace, assurer la guérison et combattre la résistance aux antimicrobiens. L'évolution et les complications sont tributaires de la précocité du recours aux soins.

P8 - L'infection par le virus de l'hépatite A (VHA)

F. Maalej (1), I. Trabelsi (1), K. Frikha (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), M. Ben Romdhane (1), I. Brini (1), K. Boussetta (1),

Service de pédiatrie « B » hôpital Béchir Hamza - Tunis- Tunisie (1),

Introduction:

L'hépatite A est une inflammation aiguë du foie causée par VHA, dont l'évolution peut être bénigne ou grave. Elle est à transmission oro-fécale.

Objectifs:

décrire l'épidémiologie, le tableau clinique, biologique et évolutif associés à l'hépatite A.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective menée au service de pédiatrie « B » à l'hôpital d'enfants durant une période entre Janvier 2017 et décembre 2021.

Résultats:

Nous avons colligé 12 patients dont 9 sont de sexe masculin (sex ratio = 3). L'âge moyen du diagnostic était 11ans (7ans-14ans). Le niveau socio-économique était bas 75%. Les cas similaires dans l'entourage étaient rapportés dans 4 cas: 3 dans la famille et 1 à l'école. La consommation d'eau potable était présente dans 33%. Les prodromes étaient mentionnés dans 8cas, à type de fièvre, asthénie isolée et syndrome grippal. Les symptômes observés étaient l'ictère (7 cas), troubles digestifs (7cas), douleurs abdominales (5 cas), urines foncées et selles décolorées (2cas). L'examen clinique a objectivé l'ictère cutanéomuqueux presque dans 91% des cas, hépatomégalie (58%). Il n'avait pas de syndrome hémorragique ni de trouble neurologique. Sur le plan biologique : l'ictère cholestatique était présent dans 6 cas, et le TP était bas (<50%) dans 2cas. Toutes les infections à VHA étaient confirmées par une sérologie en détectant un taux élevé des anticorps anti VHA type IgM. L'évolution était favorable dans tous les cas et la durée moyenne d'hospitalisation était 3jours et 12 heures (1-5jours).

Conclusion:

L'hépatite A est d'autant plus fréquente que le niveau est bas. Elle touche essentiellement les enfants à l'âge scolaire. Son incidence est en diminution grâce à l'amélioration de l'assainissement, la sécurité sanitaire contre le SARS Cov2 et la vaccination contre le VHA.

P9 - Purpura thrombopénique immunologique post COVID-19 chez l'enfant : A propos de 3 cas

A. Abdelhedi (1), M. Abdelberi (1), R. Sghir (1), N. Soyah (1), S. Tilouche (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), R. Kbeaili (1), H. Ben Belgacem (1), N. Jaballah (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

Pédiatrie farhat hached sousse (1),

Introduction:

Le purpura thrombopénique immunologique (PTI) est une affection auto-immune acquise caractérisée par une thrombopénie $< 100,000/mm^3$. Le PTI peut être aiguë, asymptomatique ou se manifester par un syndrome hémorragique de gravité variable. Le COVID-19 peut être une des causes de PTI décrites récemment chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective colligeant les cas de PTI post COVID-19 hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU Farhat Hached Sousse de mois de janvier 2021 au mois de novembre 2022.

Résultats:

Nos patients étaient âgés de 3 mois, 2ans et 6 ans respectivement avec une prédominance féminine. Tous les cas n'avaient pas des antécédents particuliers. Le motif de consultation dans les trois cas était l'apparition récente des ecchymoses. Une hémorragie endo-buccale était retrouvée dans 2 cas. Une épistaxis de faible abondance était présentée par un patient. Le reste de l'examen clinique était sans anomalie pour les 3 patients notamment l'absence d'adénopathie et hépatosplénomégalie. Un fond d'œil était pratiqué chez les trois patient et a été sans anomalie. La thrombopénie était sévère inférieur à 30000 pour les 3 cas. Une anémie hypochrome microcytaire arégénérative d'origine carenciel est trouvée chez un patient. Un Test de coombs direct était négatif pour tous les cas. Les sérologies virales CMV, hépatite B et C étaient négatives pour tous les malades. La sérologie COVID-19 était positive à Ig G pour les 3 patients. Le traitement était les immunoglobulines intraveineuse 1g/kg pour 2 patients. Une surveillance était la conduite pour un malade. Un cas bénéficiait d'une transfusion des culots plaquettaires. L'évolution était favorable sans récidence pour tous les cas.

Conclusion:

Le purpura thrombopénique immunologique est une pathologie assez présente en milieu pédiatrique. L'infection par le COVID-19 semble s'introduire dans la liste des agents responsables de PTI et particulièrement à des âges précoces.

P10 - Profil épidémiologique, clinique et évolutif de la tuberculose extra-pulmonaire en milieu pédiatrique : à propos de 12 cas

H. Hammami (1), H. Hrizi (1), M. Bouchouicha (1), R. Guedri (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1), S. Ben Becher (1),

Service de Pédiatrie urgences et consultation Hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

La tuberculose est une cause majeure de morbi-mortalité partout dans le monde. Selon l'OMS, sa fréquence chez l'enfant est estimée de 9 à 12%. L'atteinte extra-pulmonaire en particulier est de plus en plus fréquente avec un polymorphisme diagnostique et évolutif.

Objectifs:

Etudier le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la tuberculose extra-pulmonaire chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 12 cas de TBC extra-pulmonaire chez des enfants admis au sein du service de Pédiatrie urgences et consultation de l'hôpital d'enfants de Tunis sur une période de 7 ans allant de Décembre 2015 à octobre 2022.

Résultats:

La moyenne d'âge était de 7 ans et 8 mois avec des extrêmes d'âge de 2 ans et trois mois à 13 ans avec une légère prédominance masculine (un sex-ratio égal à 1,4). Quatre enfants avaient des antécédents familiaux de tuberculose. Le niveau socioéconomique était défavorable dans trois cas. Tous ces enfants ont reçu le vaccin BCG à la naissance. La tuberculose était multifocale dans deux cas. Les principales localisations étaient ganglionnaires (9 cas), digestive (2 cas : intestinale et colique) et osseuse multifocale (1 cas). Les signes cliniques étaient variables selon le siège de l'atteinte. L'intradermo-réaction à la tuberculine n'était positive que dans 5 cas. Le diagnostic de tuberculose était porté par une preuve anatomopathologique dans 11 cas et uniquement radiologique dans un seul cas. Tous les enfants ont bénéficié d'un bilan immunitaire à la recherche d'une susceptibilité mendélienne aux infections aux mycobactéries et revenant tous normaux. Tous les patients ont été traités par une quadrithérapie antituberculeuse pour une durée de 2 mois suivie d'une bithérapie dont la durée varie selon la localisation. Trois patients sont encore sous traitement. L'évolution était favorable dans tous les cas restants.

Conclusion:

La forme extra-pulmonaire de la tuberculose est en nette progression ces dernières années. Le diagnostic précoce ainsi que la prise en charge thérapeutique restent un défi constant à relever.

P11 – Flambée d'infections à Shigella Sonnei prod de BLSE en milieu pédiatrique

B. Maalej (1), Z. Hadrich (1), K. Mekki (1), C. Kharrat (1), S. Mezghani (1), L. Gargouri (1), A. Hammemi (1), A. Mahfoudh (1),

Services de pédiatrie urgences et réanimation Hôpital Hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

La shigellose est endémique dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire et est une cause majeure de diarrhée sanglante dans le monde. Cependant, le traitement est compliqué par l'émergence de souches multi-résistantes, particulièrement de S. sonnei.

Objectifs:

déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de shigelle sonnei BLSE en milieu pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive menée au service d'urgence pédiatrique et réanimation pédiatrique de Sfax sur une période de 4 mois (aout- novembre 2022)

Résultats:

On a colligé 11 cas de Shigellose, 7 garçons et 4 filles soit un sex-ratio à 1,75. L'âge moyen était de 5,94 ans avec des extrêmes allant de 3 à 13 ans. Les motifs de consultation étaient des diarrhées et des vomissements dans 9 cas et une convulsion dans 2 cas. Les diarrhées étaient de caractères invasifs chez 3 malades. Sur le plan clinique, tous nos malades étaient fébriles. Des signes de déshydratations étaient présents chez 6 malades (54,5%). Une sensibilité abdominale diffuse était présente dans 82% des cas. L'état hémodynamique et neurologique était stable chez tous nos malades. Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 91% des cas, une lymphopénie dans 54,4% et une anémie dans 27,3%. Des troubles ioniques à type d'hyponatrémie étaient présents dans 54,5% et d'hypokaliémie dans 45,5%. Une insuffisance rénale fonctionnelle était notée chez 4 malades (36,4%). La coproculture était positive dans tous les cas à Shigella sonnei BLSE résistante aux ampicilline, ticarcilline, cefotaxime et triméthoprime et sensible aux meropenème, imipénème, ertapénème, aminosides, ciprofloxacine et fosfomycine. Sur le plan thérapeutique, 8 malades ont reçu la ceftriaxone, un a reçu l'imipénème et un a reçu l'ertapénème. Après les résultats de la coproculture, on a adapté les antibiotiques, on a switché la ceftriaxone par Azitromycine et Ciprofloxacine. L'évolution était favorable chez tous les malades. La durée de moyenne d'hospitalisation était de 4,9 jours avec des extrêmes allant de 3 à 11 jours.

Conclusion:

Le respect des règles d'hygiène reste le meilleur moyen d'éviter toute transmission de bactéries entéro-pathogènes.

P12 - Abscès pulmonaire chez l'enfant

M. Weli (1), K. Frikha (1), F. Maalej (1), A. Ben Hlima (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service de pédiatrie, urgence et réanimation pédiatrique , Hôpital Hédi Chaker, Sfax-Tunisie (1),

Introduction:

Une lésion abcédée du poumon est définie comme une zone de nécrose parenchymateuse d'origine infectieuse générant une ou plusieurs cavités suppurées, pouvant survenir à n'importe quel âge. La tranche pédiatrique présente toujours des particularités cliniques, diagnostiques et évolutives.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques , biologiques et radiologiques de cette pathologie et étudier le volet évolutif et thérapeutique.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective des patients hospitalisés pour des lésions abcédées du poumon pendant une durée de 9 ans allant de l'année 2012 jusqu'à 2021.

Résultats:

14 cas ont été colligés dont 10 étaient d'origine rurale. L'âge moyen était de 4 ans avec un sexe ratio de 1,3. Trois enfants étaient suivis pour encéphalopathie et un retard psychomoteur et un nourrisson était suivi pour une atrésie de l'œsophage opérée. La fièvre était présente chez tous les patients avec une température moyenne à 38,8. L'altération de l'état général était présente dans 57 % des cas. L'examen clinique a mis en évidence une polypnée respiratoire et des signes de lutte chez 8 patients et une désaturation chez 2 parmi eux. L'auscultation pulmonaire était pathologique dans 71 % des cas. La CRP était élevée dans tous les cas avec un taux moyen à 215 mmol/l. Une polynucléose à neutrophiles était retrouvée dans 57 % cas. Tous les enfants ont bénéficié d'un scanner thoracique. La lésion se situait au niveau du poumon droit dans 71 % avec une prédominance du lobe supérieur. L'enquête infectieuse a isolé un pneumocoque chez un seul patient sur un matériel de drainage chirurgical, bacille de koch dans les crachats chez deux enfants et aspergillus chez 3 patients. Un corps étranger ancien surinfecté était en cause chez un enfant. La recherche d'un déficit immunitaire faite dans 5 cas révélée négative. La durée moyenne de l'antibiothérapie par voie intraveineuse était de 26 jours. Deux enfants ont bénéficié d'un drainage chirurgical avec extraction endoscopique d'un corps étranger intra-pulmonaire dans un seul cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 28.7 jours avec recours à l'hospitalisation en milieu de réanimation pour deux patients. L'évolution était favorable chez la majorité des patients. Un seul cas était compliqué d'empyème et d'hydro pneumothorax. Le nourrisson suivi pour atrésie de l'œsophage compliquée d'une fistule oeso-trachéale est décédé dans un tableau d'état de choc septique

Conclusion:

Il s'agit d'une pathologie infectieuse sévère de l'enfant dont la présentation clinique et radiologique est caractéristique. La prise en charge est lourde et requiert des hospitalisations prolongées, des

explorations et un suivi adaptés. L'évolution est généralement favorable de nos jours mais reste lente et émaillée des risques de complications ultérieures.

P13 - Gastro-entérite aiguë à Shigelle en milieu pédiatrique : profil épidémiologique et clinique

H. Hammami (1), H. Hrizi (1), MA. Mansouri (1), R. Guedri (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1), S. Ben Becher (1),

Service de Pédiatrie urgences et consultation Hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

La Shigella est l'un des principaux agents pathogènes de la diarrhée chez les enfants du monde entier. C'est une maladie diarrhéique qui sévit surtout dans les régions tropicales. Elle est endémique toute l'année dans les pays en développement, avec des poussées épidémiques à certaines saisons surtout lors de la rentrée scolaire.

Objectifs:

Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutifs de cette infection.

Matériel et méthodes:

Nous avons colligé 4 cas de gastro-entérite aiguë bactérienne à shigelle, hospitalisés en un mois dans notre service de Pédiatrie urgences et consultation à l'hôpital d'enfants de Tunis pendant sur une période allant du 15 septembre au 15 octobre 2022

Résultats:

On a isolé la shigelle chez 4 enfants hospitalisés dans notre service pour complément de prise en charge d'une gastro-entérite aiguë fébrile. Elle touchait les garçons plus que les filles (3 garçons pour 1 fille), d'âges différents allant de 23 mois à 6 ans. L'association de vomissements, de fièvre et d'une diarrhée liquidienne a été observée chez tous ces enfants. L'infection à shigelle a été confirmée par l'examen bactériologique des selles. La diarrhée était glairo-sanglante chez un seul cas. Un autre patient a présenté des signes de mauvaise tolérance de la fièvre faits de marbrures, extrémités froides avec tachycardie nécessitant un seul remplissage à l'admission sans recours aux drogues. Ils avaient tous un syndrome inflammatoire biologique important avec une moyenne de CRP à 175 mg/l. Toutes les hémocultures périphériques étaient négatives. Ils se sont tous rapidement améliorés avec la disparition des vomissements à J2 de repos digestif et d'antibiothérapie à base de céfotaxime à la dose de 150 mg/kg/j. La durée d'hospitalisation était de 5 jours pour les quatre cas où ils ont totalisé 5 jours d'antibiotiques en intraveineux. Ils ont été mis à la sortie sous C3G par voie orale pendant encore 7 jours.

Conclusion:

La shigellose est par excellence une maladie de manque d'hygiène et à transmission féco-orale. L'homme est le seul réservoir et peut éliminer ces bactéries dans ses selles pendant des semaines

après un épisode dysentérique. Le plus souvent, la transmission est directe, du malade à son entourage. L'eau et les aliments souillés par des déjections contaminées peuvent également transmettre la maladie.

P14 - Profil épidémiologique et clinique des abcès pharyngés chez l'enfant : une série de 14 cas

H. Hammami (1), M. Weli (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1)

Services de pédiatrie urgences et réanimation Hôpital Hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Les abcès pharyngés constituent des urgences médico-chirurgicales. Ils sont secondaires à l'infection des ganglions pharyngés. Ils sont rares bien qu'il s'agisse de la suppuration la plus commune des espaces profonds de la face.

Objectifs:

Analyser les particularités épidémiologiques et cliniques de ces abcès et discuter leurs différents facteurs de risque.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur les patients hospitalisés pour un abcès pharyngé dans le service de Pédiatrie urgences et réanimation pédiatrique au sein du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 08 ans (du 1er Juillet 2012 au 30 Juin 2020).

Résultats:

Au cours de la période d'étude, 14 enfants ont été admis dans notre service pour un abcès pharyngé sur un total de 25920 admissions, soit une fréquence de 0.05%. La répartition selon le sexe était homogène avec un sexe ratio= 0.75. L'âge moyen au moment du diagnostic était 6 ans. Dans notre série, trois enfants ont pris des AINS sous ou sans prescription médicale. Tous nos patients étaient symptomatiques lors de la 1ère consultation, le signe trouvé en tête de liste était la fièvre chez 12/14 enfants puis le torticolis douloureux en 2ème position. Sur le plan biologique, le taux de CRP était très variable d'un enfant à un autre. Une CRP inférieure à 50 mg/l a été trouvée chez 5 enfants et supérieure à 200 mg/l a été trouvée chez 2 patients et entre 50 et 200 mg/l chez les sept restants

Conclusion:

Les infections pharyngées représentent une urgence cervico-faciale rare. Il s'agit d'une infection potentiellement sévère des espaces profonds du cou qui peuvent être méconnues. L'évolution de cette pathologie est généralement favorable sous traitement adéquat et précoce. Les complications sont l'apanage de terrain de débilité ou de malades vus tardivement d'où l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces

P15 - La prise en charge des abcès pharyngés chez l'enfant : une série de 14 cas

H. Hammami (1), M. Weli (1), F. Safi (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Services de pédiatrie urgences et réanimation Hôpital Hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Les abcès pharyngés représentent une urgence cervico-faciale rare. Il s'agit d'une infection potentiellement sévère des espaces profonds du cou qui peuvent être méconnues motivant une prescription inadaptée d'antibiotiques ou d'anti-inflammatoires.

Objectifs:

Exposer les différentes méthodes de prise en charge de ces infections afin d'harmoniser la conduite à tenir devant tout abcès pharyngés chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur les patients hospitalisés pour un abcès pharyngé dans le service de Pédiatrie urgences et réanimation pédiatrique au sein du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 08 ans (du 1er Juillet 2012 au 30 Juin 2020).

Résultats:

Au cours de la période d'étude, 14 enfants ont été admis dans notre service pour un abcès pharyngé sur un total de 25920 admissions, soit une fréquence de 0.05%. La répartition selon le sexe était homogène avec un sexe ratio= 0.75. L'âge moyen au moment du diagnostic était 6 ans. L'antibiothérapie en pré-hospitalier a concerné sept patients ayant reçu un traitement soit la moitié de notre groupe. En intra-hospitalier, cinq patients ont eu une monothérapie à base d'Amoxicilline - acide clavulanique. Une 2ème alternative à base de C3G avec le métronidazole a été utilisée chez deux autres. Une trithérapie a été utilisée chez les sept patients restants, soit la moitié de l'effectif à base de Céfotaxime + Métronidazole + Vancomycine. Par ailleurs, Neuf patients ont bénéficié d'une prise en charge combinée médico-chirurgicale avec une bonne évolution.

Conclusion:

Ces infections sont rares bien qu'il s'agisse de la suppuration la plus commune des espaces profonds de la face. Un traitement initial ainsi qu'une automédication inadaptés participeraient à cette progression. D'où l'intérêt d'éviter au maximum la prescription des anti inflammatoires non stéroïdiens.

P16 - L'Haemophilus influenzae : Une cause ré-émergente d'infection néonatale précoce

F. Fellah (1), C. Haj Hassine (1), A. Ayari (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1),

Service de Réanimation Polyvalente de l'Hôpital d'enfant de Tunis (1),

Introduction:

L'Haemophilus influenzae (HI) est une cause rare d'infection néonatale bactérienne précoce. Hôte habituel du tractus respiratoire, sa présence dans le tractus génital est occasionnelle, et la contamination fœtale se fait par voie cervicale.

Objectifs:

L'objectif de notre travail est de mettre l'action sur cette cause peu commune de sepsis néonatale.

Matériel et méthodes:

Etude à propos d'un cas

Résultats:

Il s'agit du nouveau-née IS qui a été admise à H7 de vie au service de réanimation pédiatrique polyvalente de l'hôpital d'enfants pour Détresse respiratoire néonatale (DRNN). La grossesse a été menée sans dysgravidies et le bilan infectieux prénatale n'a pas été effectuée (ECBU et PV non faits). L'accouchement s'est fait par voie basse à un terme de 35 SA+ 04 jours après une RPM de 12h. Le nouveau-né a présenté une DRNN sévère immédiatement après la naissance, ce qui a nécessité son transfert en milieu de réanimation. La prise en charge initiale a compris l'intubation et la ventilation mécanique, ainsi que la réalisation d'un bilan infectieux et de radiographie du thorax. La Radiothorax a montré un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral, et le bilan a objectivé un syndrome inflammatoire biologique (leucopénie GB=2480/mm³ et PNN=1530/mm³ et CRP =64 mg/l). La culture du prélèvement trachéale, ainsi que l'hémoculture faite à l'admission sont revenues positives à Haemophilus influenzae multisensible, ce qui a permis d'adapter l'antibiothérapie. L'évolution a été par la suite rapidement favorable

Conclusion:

Les infections maternelles à HI durant la grossesse exposent au risque de prématurité, et d'infection néonatale précoce invasive. Bien que pouvant varier des facteurs de risque surajoutés, la mortalité associée à ce type d'infection peut atteindre les 20%. La suspicion et le diagnostic précoce des infections néonatales à HI sont la clé d'une prise en charge optimale et d'une évolution favorable.

P17 - Les méningites lymphocytaires chez l'enfant

M. Weli (1), S. Trabelsi (1), K. Mekki (1), F. Maalej (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Services de pédiatrie urgences et réanimation Hôpital Hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Les méningites lymphocytaires (ML) sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques. Les causes sont nombreuses en majorité infectieuses dominées par les étiologies virales. Elles sont généralement bénignes mais dans certaines cas, elles peuvent être graves et mortelles.

Objectifs:

Etudier le profil épidémiologique, clinique et étiologique des ML ainsi que les différentes attitudes thérapeutiques, leur pronostic et leurs aspects évolutifs.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des cas de ML, colligés au niveau du Service de Pédiatrie, Urgence et Réanimation Pédiatrique du CHU Hédi Chaker Sfax, sur une période de 14 ans (2005-2018).

Résultats: 125 cas de ML ont été inclus, soit 47.89% des cas des méningites aiguës. L'âge moyen était de 7 ans et 4 mois (1 mois - 14 ans). Les enfants de plus de 5 ans étaient les plus touchés (64.8%). Nous avons noté une prédominance masculine (sex-ratio=2.9). Le motif de consultation le plus fréquent était le syndrome méningé (82.4%). Le début de la symptomatologie a été décrit comme brutal chez 50.4%. 90.4% des enfants étaient fébriles. Des convulsions dans un contexte fébrile étaient rapportées chez 5.6%. La ponction lombaire réalisée chez tous les enfants a montré un aspect clair chez 46.4% et trouble chez 18.4%. Le nombre de globules blancs dans le LCR variait entre 330 et 1740 élément/mm³, et la valeur des lymphocytes variait entre 70% et 100%. La protéinorachie était >0.4g/l chez 74.4%. La glycorachie était dans 43.2% des cas >50% de la valeur de la glycémie. L'examen direct et la culture du LCR, chez tous les enfants, étaient négatifs. L'amplification en chaîne par polymérase (PCR) dans le LCR a été positive pour l'Herpès chez un enfant. Un diagnostic de méningite virale a été retenu chez 96.8% des enfants. Le virus le plus incriminé était l'oreillon chez 26.4% des enfants. Nous avons noté 3 cas de méningite varicelleuse et un autre cas de méningoencéphalite herpétique. Un enfant présentait une méningite tuberculeuse et 3 autres avaient une méningite bactérienne décapitée. Le traitement antiviral a été administré chez 9.6% des cas ayant une méningoencéphalite herpétique ou présumée à herpès. La durée était de 21 jours chez un seul enfant et il a été arrêté chez les 11 autres au bout de 3 à 4 jours. L'évolution était favorable dans 94.4% des cas. Le taux de mortalité était de 0.8%.

Conclusion: Les ML d'origine virale sont les plus fréquentes des ML. L'examen clé pour le diagnostic est la ponction lombaire permettant une analyse cytologique, biochimique et microbiologique du LCR. Le diagnostic étiologique n'est pas toujours en raison de la bénignité très fréquente de ces méningites. La plupart des ML ont une évolution bénigne.

P18 - Ostéomyélite costale à staphylocoque aureus compliquée d'une pleurésie chez un nourrisson

A. Daya (1), I. Zmanter (1), F. Thabet (1), S. Chouchane (1),

Service de pédiatrie de Monastir (1),

Introduction:

L'ostéomyélite est une inflammation de l'os, généralement d'origine infectieuse. Elle touche souvent les os longs mais parfois le tableau peut être trompeur par sa localisation atypique. L'ostéomyélite costale est très rare chez l'enfant et peut mimer d'autres pathologies.

Objectifs:

Décrire le cas d'un nourrisson âgé de 7 mois admis au service de pédiatrie de Monastir pour prise en charge d'une ostéomyélite costale.

Matériel et méthodes:

Etude de cas individuel

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de sexe masculin, âgé de 7 mois sans antécédents particuliers admis pour exploration d'une fièvre aiguë, crises de pleurs incessants et une masse thoracique pariétale. Les examens complémentaires ont révélé un syndrome inflammatoire biologique, et une pleurésie de grande abondance à la radiographie de thorax. La tomодensitométrie a montré des lésions compatibles avec le diagnostic d'une ostéomyélite costale compliquée d'une rupture de l'abcès sous périoste dans la plèvre. L'évolution était favorable après drainage de la pleurésie et une antibiothérapie intra veineuse adaptée au germe isolé.

Conclusion:

L'ostéomyélite costale est une forme très rare qui peut être induire le clinicien en erreur. Une reconnaissance précoce et un traitement bien conduit peuvent prévenir les complications.

P19 - Brucellose chez l'enfant : A propos de 4 observations

S. Ben Ahmed (1), O. Barkallah (1), F. Mezghani (1), E. Jbabli (1), S. Rhayem (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

médecine infantile A Hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

La brucellose est une zoonose endémique du pourtour méditerranéen, rare chez l'enfant. Une prise en charge précoce et adaptée est nécessaire pour éviter les formes compliquées.

Objectifs:

Étudier les particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de la brucellose chez l'enfant

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective de 2019 à 2022 colligeant les cas de brucellose confirmée par sérologie de Wright

Résultats:

Quatre malades ont été colligés. Le sex ratio était de 1. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 9, 8 ans. La consommation de ricotta a été retrouvée chez trois malades et de lait cru chez un malade. Les signes fonctionnels étaient dominés par la fièvre prolongée (100%) dont la durée moyenne était de 20,7 jours, suivis par l'asthénie (50%), les sueurs nocturnes (50%), l'amaigrissement (25%), les douleurs articulaires (25%) et les douleurs abdominales (25%). Tous les malades étaient fébriles à l'admission. Une boiterie a été notée chez un malade avec douleurs à la manœuvre d'écartement rapprochement des ailes iliaques. Les anomalies à la biologie étaient une anémie (2), une cytolyse hépatique (1), une leuco-neutropénie (3) et un syndrome inflammatoire biologique (1). Le diagnostic a été confirmé dans tous les cas par le test de Wright. Le test au Rose Bengale était positif chez deux malades. Les hémocultures étaient positives chez un malade. Trois malades avaient une brucellose aigue (forme commune) et un malade une forme focalisée (sacro-iliite). Deux malades ont été traités par une association doxycycline+ rifampicine, un malade par cotrimoxazole+ rifampicine et un malade par doxycycline+ gentamycine. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,5 jours. L'évolution était favorable chez tous les malades.

Conclusion:

La brucellose est une maladie rare à déclaration obligatoire qui doit être évoquée devant tout tableau de fièvre prolongée. La prévention demeure le moyen le plus efficace pour lutter contre cette pathologie.

P20 - Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des infections chez les enfants atteints de déficits immunitaires primitifs : A propos de 61 cas.

Y. Achich (1), H. Sahnoun (1), I. Maaloul (1), L. Sfaihi (1), M. Nejla (2), H. Aloulou (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1),

Service de pédiatrie , CHU hedi chaker sfax (1), Laboratoire d'Immunologie, Institut Pasteur de Tunis (2),

Introduction:

les déficits immunitaires primitifs (DIP) représentent un groupe hétérogène de plus de 300 maladies relativement rares, dues au dysfonctionnement de certains composants du système immunitaire qui entraînent une augmentation de l'incidence, de la fréquence ou de la gravité des infections notamment à germes opportunistes.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques cliniques, microbiologiques et évolutives des manifestations infectieuses chez des enfants atteints de déficits immunitaires primitifs.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive, rétrospective de 61 enfants atteints de DIP, et pris en charge dans le service de pédiatrie générale du CHU Hédi Chaker de Sfax durant une période de 18 ans, allant de Janvier 2005 jusqu'à Octobre 2022.

Résultats:

Il s'agit de 31 garçon et 30 filles. La consanguinité a été notée chez 82% des cas. L'âge moyen de début de la symptomatologie clinique a été de 12 mois. L'âge moyen de diagnostic du DIP a été de 19 mois. Les DIP étaient répartis en DIP combinés (68.9%), DIP humoraux (21.3%), et DIP de la phagocytose (9.8%). Aucun déficit concernant la voie du complément n'a été déployé. Une infection est survenue chez 91.8% des patients atteints de DIP. Il s'agit d'infections pulmonaires dans 65.6% des cas, d'infections bucco-gastro-intestinales dans 49.2%, d'infections de la sphère ORL dans 32.8%, d'infections cutanées dans 27.9%, de septicémie dans 27.9%, d'infections ganglionnaires dans 16.4%, d'infections urinaires dans 16.8%, d'infections ostéo-articulaires dans 11.7%, d'infections neuro-méningées dans 3.3%, de la moelle dans 3.3% et cardiaques dans 1.6%. Sur le plan microbiologique, les pathogènes isolés ont été dans un ordre décroissant ; Candidas (39.3%), Pseudomonas (23%), Klebsiella pneumoniae (19.7%), E-coli (11.5%), bacille de koch (14.8%), Haemophilus influenza (9.8%), Aspergillus fumigatus (9.8%), Pneumocystis jirovecii (6.6%), Staphylocoque (4.9%), Serratia marcescens (3.3%), Salmonella (1.6%), Citrobacter cloecae (1.6%), Proteus mirabilis (1.6%), et Giardia (1.6%). L'évolution a été marquée par la survenue de décès dans un tableau septique sévère dans 45% des cas. Un tiers des patients (34%) sont encore suivis, alors que (21%) sont perdus de vue.

Conclusion:

Les DIP ne sont pas aussi rares en Tunisie. Ils sont souvent révélés par des infections à germes opportunistes à début précoce, parfois multifocales chez le même patient. En l'absence de prise en charge précoce, l'évolution est rapidement fatale, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce des DIP, d'une enquête infectieuse rigoureuse et d'une prise en charge appropriée.

P21 - Une complication rare de la varicelle de l'enfant: le Purpura post varicelle

B. Maalej (1), Z. Hadrich (1), K. Mekki (1), S. Trichelli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Services de pédiatrie urgences et réanimation Hôpital Hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

La varicelle est une maladie fréquente de l'enfant, le plus souvent bénigne, avec toutefois des complications graves. Le purpura idiopathique post varicelle reste une complication rare.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'un enfant atteint d'un purpura grave post varicelle admis au service d'urgence et réanimation pédiatrique de Sfax.

Matériel et méthodes:

case report d'un cas de purpura post-varicelle

Résultats:

il s'agit d'un garçon âgé de 12 ans, qui était admis dans notre service pour purpura extensif et nécrotique par endroit 15 jours après une primo infection varicelleuse. Aux antécédents personnels : il est issu d'un mariage consanguin et il présente un retard psychomoteur secondaire à une encéphalopathie d'origine anoxo-ischémique. A l'admission, l'enfant était fébrile à 41°C. il n'avait pas un syndrome méningé. L'examen cutané a montré une éruption cutanée généralisée extensive et nécrotique par endroit sans autres signes hémorragiques. Sur le plan hémodynamique, il était tachycarde à 110 bpm avec une tension artérielle correcte et un TRC immédiat. Le reste de l'examen était sans anomalies. Le bilan sanguin initial a révélé une CIVD massive avec une thrombopénie à 1000, une anémie à 4,8 g/dL un taux de prothrombine à 37 %, un temps de céphaline activé (TCA) allongé à 42, un taux de fibrinogène à 0,82 g/l, des produits de dégradation de la fibrine augmentés avec des D dimères positifs à 691. La CRP était positive à 46. La prise en charge médicale initiale était une antibiothérapie probabiliste à large spectre associée à des transfusions de plasma frais congelé, des culots globulaires et l'administration de la vitamine K. Devant ce tableau, le diagnostic de purpura fulminans était évoqué en premier mais la stabilité hémodynamique était contre, un syndrome d'activation macrophagique (SAM) était aussi évoqué d'où on a complété par une ponction sternale montrant des images d'hémophagocytose, mais l'élément contre c'est que tous les critères de SAM n'ont pas été réunis. Le diagnostic de purpura post varicelle a été retenu. D'où l'administration de veinoglobulines en intra veineuse à la dose de 1g/kg/j. L'évolution était marquée par l'amélioration clinique et cicatrisation des lésions cutanées au bout de 15 jours.

Conclusion:

Le purpura au décours d'une varicelle est une complication rare, mais peut être sévère et engage le pronostic vital.

P22 - Scarification and staphylococcus aureus sepsis

A. Harbi (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), H. Ben Oun (1), S. Khammari (1), E. Sbouai (1), H. Yanqui (1), H. Mejouel (1),

Service pédiatrie ibn jazarh kairaouan (1),

Introduction:

Staphylococcus are bacteria involved in a variety of pathologies of varying degrees of severity. They are one of the primary agents responsible for nosocomial infections but can also be contracted outside the hospital (community). Staphylococcus aureus is the most dangerous of the many staphylococci frequently encountered.

Objectifs:We report an observation of a staphylococcus aureus septicemia (SAMS) in a child with multiple localizations: bone, lung and ENT requiring a 2-month hospitalization. Antibiotic therapy and care allowed recovery and return to a sustained daily activity at 8 months.

Matériel et méthodes:

A 14-year-old boy with no notable pathological history was admitted for further management of a post-traumatic swelling of the right ankle (scarification) with anti-inflammatory drugs in a context of fever. Examination: febrile, hemodynamically stable, tachycardia, cardiopulmonary auscultation without anomalies, painful mandibular swelling with trismus, swelling of the left ankle with pus and hot inflammatory edema, shiny skin, decreased mobility of calves. Ultrasound of the soft tissues: intra-articular effusion of medium abundance, collection of the peri-articular soft tissues of the internal face of the left ankle opposite the medial malleolus, with significant infiltration of the surrounding tissue, deep and superficial venous thrombosis extended from the popliteal vein to the upper third of the leg veins and to the small saphenous vein. The day after hospitalization, he presented respiratory distress requiring ventilatory support, with an imaging appearance suggestive of pulmonary pleural staphylococcal disease associated with an abscess of the deep right facial cervical spaces, probably of dental origin. There was no cardiac or digestive involvement in this sepsis. Given the seriousness of the local condition of the left leg with a functional prognosis at stake, an external fixator was put in place with 3 changes of dressing under general anaesthesia in the operating theatre to save the lower limb. Favourable evolution with his being put on broad spectrum antibiotics for an extended period with Anticoagulant treatment.

Résultats:

The increase in the incidence of staphylococcal infections can be explained by the growing number of immunocompromised persons but also by the multiplication of invasive procedures altering the cutaneous-mucosal barrier: surgical interventions, catheter or probe placement, prosthesis implantation... Today, antibiotic therapy remains the treatment of choice, especially in the early phases of the infection. However, the recent emergence of vancomycin-resistant strains of methicillin-resistant staphylococci (MRSA) suggests a therapeutic impasse, but vaccine approaches are currently under study. This is a bacteremia with a hematogenous entry point (scarification in our case) complicating a sepsis with multiple localizations.

Conclusion:

S. aureus is the staphylococcus involved in the most serious pathologies in humans. These are so-called opportunistic pathogens that must take advantage of an entry point in the body and a decrease in immune defenses to cause an infection.

P23 - Virus associated hemophagocytic syndrome with EBV in children

A. Harbi (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), S. Bousalma (1), S. Khammari (1), E. Sbouai (1), H. Yanqui (1), M. Hessine (1),

Service pédiatrie ibn jazarh kairaouan (1),

Introduction:

VAHS (virus associated hemophagocytic syndrome) is a severe clinical and biological condition associated with certain menacing viral infections. It has been observed in patients with manifest immunodeficiency but also in previously apparently healthy children.

Objectifs:

We describe a clinical case and thus include Virus-associated hemophagocytic syndrome as a possible complication of EBV .

Matériel et méthodes:

7-month-old child admitted for further management of mucosal skin pallor. The history goes back to 10 days before the admission marked by the installation of asthenia and fever not improved under antibiotics. No consanguinity, no hereditary diseases in the family. Examination: weight 6.7kg, mucous skin pallor, afebrile, respiratory and neurological stability, splenomegaly, hepatic spire 4 cm of costal overhang, tachycardia at 180 bpm, immediate recoloration time, hot extremities. Biology: normocytic normochromic anemia at 3g.dl, HT: 9.3, VGM 98.9, WBC: 48.2 with thrombocytopenia 17.000, renal function, hepatic function, ionogram, calcemia, GDS, ferritinemia, fibrinogen and lipid balance are correct, RAI and TCD negative, blood smear: PNN with hypersegmented nuclei, anisopoikilocytosis. Leishmaniasis serology negative Myelogram showed nuclear fragmentation images in some erythroblasts, metamyelocytes with folded nuclei, PNN with hyper segmented nuclei Hemoglobin electrophoresis showed a moderate increase in hemoglobin F EBV serology strongly positive+++ , CMV negative Abdominal ultrasound: no abnormalities except for a peri-hepatic effusion slide. On day 1 of hospitalization she received a transfusion of red blood cells without incident. During the 3rd day of hospitalization she presented a hemodynamic and respiratory failure requiring the use of optiflow ventilatory support and filling via an intraosseous route and put under nosocomial antibiotic therapy. She received venoglobulins 1 g .kg for 2 days with 3 transfusions of packed red blood cells with a good clinical and biological evolution .

Résultats:

The Epstein-Barr virus (EBV) has been shown to infect T lymphocytes and is associated with two recently recognized human T-lymphoproliferative disorders: childhood EBV-associated hemophagocytic syndrome (VAHS) representing a primary or active EBV infection of T cells in young children, and the EBV-containing T cell lymphoma in adults predominantly affecting the nose, skin and gastrointestinal tract. Virus-associated hemophagocytic syndrome (VAHS) has been thought to be a distinct clinical entity, characterized by intermittent fever, enlarged liver and spleen, and the appearance of hemophagocytosis. Hemopoietic cells are actively ingested by monocytes/macrophages in various organs, including lymph nodes, bone marrow, liver, and spleen. Epstein-Barr virus (EBV) is now thought to be one of the major causes for the development of this unique syndrome. Additionally, VAHS is often associated with fatal infectious mononucleosis (IM).

Conclusion:

Virus-associated hemophagocytic syndrome Is a rare , potentially lethal disorder characterized by a dysregulation of the immune response , leading to a severe inflammatory syndrome . these case showed the relationship between EBV-associated VAHS and fatal IM

P24 - Syndrome de Kostmann

G. Cherif (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1),

hôpital militaire de Tunis (1),

Introduction:

Le syndrome de Kostmann ou neutropénie congénitale sévère constitue une forme rare de neutropénie profonde de l'enfant sans déficit lymphocytaire associé. Cette neutropénie conduit à des infections bactériennes ou mycosiques répétitives, avec des localisations très variables. Les mutations impliquées dans la neutropénie congénitale sévère sont de transmission variable et touchent quatre gènes (ELA2, GFI1, HAX1 et les mutations activatrices du gène de la maladie de Wiskott Aldrich : WASP).

Objectifs:

Faire le point sur la maladie de Kostmann à travers une observation pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Enfant âgé de 7 ans, issu d'un mariage non consanguin et sans antécédents familiaux notables, hospitalisé dans notre service à l'âge de 1 an pour péritonite appendiculaire compliquée de sepsis avec à la numération formule sanguine une neutropénie sévère à 140 /mm³. L'évolution a été marquée par des infections sévères récidivantes à type d'otite moyenne aigue, bronchopneumopathie, aphtose buccale chronique avec persistance d'une neutropénie profonde. Le bilan immunitaire était sans anomalie. Le myélogramme a montré une neutropénie d'origine centrale avec un blocage au stade de promyélocyte et un excès de blastes à 6%. Le caryotype sur moelle a confirmé l'absence d'anomalie chromosomique sur les mitoses analysées.

Résultats:

Le diagnostic de neutropénie congénitale sévère a été suspecté et confirmé par l'étude moléculaire en objectivant une mutation de novo du gène ELANE à l'état hétérozygote. Le patient a été mis antibioprophylaxie, il a reçu une seule dose de G-CSF avec une surveillance clinico-biologique étroite

Conclusion:

Le syndrome de Kostmann est une maladie rare mais grave. Le G-CSF peut améliorer et maintenir le nombre de neutrophiles afin d'améliorer le pronostic et la qualité de vie. Le pronostic vital et fonctionnel dépend étroitement de la qualité des soins, de la rapidité du traitement d'une infection sévère, mais aussi des possibilités d'une transplantation médullaire, en particulier en cas de transformation maligne.

P25 - Etat de mal convulsif du nourrisson : Méningite à streptocoque B et COVID 19, Quelle dangereuse coïncidence!

S. Atitallah (1), O. Mansour (1), R. Ben Rabeh (1), N. Missaoui (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1),

Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1),

Introduction:

Le streptocoque du groupe B (SGB) est le premier germe en cause du sepsis et des méningites chez le nouveau-né au cours des 7 premiers jours, moins fréquemment au-delà du 8ème jour jusqu'à l'âge de 90 jours. La maladie invasive à SGB peut mettre en jeu le pronostic vital ou être responsable à long terme des séquelles neurosensorielles. Depuis la pandémie COVID-19, on a constaté que coïnfection bactérienne et virale est souvent associée à un pronostic sévère de la maladie et une cause majeure de mortalité.

Objectifs:

Décrire un cas de coïnfection à streptocoque B - COVID-19 ainsi le profil évolutif de la maladie.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive d'une observation de septicémie à streptocoque B avec localisation méningée associée à une coïnfection COVID-19 colligée au service de médecine infantile C de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis.

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de sexe féminin âgé de 36 jours, issue d'une grossesse bien suivie menée à terme, sans dysgravidies, avec une anamnèse infectieuse négative. Les deux parents étaient non vaccinés contre le COVID-19. La patiente a été hospitalisée pour un état de mal convulsif dans un contexte fébrile. L'examen a trouvé une patiente eutrophique, fébrile à 38,4°C, plaintive, hyporéactive avec une hypotonie axiale et périphérique, une mauvaise succion et une fontanelle antérieure bombante. Par ailleurs, elle était ploypnéique avec un geignement expiratoire. La PCR COVID 19 rhinopharyngé était positive. La ponction lombaire a montré une pléiocytose à 340 EB/mm³ avec une culture positive à SGB et la PCR COVID-19 dans le LCR était négative. L'hémoculture était positive à SGB. L'échographie transfontanellaire a objectivé deux collections évoquant des abcès fronto-pariétales bilatéraux de 7 mm associées à une ventriculite. Le diagnostic d'une septicémie à SGB avec localisation méningée associée à une infection respiratoire à COVID-19 a été retenu. La patiente a été mise sous antibiothérapie à base ampicilline, ciprofloxacine et aminoside et un traitement anticonvulsivant. L'évolution a été marquée par l'amélioration de l'état respiratoire, l'absence de récurrence des convulsions, la stabilité du périmètre crânien et une stérilisation du LCR après 42 jours d'antibiothérapie. Des contrôles échographiques hebdomadaires ont été effectués avec évolution favorable. L'EEG fait après 2 mois de recul était sans anomalies et des potentiels évoqués auditifs et visuels sont prévus à l'âge de 6 mois ainsi qu'une IRM cérébrale.

Conclusion:

Malgré la diminution rapportée des taux des méningites depuis la pandémie du COVID-19, l'incrimination du virus dans la présentation sévère et compliquée d'une méningite à streptocoque B n'est pas éliminée. D'où l'intérêt de la vaccination contre le COVID-19 des jeunes couples.

P26 - Les kystes hydatiques chez l'enfant: à propos de 8 cas

R. Kolsi (1), R. Daoud (1), R. Charfi (1), R. Belhaj (1), T. Kammoun (1),

Service de pédiatrie, CHU Hédi Chaker, Sfax (1),

Introduction:

Le kyste hydatique est une anthroponose cosmopolite du au développement d'échinococcus granulosus. Il constitue un problème de santé publique dans les pays en voie de développement.

Objectifs:

Etudier les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des malades atteints de kyste hydatique.

Matériel et méthodes:

Nous avons colligé tous les cas de kystes hydatiques diagnostiqués au service de pédiatrie du CHU Hedi Chaker Sfax sur une période de 15 ans (de janvier 2007 à décembre 2022).

Résultats:

Nous avons colligé 8 cas : hydatidose pulmonaire (4 cas), disséminée (3 cas) et hépatique (1 cas). Tous les malades étaient originaires du sud tunisien (Sfax : 4 cas, sidi Bouzid : 2 cas, Tozeur: 1 cas et Gabès : 1 cas). L'âge moyen à la découverte de la maladie était de 5.6 ans. On a noté une prédominance masculine avec un sexe ration égal à 1.66. Le mode de découverte était une douleur abdominale dans un cas, une masse abdominale dans un cas et elle était fortuite dans 6 cas (radiographie thoracique). La notion de contagé hydatique et d'élevage des animaux domestiques était notée chez 6 enfants. La sérologie hydatique était positive chez 3 enfants, négative chez un enfant et non réalisée chez 4 malades. Une hyperéosinophilie a été notée dans 4 cas. Tous les malades ont bénéficié d'une imagerie (scanner ou échographie). La prise en charge était médicale pour 2 patients et médico-chirurgicale pour 6 malades. L'évolution était favorable chez tous les patients.

Conclusion:

L'hydatidose est une parasitose bénigne qui touche avec prédilection le foie et les poumons. Son diagnostic est devenu facile grâce aux progrès de l'imagerie médicale et son pronostic a été modifié par les nouvelles alternatives thérapeutiques et par les mesures prophylactiques.

P27 - Tuberculome cérébral et tuberculose disséminée sur un terrain d'immunodépression : à propos d'un cas

R. Kolsi (1), R. Daoud (1), H. Sahnoun (1), I. Chabchoub (1), I. Maaloul (1), T. Kammoun (1),

service de pédiatrie, CHU Hédi Chaker, Sfax (1),

Introduction:

La tuberculose reste une cause majeure de morbidité et de mortalité dans les pays en voie de développement. Bien que l'incidence des formes extra pulmonaires semble en augmentation, notamment chez les patients immunodéprimés, les localisations neuro-méningées, en particulier les tuberculomes, restent rares.

Objectifs:

Mettre en évidence l'importance de la recherche, chez un patient immunodéprimé atteint de tuberculose, des différentes localisations possibles, même en absence de signes d'appel.

Matériel et méthodes:

Etude d'un cas de tuberculose disséminée et de tuberculome chez une patiente suivie pour un déficit immunitaire primitif.

Résultats:

Une fille âgée de 3 ans et 10 mois a été admise pour dyspnée fébrile. Elle était suivie pour un déficit immunitaire primitif par défaut d'expression des molécules HLA de classe II, diagnostiqué dès l'âge de 17 mois. L'examen physique a montré une détresse respiratoire modérée et une hépatomégalie. L'examen neurologique était sans particularités. On a noté un syndrome inflammatoire biologique et la recherche de mycobactérium tuberculosis dans les crachats est revenue positive. Le scanner thoracique a montré des lésions nodulaires évoquant le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire. Devant le terrain d'immunodépression, on a complété par un bilan d'extension de la tuberculose (examen ophtalmologique, PCR bacille de koch (BK) dans le LCR, PCR (BK) dans la moelle osseuse, un scanner thoraco-abdomino-pélvien et un scanner cérébral). Ce dernier a mis en évidence une collection fronto-pariéto-occipitale droite de rehaussement pariétal intense de 50*40mm dans le plan axial ; le scanner abdominal a montré une hépatomégalie et le reste des explorations était sans anomalies. La patiente a été opérée pour drainage de la collection. La PCR BK dans le liquide d'aspiration est revenue positive, confirmant le diagnostic d'un tuberculome cérébral. L'enfant a été mise sous quadrithérapie anti-tuberculeuse avec bonne évolution clinique, biologique et radiologique.

Conclusion:

Le tuberculome cérébral reste une pathologie peu fréquente, caractérisée par un polymorphisme clinique et radiologique. Le traitement repose sur une chimiothérapie anti-tuberculeuse associée parfois à une exérèse chirurgicale si la lésion est superficielle.

P28 - Aplasie médullaire post covid : complication rare et fatale

Z. Ben Aounallah (1), O. Sboui (1), Y. Ben Rejab (1), H. Barakizou (1),

Service de pédiatrie Hôpital militaire de Tunis (1),

Introduction:

Le COVID-19 affecte principalement mais non exclusivement le système respiratoire, de nouvelles preuves mettent en évidence l'impact de cette infection virale sur d'autres systèmes d'organe. Le foie est atteint dans 37% des cas et le système hématopoïétique dans 30% des cas.

Objectifs:

Décrire à travers une observation pédiatrique les caractéristiques cliniques et biologique d'une aplasie médullaire post infection à SARS cov-2.

Matériel et méthodes:

Etude de l'observation d'un patient hospitalisé au service de pédiatrie à l'hôpital militaire de Tunis pour une hépatite aigue et une pancytopenie post covid.

Résultats:

FI est un garçon âgé de 9 ans, issu d'un mariage non consanguin et sans antécédents personnels pathologiques particuliers. IL a été hospitalisé pour un ictère dans un contexte fébrile. Notion d'infection à SARS Cov-2 chez le père confirmé par PCR 7 jours auparavant. A l'examen, il avait un ictère cutanéomuqueux généralisé, des lésions pétéchiales au niveau de deux membres supérieurs et une hépatomégalie à 9 cm sans syndrome tumoral. A la biologie : une bi-cytopénie sévère (thrombopénie sévère à 8000 et leuco-neutropénie avec des GB à 1500 et PNN à 500). Le myélogramme complété par la biopsie ostéo-médullaire ont permis de retenir l'origine centrale de l'aplasie médullaire. Il s'agissait par ailleurs d'une hépatite aigue cholestatique (cytolyse hépatique à 45 fois la normale et cholestase) avec TP à 60% et facteur V à 70%. Une aplasie médullaire acquise post-hépatitique a été suspectée. Dans le cadre de bilan de diagnostic différentiel, un syndrome d'activation macrophagique, une maladie de Fanconi, un déficit immunitaire ont été éliminés. Après avoir éliminé l'hépatite virale classique, l'hépatite métabolique, l'hépatite toxique et l'hépatite auto-immune (devant des anticorps AAN, antiSLA, antiM2, antiSP100, et anti LKM1 négatifs et une ponction biopsie du foie a été faite revenant sans anomalie). Le diagnostic d'aplasie post hépatite aigue virale au SARS-cov2 a été retenu. L'évolution était favorable sur le plan hépatique avec restitution ad-integrum. Il a été stabilisé sur le plan hématologique et infectieux puis adresser pour une greffe de la moelle osseuse haplo-identique. Le patient est décédé dans l'attente de sa greffe de moelle osseuse dans un contexte infectieux.

Conclusion:

L'aplasie aigue post covid est une nouvelle entité chez l'enfant liée à une exposition au COVID 19 dont le mécanisme n'est pas encore bien élucidé. Un retard de diagnostic peut mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

P29 - Kaposi-Juliusberg syndrome in childhood : a case report

K. Ben Mansour (1), N. Jelalia (1), MY. Aissa (1), M. Ben Dhia (1),

Pédiatrie hôpital régional de Nabeul (1),

Introduction:

Kaposi-Juliusberg dermatitis is a severe infection of the skin caused by herpes simplex virus. It occurs with a variety of skin disorders although association with atopic dermatitis in children has rarely been reported in the literature We hereby report the case of a 10-year-old boy who was previously diagnosed with atopic dermatitis.

Objectifs:

To highlight this type of infection through a new pediatric observation.

Matériel et méthodes:

CASE REPORT

Résultats:

A 10-year-old boy, followed-up for type 1 diabetes for 2 months before his admission as well as atopic dermatitis treated with topic steroids, was admitted for generalized rash that started 10 days before the hospitalisation. On clinical examination, he had a generalized vesiculo-pustular eruption respecting the palmoplantar surfaces, polymorphic erosions, impetiginized scabs at the shoulders, hips and elbows, inflammatory plaques in the folds of the elbows, and popliteal fossae and a peeling skin on the face and the neck. No other abnormalities were detected on clinical examination. The biological assessment showed only an inflammatory syndrome (C- reactive protein=170mg/l and white blood count=11600/mm³). The Kaposi-Juliusberg syndrome was the most likely diagnosis, hence the patient was treated with antiviral (aciclovir 10 mg/kg three times a day) and antimicrobial therapy (amoxicillie+clavulanate) for ten days associated with local care and emollients. This syndrom is confirmed by culturing the contents of the vesicles and by repeated herpetic serology at 15-day intervals which shows an elevation of anti-HSV IgM. The virus most often involved is HSV1. The risks of this superinfection are viral dissemination (risk of herpetic encephalitis or extension to neighboring organs, particularly with ocular involvement) and staphylococcal superinfection (risk of sepsis). The clinical outcome was favourable and the patient was discharged at day 5 with a good clinical follow-up.

Conclusion:

Kaposi-Juliusberg dermatitis, frequently misdiagnosed as impetigo, can be severe, progressing to disseminated infections and potentially life threatening. Therefore, prompt diagnosis and adequate therapy are necessary for good outcomes.

P30 - Pneumococcal meningitis in children : atypical clinical presentation :a case report

N. Jelalia (1), K. Ben Mansour (1), A. Kallel (1), MY. Aissa (1), M. Ben Dhia (1),

Pédiatrie hôpital régional de Nabeul (1),

Introduction:

Pneumococcal meningitis is caused by a bacteria called streptococcus pneumoniae. There are over 90 strains, but only a minority commonly cause disease. Most cases occur in babies and young children under 18 months of age. The elderly and people with conditions that affect their immune systems are also at increased risk. We report a case of a 10-year-old that presents an atypical clinical presentation of a pneumococcal meningitis.

Objectifs:

To highlight this type of infections through a new pediatric observation.

Matériel et méthodes:

CASE REPORT

Résultats:

A 10-year-old girl, with unremarkable pathological history, was admitted for fever, hallucinations, vomiting and diarrhoea since 24 hours. On clinical examination, the patient was aware, GS:15/15, no meningeal syndrome, no motor sensory deficit, no abnormalities on the examination of cranial pairs and visual hallucinations while examination. The paraclinical assessment showed only an inflammatory syndrome (with C-reactive protein at 130 mg/l and white blood cells at 14700/mm³). The brain scan was normal. Lumbar puncture shows no abnormalities with a negative culture. Pneumococcal PCR in cerebrospinal fluid was positive. The patient was treated by antibiotic therapy and valaciclovir. The evolution was marked by the clear improvement of the symptomatology since the third day of treatment.

Conclusion:

In our observation; we should be aware of various neurological symptoms that may lead us to diagnose this type of infections; and we should mention that the multiplex PCR was of great use since it was the diagnostic tool which allowed us to identify the causal germ.

P31 - Un torticolis fébrile révélant le syndrome de LEMIERRE : à propos d'un cas

H. Hammami (1), M. Weli (1), B. Maalej (1), F. Safi (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Services de pédiatrie urgences et réanimation Hôpital Hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Le syndrome de LEMIERRE consiste en une thrombophlébite septique de la veine jugulaire interne et, plus généralement, de toute veine cervicale compliquant une infection le plus souvent oro-pharyngée.

Objectifs:

Etudier le profil clinique, radiologique et thérapeutique du syndrome de LEMIERRE à travers une observation vécue au sein du service de Pédiatrie urgences et réanimation de Sfax.

Matériel et méthodes:

Nous détaillons le cas d'un enfant âgé de 2 ans et 3 mois qui a été hospitalisé dans notre service de Pédiatrie urgences et réanimation du CHU Hédi Chaker de Sfax en avril 2021 pour complément de prise en charge d'un torticolis fébrile en rapport avec un abcès rétropharyngé compliqué d'un syndrome de LEMIERRE.

Résultats:

Il s'agit d'un enfant âgé de 02 ans et 03 mois, sans antécédents particuliers, admis pour complément de prise en charge d'un torticolis fébrile avec des vomissements associés à un syndrome inflammatoire biologique franc. Une méningite purulente a été d'emblée éliminée par une ponction lombaire normale. Nous avons complété par un scanner cervical qui a montré une collection rétropharyngée droite à paroi propre rehaussée après injection de produit de contraste de taille 36*17*26 mm avec une absence d'opacification de la VJI droite droit en rapport avec une thrombose veineuse. Le diagnostic retenu était un abcès rétropharyngé droit compressif compliqué d'une thrombose de la VJI. L'origine septique était la plus probable de cette thrombose entrant dans le cadre d'un syndrome de LEMIERRE. Le prélèvement peropératoire a isolé streptococcus pyogènes sensible aux antibiotiques. Le malade n'a pas été mis sous une anticoagulation. Un bilan de thrombophilie (dosage de la protéine C et protéine S de l'antithrombine III, facteur V de Leiden et les anticorps antiphospholipides.) a été demandé et s'est révélé négatif. Il a reçu 21 jours d'antibiothérapie par voie parentérale puis a été mis sortant. Il a été vu à la consultation externe après un mois avec un examen clinique était normal.

Conclusion:

Le syndrome de LEMIERRE est une affection potentiellement mortelle. Il faut systématiquement l'évoquer lorsque l'enfant présente, au décours d'une infection oro-pharyngée, un tableau clinique de sepsis et/ou des douleurs latéro-cervicales. Il est probablement secondaire à une agrégation plaquettaire induite par certains facteurs libérés par *Fusobacterium necrophorum*.

P32- ecthyma gangrenosum: à quoi penser?

F. Charfi (1), R. Charfi (1), N. Barkia (1), M. Ammar (1), I. Chabchoub (1), S. Ben Ameer (1), I. Ben Mostpha (2), H. Aloulou (1), MR. Barbouche (2), T. Kammoun (1),

Service de Pédiatrie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie (1),

Introduction:

L'ecthyma gangrenosum est une variante de l'impétigo qui s'étend au derme. Il s'agit d'une vascularite relativement rare qui résulte d'un agent pathogène ou d'une inoculation directe à travers la peau. Elle se présente initialement comme une macule érythémateuse ronde et indolore, qui devient ensuite nodulaire, bulleuse ou pustuleuse avec une base et un bord érythémateux indurés. L'agent pathogène le plus courant qui cause l'ecthyma gangrenosum est *Pseudomonas aeruginosa*.

Objectifs:

décrire les caractéristiques clinico-biologiques et la prise en charge d'une infection cutanée à *pseudomonas Aeruginosa*

Matériel et méthodes:

un case report à propos d'un nourrisson âgé de 6 mois admis pour des lésions cutanées bulleuses et nécrotiques

Résultats:

Un nourrisson de sexe masculin était admis à l'âge de 6 mois pour des lésions nécrotiques au niveau du siège. La période néonatale était sans incidents. Il ne présentait pas de répétition d'infections. Ses parents étaient non consanguins. L'histoire de sa maladie remontait à 15 jours quand le nourrisson a présenté une toux et une fièvre traitées par augmentin®. L'évolution était marquée par l'apparition de lésions bulleuses et nécrotiques au niveau du siège. L'examen clinique a objectivé un nourrisson eutrophique et fébrile à 39°C. Il était pâle avec un teint grisâtre. La tension artérielle était à 90/55 mmHg. L'examen cutané a objectivé de multiples lésions bulleuses et nécrotiques au niveau du pli de l'aîne en bilatéral et au niveau de l'hypochondre droit avec une lésion bulleuse au niveau de la fesse gauche. Le reste de l'examen était normal. La biologie a objectivé une neutropénie à 970/mm³ et une anémie hypochrome microcytaire à 9.7 d/dl. La CRP était à 323 mg/l avec 2 hémocultures négatives. Le dosage pondéral des immunoglobulines était normal pour l'âge. L'échographie abdomino-pelvienne a objectivé un aspect évoquant une cellulite scrotale. Un scanner du pelvis fait éliminant une atteinte osseuse. Un prélèvement cutané des lésions a isolé le *Pseudomonas Aeruginosa*. Il a été mis sous Ceftazidime, Vancomycine, Amikacine et Métronidazole associés à des soins locaux et une sonde vésicale afin d'éviter la contamination des lésions. L'évolution était marquée par une apyrexie stable. Toutefois il y avait une perte de substance profonde au niveau du pli de l'aîne au 7^{ème} jour du traitement. La Ceftazidime était alors changée par le Meropénème entraînant une amélioration de l'état local avec une cicatrisation progressive des lésions. Devant ce tableau d'ecthyma gangrenosum un déficit immunitaire était suspecté. Le bilan immunitaire était normal mais le déficit en Interleukine 1 est suspecté et son étude génétique est en cours au laboratoire d'immunologie Pasteur à Tunis.

Conclusion:

La reconnaissance de l'ecthyma gangrenosum est essentielle pour fournir rapidement un traitement antibiotique empirique approprié. Un bilan immunologique doit être effectué, bien qu'une infection virale concomitante puisse être un facteur prédisposant.

P33 - Septicémie à salmonella récurrente sur un terrain de granulomatose septique chronique.

W. Ben Hadj Ali (1), O. Hammami (1), W. Barbaria (1), A. Bouraoui (2), M. Ouederni (2), I. Khamessi (1),

Service de Pédiatrie universitaire de Bizerte (1), Centre de greffe de la moelle osseuse, Tunis (2),

Introduction:

La granulomatose septique chronique atteint 1/200000 à 1/500000 naissances, les manifestations cliniques courantes sont essentiellement des abcès et des pneumopathies. Les infections à germe catalase positif sont fréquentes chez les malades atteints de granulomatose septique, en effet ces infections souvent sévères et récurrentes peuvent évoluer vers la formation de granulomes

Objectifs:

A propos d'un cas pédiatrique

Matériel et méthodes:

A propos d'un cas pédiatrique 2022

Résultats:

M.R âgé de 5 ans , issu d'un mariage non consanguin , aux antécédents familiaux de deux décès fraternels à l'âge de 13 mois : une sœur décédée dans le cadre d'une granulomatose septique chronique, et frère décédé dans un tableau d'état de mal convulsif fébrile, les circonstances de découverte de sa granulomatose septique chronique étaient une BCGite locorégionale à l'âge de 2 mois, avec anémie auto-immune hémolytique découverte à l'âge de 1 an mis sous corticothérapie en dégression progressive, Aspergillose pulmonaire invasive en juin 2022 avec Antigénémie aspergillaire positive , PCR aspergillaire positive, a présenté un tableau de gastro-entérite fébrile en rapport avec une septicémie à salmonelle confirmée à la bactériologie et compliquée d'un SAM traité par 14 jours de Tazocilline-Vancomycine et 3 jours d'Amiklin. Il a été noté une récurrence de cet épisode réapparition de la fièvre et de diarrhée 48 h suivant l'arrêt des antibiotiques où le tableau clinique était plus bruyant, il a été mis sous traitement anti infectieux pendant 21 jours associé au traitement symptomatique avec bonne évolution clinique. A noter que l'enfant a fait une hépatite avec insuffisance hépatocellulaire au cours de la deuxième rechute.

Conclusion:

La granulomatose septique chronique est une maladie grave par les infections à germe catalase positif qui peuvent changer à tout moment de l'évolution le pronostic vital, la greffe de moelle osseuse est un espoir pour ces malades.

P34- Sacro iléite infectieuse compliquée chez l'enfant ; A propos d'un cas

M. Haj Ltaief (1), O. Naija (1), A. Tamboura (1), M. Ferjeni (1), W. Saied (2), M. Jrad (3), T. Gargah (1),

Service de Pédiatrie- Hôpital Charles Nicolle (1), Service d'orthopédie infantile- Hôpital d'enfants Béchir Hamza (2), Service de radiologie- Hôpital Charles Nicolle (3),

Introduction:

Les sacro iléites infectieuses de l'enfant sont rares et de diagnostic parfois difficile. L'imagerie et surtout la scintigraphie osseuse reste une pierre angulaire pour le diagnostic et pour détecter les complications. L'abcès du muscle psoas iliaque reste une complication rare de la sacro iléite.

Objectifs:

Nous rapportons l'observation d'une sacro iléite infectieuse chez un enfant de sexe masculin suivi pour syndrome néphrotique.

Matériel et méthodes:

Case report

Résultats:

Il s'agit d'un garçon, âgé de 2 ans et 4 mois, suivi pour un syndrome néphrotique pur et primitif depuis 20 jours et traité par une corticothérapie quotidienne à raison de 60 mg/m²/j. L'histoire de la maladie remonte à 10 jours, marquée par l'apparition d'une boiterie fébrile. L'examen à l'admission a objectivé une fièvre à 38.7°, des reflexes rotuliens présents, la marche était impossible ; il n'y avait pas de douleur à la mobilisation passive des 2 hanches ni de douleur à la palpation des métaphyses osseuses. Le bilan biologique a objectivé un syndrome inflammatoire important. L'échographie de la hanche était sans anomalies. La scintigraphie osseuse était en faveur d'une sacro iléite gauche. Une IRM du bassin a mis en évidence un épanchement intra articulaire sacro iliaque gauche avec un abcès intra musculaire du psoas iliaque gauche mesurant 10*11*16 mm. Le bilan tuberculeux ainsi que la sérologie étaient tous les deux négatifs. L'évolution sous amoxicilline- acide clavulanique et gentamycine était favorable.

Conclusion:

Notre observation est particulière par la survenue d'une sacro iléite infectieuse chez un enfant suivi pour syndrome néphrotique et traité par corticothérapie. La survenue d'une complication chez notre patient pourrait être expliquée par l'immunodépression acquise. Le diagnostic positif a été confirmé par la scintigraphie osseuse et l'IRM du bassin.

P35 - Covid 19 chez l'enfant: Quelles complications ?

I. Briki (1), I. Trabelsi (1), A. Lachiheb (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

Pédiatrie infantile B - Hôpital d'enfants - Tunis (1),

Introduction:

Depuis la propagation du nouveau coronavirus SARS COV 2, le pourcentage d'enfants atteints a continué d'augmenter avec l'apparition de nouveaux variants. Les tableaux cliniques sont très variables allant d'un enfant asymptomatique à des tableaux sévères.

Objectifs:

Les objectifs de notre étude étaient d'étudier les aspects des infections à COVID-19 et de dégager les principales complications.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive, menée sur une période de 17 mois et réalisée aux services de pédiatrie de l'hôpital d'enfants de Tunis. Les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et les principales complications ont été détaillés.

Résultats:

Nous avons recensé 248 enfants hospitalisés pour infection à COVID-19. L'âge moyen était de 28 mois. Le sex-ratio était de 1,5. Les antécédents étaient essentiellement respiratoires. La fièvre et les symptômes respiratoires étaient au premier plan. Une lymphopénie a été retrouvée dans 35,1% des cas. La CRP était élevée dans 12,6% des cas. Les formes cliniques étaient réparties en : formes non sévères dans 80,2% des cas (n=199), sévères dans 19,8% des cas (n=49). Cinquante-cinq malades ont eu recours à l'oxygène. L'évolution était favorable dans la majorité des cas. Les formes sévères étaient plutôt enregistrées durant la vague du variant Delta (n=29). Les principales complications étaient : une coinfection bactérienne (n=41), un pneumothorax (n=3), un syndrome de détresse respiratoire aigu (n=10), syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (n=5). Dix-sept malades ont été transférés en réanimation, avec recours à la ventilation mécanique dans 10 cas. Le taux de mortalité était de 2,4% (n=6). Le SDRA en était la cause dans 5 cas dont 4 avaient des terrains fragilisés. Le sixième était un nourrisson porteur de cardiopathie congénitale à type de CIV-HTAP.

Conclusion:

Malgré l'augmentation du nombre d'enfants atteints avec l'émergence des nouveaux variants de la covid 19, la mortalité ainsi que les formes graves n'étaient pas élevées. Les différents variants du virus peuvent être responsables des tableaux cliniques très variables et leur détermination par séquençage génomique peut avoir une valeur pronostique et thérapeutique importante.

P36- La pleurésie purulente chez enfant : à propos de 10 cas

I. Elleuch (1), R. Kolsi (1), W. Besghaier (1), S. Kmiha (1), T. Kammoun (1),

Service de pédiatrie de Sfax (1),

Introduction:

La pleurésie purulente constitue un problème majeur de santé publique en Tunisie et dans le monde. La symptomatologie clinique est polymorphe. L'évolution peut être défavorable en l'absence de diagnostic et de traitement précoce.

Objectifs:

Étudier les caractéristiques clinique et paraclinique et les particularités thérapeutiques des pleurésies purulentes chez enfants.

Matériel et méthodes:

On a mené une étude rétrospective qui a colligé tous les patients chez qui on a diagnostiqué une pleurésie purulente, entre 2019 et 2022, dans le service de pédiatrie de Sfax.

Résultats:

Dix patients ont été hospitalisés au cours de la période d'étude. L'âge moyen était de 5 ans et 9 mois. Le sexe ratio était de 0.5. Deux patients seulement étaient vaccinés contre le pneumocoque. Le motif de consultation le plus fréquent était une toux fébrile. Des anomalies auscultatoires étaient présentes dans tous les cas. Une radiographie thoracique a été demandée de première intention pour tous les patients et elle a montré un épanchement pleural unilatéral dans tous les cas. L'échographie a permis de préciser l'abondance de l'épanchement dans 70 % des cas et une TDM thoracique a été réalisée chez trois patients. La culture du liquide pleural était positive dans un seul cas et le germe était un pneumocoque. Un drainage thoracique a été indiqué pour un patient seulement. Le traitement s'est basé sur une antibiothérapie associant la céfotaxime et la vancomycine dans 6 cas, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 20 jours. Vingt pourcent de nos patients ont présenté des complications.

Conclusion:

Les pleurésies purulentes sont dues à des germes souvent virulents, principalement le staphylocoque et le pneumocoque. D'où on espère la diminution de l'incidence de cette pathologie avec la généralisation de vaccination anti-pneumococcique.

P37 - Les infections à salmonelles chez l'enfant

F. Safi (1), C. Kharrat (1), K. Mekki (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgences et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Les infections intestinales sont de plus en plus fréquentes chez enfant dont la salmonellose, une infection causée par une bactérie appelée salmonelle.

Objectifs:

Décrire les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des infections à salmonelle chez l'enfant

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatriques au CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 10 ans (janvier 2013- octobre 2022).

Résultats:

Nous avons colligé 9 cas de salmonellose : 6 garçons et 3 filles. L'âge moyen était de 4 ans avec des extrêmes de 6 mois à 9 ans. 66,7 % des cas ont eu lieu en automne et 22,2 % en printemps. 8 enfants étaient infectés avant leur admission et 1 cas a contracté la bactérie en milieu hospitalier. Le délai moyen de consultation était de 6 jours (1-15 jours). Les signes cliniques les plus fréquemment observés étaient : une fièvre (7cas), des troubles digestifs (6 cas) et des signes neurologiques type céphalées et convulsion (2 cas). Les signes digestifs étaient de type : diarrhée (6 cas), vomissement (5 cas) et douleur abdominale (5 cas). Les selles étaient liquidiennes (4 cas), molles (1 cas) et glairosanglantes (1 cas). L'examen abdominal a montré une splénomégalie (2 cas) et une fosse iliaque droite gargouillante (2 cas). L'échographie abdominale pratiqué chez 3 enfants a montré des multiples ganglions mésentériques infracentimétriques d'allure inflammatoires. Les anomalies biologiques étaient une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles (3 cas), une cytolyse (2 cas) et une élévation de la protéine C-réactive (7 cas). Le diagnostic était posé devant la positivité de la coproculture (3 cas), de l'hémoculture (1 cas) et de 2 sérologies à 15 jours d'intervalle (5 cas). L'identification des salmonelles a montré deux formes prédominantes : salmonella spp et salmonella enteritidis. Les souches isolées avaient un profil de sensibilité de type sauvage. Le traitement a été essentiellement symptomatique, 4 enfants ont bénéficié d'une antibiothérapie. L'évolution été favorable dans tous les cas.

Conclusion:

Les salmonelloses restent un problème de santé publique en pédiatrie. Dans les formes simples, les signes cliniques sont assez stéréotypés mais certains terrains sembleraient exposer à des formes plus sévères (jeune âge, immunodéprimé, bactériémie). L'évolution est souvent favorable. La prise en charge est principalement symptomatique. L'antibiothérapie ne se justifie que dans les formes graves afin de prévenir l'émergence de salmonelles résistantes. Il faut insister essentiellement sur les mesures d'hygiène.

P38 - Abscès pharyngés de l'enfant et torticolis fébrile : A propos de 7 cas

M. Weli (1), S. Trabelsi (1), H. Hammami (1), K. Mekki (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgences et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Les abcès pharyngés sont des collections suppurées profondes siégeant dans la paroi latérale ou postérieure du pharynx. Ils sont secondaires à l'infection des ganglions pharyngés. Ils sont rares bien qu'il s'agisse de la suppuration la plus commune des espaces profonds de la face. Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale nécessitant un diagnostic précoce pour une prise en charge rapide. Le diagnostic se base sur l'imagerie : IRM ou TDM injectée. Le traitement peut être exclusivement médical ou combiné médico-chirurgical. Le torticolis fébrile est un motif majeur de révélation des abcès pharyngés.

Objectifs:

décrire les circonstances diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des abcès pharyngés de l'enfant

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur 7 cas d'abcès rétropharyngés révélés par un torticolis fébrile

Résultats:

La moyenne d'âge était de 7 ans. La symptomatologie de début était une odynophagie (3 cas) avec dysphagie (4 cas), une tuméfaction cervicale (2 cas), et une otalgie (1 cas), tous les enfants ont présenté une fièvre. L'installation d'un torticolis était observée dans tous les cas dans un délai moyen de 5 jours. Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire biologique était noté dans 4 cas. A propos des explorations radiologiques, tous nos patients ont bénéficié d'une TDM cervicale avec injection, montrant un abcès rétro pharyngés (5 cas), un abcès péri amygdalien (1 cas) et un abcès amygdalien (1 cas). Concernant la prise en charge, 4 de nos patients ont eu une évacuation chirurgicale avec prescription d'une antibiothérapie à large spectre : C3G (Céfotaxime), un Glycopeptides (Vancomycine) et le Métronidazole (Flagyl), alors que les 3 restants ont reçu un traitement antibiotique à base d'amoxicilline et d'acide clavulanique. L'évolution était bonne (6 cas) et fatale (1 cas) dans un tableau d'état de choc septique post opératoire.

Conclusion:

Les infections pharyngées représentent une urgence cervico-faciale rare. Il s'agit d'une infection potentiellement sévère des espaces profonds du cou qui peuvent être méconnues. L'évolution de cette pathologie est généralement favorable sous traitement adéquat et précoce. Les complications sont l'apanage de terrain de débilité ou de malades vus tardivement d'où l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

P39 - La tuberculose abdominale de l'enfant : un diagnostic qui n'est pas toujours évident

F. Hassine (1), Z. Khlayfia (1), K. Lassoued (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),

Introduction:

La tuberculose reste de nos jours un problème de santé publique mondial et particulièrement en Tunisie qui demeure un pays endémique malgré l'instauration d'un programme national de lutte antituberculeuse. La forme pulmonaire reste la forme la plus courante et la plus facile à diagnostiquer, contrairement à la forme abdominale qui représente un réel challenge diagnostique en raison de sa présentation clinique insidieuse et la difficulté d'avoir une preuve bactériologique de la tuberculose dans cette forme.

Objectifs:

Etudier le profil clinique, biologique, radiologique, thérapeutique et évolutif chez des enfants suivis pour tuberculose abdominale

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective, descriptive incluant 5 observations de Tuberculose abdominale diagnostiquées et suivies dans le service de pédiatrie de l'hôpital Monji Slim de la Marsa en Tunisie durant la période allant de Janvier 2019 à Décembre 2021.

Résultats:

Nous avons colligé cinq enfants dont 3 filles et 2 garçons âgés de 4 à 14 ans. Ils étaient tous nés en Tunisie et correctement vaccinés contre la tuberculose à la naissance par le BCG. La symptomatologie initiale était : une fièvre prolongée dans tous les cas, une douleur abdominale mal systématisée avec trouble du transit dans 3 cas. L'asthénie, l'anorexie et les sueurs nocturnes étaient présents chez 2 patients. Un contage tuberculeux a été retrouvé chez 2 patients. La consommation de produits laitiers non pasteurisés était notée dans 4 cas. Une localisation pulmonaire primitive asymptomatique a été découverte chez un seul patient. Les perturbations biologiques étaient non spécifiques : anémie, leucopénie et syndrome inflammatoire biologique. L'intradermo-réaction à la tuberculine n'était positive que chez 3 patients. Le dosage du Quantiféron® n'a été réalisé que pour 2 patients, il était positif dans les 2 cas. L'échographie abdominale avec un complément d'exploration scannographique étaient effectuées chez tous les patients a montré une atteinte des ganglions intra-abdominaux chez 4 patients, une localisation iléocoecale sténosante chez 1 patient, des nodules hépatiques chez 1 patient et spléniques chez 1 autre. Une laparoscopie exploratrice était suffisante chez 4 patients alors qu'une laparoconversion était nécessaire dans la forme iléocoecale sténosante avec nécessité d'un geste de résection anastomose en un temps. Aucune complication post opératoire n'a été notée. La durée moyenne entre le début des plaintes fonctionnelles et la confirmation diagnostique était de 3 mois. Le diagnostic a été confirmé par l'examen anatomopathologique chez quatre patients et par la microbiologie chez un seul patient. Le traitement était conduit durant 6 mois chez 2 patients, 9 mois

chez 2 patients et 1 an chez un seul patient. L'observance thérapeutique était bonne chez tous les enfants et la guérison sans rechute a été obtenue pour tous les enfants.

Conclusion:

La localisation abdominale de la tuberculose constitue une forme extra-pulmonaire relativement fréquente. Le diagnostic reste difficile et repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, microbiologiques et anatomopathologiques. Le traitement est long et contraignant et l'observance thérapeutique est capitale pour éviter les complications et l'émergence de souches résistantes au traitement.

P40 - Dermo-hypodermite nécrosante post-vaccinale

O. Hammami (1), D. Nasralli (1), W. Barbaria (1), A. Bouraoui (1), I. Khamassi (1),

Service de pédiatrie Bizerte (1),

Introduction:

Une manifestation aiguë post vaccinale indésirable (MAPI) est un incident médical qui survient après la vaccination. Les affections de la peau et du tissu sous cutané qui peuvent être observé au décours d'une vaccination sont classées des réactions de fréquence indéterminée. Elles surviennent généralement 24 à 72 h après l'injection.

Objectifs:

Décrire les modalités de diagnostic et la prise en charge de la dermo hypodermite nécrosante post vaccinale à travers une revue de la littérature et en se basant sur notre observation.

Matériel et méthodes:

Etude d'un cas de Manifestation aiguë post vaccinale indésirable

Résultats:

Amal âgée de 7 mois issu d'un mariage non consanguin sans antécédents pathologiques notables, Elle est amenée aux urgences pour l'apparition une dizaine de jours auparavant d'une tuméfaction au niveau de la face antérieure de la cuisse droite au niveau du site d'injection du vaccin pentavalent qui a été réalisé il y a 15 jours. A l'examen le nourrisson est apyrétique en bon état général Tuméfaction au niveau de la face antéro externe de la cuisse droite d'aspect inflammatoire, indurée avec issu de pus faisant 5 cm de grand axe, douloureuse à la palpation. A la biologie un syndrome inflammatoire biologique modéré L'échographie des parties molles a mis en évidence une collection sous cutanée sans abcès ni d'atteinte des fibres musculaires. Un traitement empirique antibiotique à large spectre a été installé associée à un lavage quotidien et désinfection locale. On a totalisé 10 jours avec une bonne évolution et restitution ad integrum en un mois. Un bilan immunitaire complet a été réalisé qui est revenu sans anomalies.

Conclusion:

Cette observation met l'accent sur l'importance des moyens de sécurité lors de la vaccination et le respect des mesures de désinfection et de déclaration en cas d'effets indésirables, car même si plusieurs milliers de personnes se font vacciner chaque jour dans le monde, un accident tel qu'un effet de fréquence indéterminée n'est pas dénué de risque.

P41 - L'abcès retro-pharyngé chez l'enfant

O. Hammami (1), S. Zedini (1), W. Barbaria (1), L. Ferchichi (1), I. Khamassi (1),

Service de pediatrie Bizerte (1),

Introduction:

L'abcès rétropharyngé touche le plus souvent les enfants âgés de 2 à 4 ans avec une prédominance pour les garçons, c'est une pathologie en augmentation ces dernières années (0,1/10 000 en 2000 vs 0,22/10 000 en 2009), expliquée probablement par l'utilisation du scanner et/ou l'augmentation de la virulence du staphylocoque.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'un abcès rétro pharyngé chez une fille de 7 ans traité médicalement avec bonne évolution clinique et radiologique.

Matériel et méthodes:

Etude de cas et suivi des aspects cliniques et évolutifs

Résultats:

Il s'agit d'un enfant, de sexe féminin, âgé de 7ans sans antécédents pathologiques particuliers, correctement vaccinée. L'histoire de la maladie remonte à 7 jours marquée par l'installation d'une odynophagie avec douleur cervicale dans un contexte fébrile. Devant la non-amélioration clinique et l'apparition d'un torticolis, elle est amenée aux urgences. L'examen trouve une fièvre à 38. 3°, avec un état général conservé, torticolis gauche, une otite externe gauche, une gorge érythémateuse , un oedème cervical unilatéral gauche douloureux à la palpation avec des signes inflammatoires locaux en regard. Un scanner cervical avec des coupes thoraciques a été pratiqué en urgence montrant l'aspect d'une collection abcédée centrée sur l'espace retro pharyngé étendue à l'espace prestylien mesurant 22*30mm avec absence de collection décelable à l'étage médiastinal et absence d'épanchement pleuropéricardique. A la biologie elle avait un syndrome inflammatoire biologique modéré. La patiente a été mise sous antibiotique à base d'amoxicilline-acide clavulanique et de métronidazole. Le recours à la chirurgie n'a pas été nécessaire. L'évolution a été marquée par une nette amélioration Clinico- biologique et scanographique au bout de 10 jours d'antibiotique.

Conclusion:

Le diagnostic de l'abcès rétropharyngé doit être évoqué et recherché devant tout enfant fiévreux, présentant un torticolis et des symptômes de la sphère aéro digestive haute. Ses complications sont graves d'où l'intérêt d'une prise en charge rapide et adéquate.

P42 - La granulomatose septique chronique : à propos d'un cas

N. Oueslati (1), N. Jaballah (1), B. Elleuch (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), H. Ben Belgacem (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), S. Tilouch (1), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1),

pédiatrie Farhat Hached Sousse (1),

Introduction:

La granulomatose septique chronique (GSC) est un déficit immunitaire primaire, héréditaire liée à un dysfonctionnement de la NADPH oxydase des cellules phagocytaires. Elle se caractérise par une susceptibilité accrue aux infections bactériennes et fongiques sévères et récurrentes.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'une fille âgée de 2 ans diagnostiquée d'une GSC.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une fille âgée de 2ans, aux antécédents d'ostéomyélite aigue au niveau du genou, admise pour une fièvre prolongée avec altération du l'état général et une atteinte cutanée nécrotique au niveau du siège.

Résultats:

L'examen a révélé des polyadénopathies cervicales et axillaires, une hépatomégalie avec une ecthyma gangrenosum très étendue au niveau du siège. La mobilisation du membre inferieur gauche était douloureuse et limitée. A la biologie, elle avait une cytolyse hépatique avec à la numération formule sanguine une pancytopenie avec un myélogramme non concluant. Les hémocultures étaient positive à *Serratia maracens* . A la TDM thoraco-abdomino- pelvienne il y avait une hépatomégalie avec néphromégalie bilatérale et infiltrations osseuses hétérogènes ostéolytiques et ostéocondensantes diffuses. La scintigraphie a révélé des foyers d'hyperfixation en rapport avec des ostéomyélites multifocales. Le test de réduction au NitroBleu de Tétrazolium a confirmé le diagnostic du GSC. La patiente a été traité par des antibiotiques et des antifongiques avec bonne évolution clinique.

Conclusion:

Les infections ostéoarticulaires et cutanées peuvent être révélatrice du GSC .La prise en charge thérapeutique doit être la plus précoce possible afin d'améliorer le pronostic à court et à long terme.

P43 - Septicémie à salmonella récurrente sur un terrain de granulomatose septique chronique.

O. Hammami (1), W. Hadj Ali (1), W. Barbaria (1), A. Elleuch (1), S. Rekaya (1), M. Ouederni (1), I. Khamassi (1),

Service de pediatrie Bizerte (1),

Introduction:

La granulomatose septique chronique atteint 1/200000 à 1/500000 naissances, les manifestations cliniques courantes sont essentiellement des abcès et des pneumopathies. Les infections à germe catalase positif sont fréquentes chez les malades atteints de granulomatose septique, en effet ces infections souvent sévères et récurrentes peuvent évoluer vers la formation de granulomes.

Objectifs:

Nous rapportons une observation d'un enfant atteint de granulomatose septique avec septicémie à salmonelle

Matériel et méthodes:

rapporter une observation avec revue de la littérature

Résultats:

M.R âgé de 5 ans , issu d'un mariage non consanguin , aux antécédents familiaux de deux décès fraternels à l'âge de 13 mois : une sœur décédée dans le cadre d'une granulomatose septique chronique, et frère décédé dans un tableau d'état de mal convulsif fébrile, les circonstances de découverte de sa granulomatose septique chronique étaient une BCGite locorégionale à l'âge de 2 mois, avec anémie auto-immune hémolytique découverte à l'âge de 1 an mis sous corticothérapie en dégression progressive, Aspergillose pulmonaire invasive en juin 2022 avec Antigénémie aspergillaire positive , PCR aspergillaire positive, a présenté un tableau de gastro-entérite fébrile en rapport avec une septicémie à salmonelle confirmée à la bactériologie et compliquée d'un SAM traité par 14 jours de Tazocilline-Vancomycine et 3 jours d'Amiklin. Il a été noté une récurrence de cet épisode réapparition de la fièvre et de diarrhée 48 h suivant l'arrêt des antibiotiques où le tableau clinique était plus bruyant, il a été mis sous traitement anti infectieux pendant 21 jours associé au traitement symptomatique avec bonne évolution clinique. A noter que l'enfant a fait une hépatite avec insuffisance hépatocellulaire au cours de la deuxième rechute.

Conclusion:

La granulomatose septique chronique est une maladie grave par les infections à germe catalase positif qui peuvent changer à tout moment de l'évolution le pronostic vital, la greffe de moelle osseuse est un espoir pour ces malades

P44- Zona ophtalmique ; penser aux diagnostics différentiels

O. Hammami (1), H. Guichana (1), W. Barbaria (1), H. Mnassri (1), I. Khamassi (1),

Service de pédiatrie Bizerte (1),

Introduction:

Le zona ophtalmique est une lésion caractéristique, par son aspect clinique, rare chez l'enfant et peut être responsable de complications graves. Ces lésions sont généralement dues au virus varicelle zona qui reste quiescent dans les ganglions. Toutefois, L'Herpès Simplex Virus peut être responsable du même type de dermatose chez l'enfant. L'objectif du travail était de rapporter un cas d'éruption cutanée périorbitaire en rapport avec une infection herpétique chez un nourrisson.

Objectifs:

nous rapportons une observation d'infection virale de la paupière avec bonne évolution sous traitement avec revue de la littérature

Matériel et méthodes:

Etude de cas avec revue de la littérature

Résultats:

Enfant de sexe féminin âgée de 13 mois issue d'une grossesse et d'un accouchement normaux, sans antécédents pathologiques notables s'est présentée pour évaluation d'une éruption cutanée péri-oculaire droite évoluant depuis deux jours. L'anamnèse n'a pas révélé d'antécédent de varicelle, de lésion herpétique labiale ou génitale ni de traumatisme au site de l'éruption. L'examen, a montré un érythème englobant les paupières supérieure et inférieure droites et étendu sur 3 cm en péri-oculaire avec des lésions érosives et des croûtes. Il n'y avait pas de sensibilité, ni de vésicules ni de fièvre. L'enfant avait des mouvements oculaires normaux. L'examen ophtalmologique était sans anomalies. Devant l'étendue et la topographie radiculaires de l'éruption zostérisiforme, un zona ophtalmique a été discuté. L'enfant a été mis sous Aciclovir en intraveineux pendant dix jours et un traitement antiseptique local avec une évolution favorable. La recherche des anticorps à type d'IgM et d'IgG faite trois semaines après le début de l'éruption est revenue négative, confortant le diagnostic de lésion herpétique péri-oculaire.

Conclusion:

La localisation périorbitaire des lésions cutanées dues au virus de l'Herpès Simplex est rare. L'établissement du diagnostic surtout en cas de récurrence et l'importance de l'examen ophtalmologique à la recherche de complications oculaires sont soulignés.

P45 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens et manifestations infectieuses oto-rhino-laryngologiques chez l'enfant : Quel lien?

I. Merhben (1), F. Mezghani (1), S. Ben Ahmed (1), S. Rehayem (1), E. Jebli (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

Médecine Infantile A (1),

Introduction:

Malgré l'existence de controverses persistantes dans les études sur les risques d'aggravation du processus infectieux par la consommation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ; leur prescription par les professionnels de santé reste fréquente.

Objectifs:

Etudier le rôle des AINS dans l'évolution des manifestations infectieuses oto-rhino-laryngologiques (ORL) chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective comparative et analytique incluant tous les malades hospitalisés dans le service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants de Tunis et ayant présenté des manifestations infectieuses ORL sur une période de trois ans. On a eu recours aux tests statistiques chi-deux de Pearson et aux tests non paramétriques du logiciel statistique SPSS pour la comparaison des données.

Résultats:

Durant la période d'étude, nous avons colligé 44 malades hospitalisés pour des infections ORL. Le sex-ratio était de 1. L'âge moyen était de 41 ±05 mois [3mois ; 150 mois]. Les conditions socio-économiques étaient défavorables chez 50% des malades. Le recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens était noté dans 26.8 % des cas antérieurement à l'hospitalisation et pour une durée moyenne de 3,58 jours. Dans 20% des cas, les parents ont administré le traitement à leur enfant de leur propre chef. Le délai de consultation moyen était de 4.84 jours [1-19 jours]. Les motifs d'hospitalisation étaient comme suit : la cellulite dans 38.6% des cas, l'adénite dans 18.2% des cas, l'adénophlegmon dans 18.2% des cas et la mastoïdite dans 13.2% des cas. La durée d'hospitalisation moyenne était de 7.39±6.2 jours [1-28jours]. L'amoxicilline-acide clavulanique était la molécule essentiellement prescrite par voie intraveineuse avec relais oral. La durée moyenne était de 15.11 jours. La durée d'antibiothérapie était en moyenne de 15.11 jours. L'apyrexie était obtenue en moyenne en deux jours d'hospitalisation. La durée d'hospitalisation moyenne était de 7.39±6.2 jours [1-28jours]. Concernant les résultats de l'étude analytique, le recours aux anti-inflammatoires ne retardait pas significativement le délai de consultation avec $p=0,66$. La durée d'hospitalisation et la durée de l'antibiothérapie requises étaient plus importantes en cas de prise d'anti-inflammatoire mais la différence entre les deux groupes n'était pas significative ($p=0,49$ et $p=0,58$).

Conclusion:

Les sociétés savantes recommandent la prescription des AINS chez les enfants aux indications limitées et prédéfinies. Toutefois, nos enfants reçoivent ce traitement à visée antipyrétique dans plus que le ¼ des cas. Une meilleure sensibilisation des médecins de première ligne ainsi qu'une lutte contre l'automédication sont requises.

P46 - Infection urinaire fébrile à Escherichia Coli : Incidence et profil de résistance

A. El Amri (1), F. Mezghani (1), O. Barkallah (1), S. Ben Ahmed (1), F. Fedhila (1), E. Jbebli (1), S. Rehayem (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

Médecine Infantile A (1),

Introduction:

Les infections urinaires (IU) sont un motif fréquent de consultation et de prescription en pédiatrie. La résistance des bactéries aux antibiotiques est aujourd'hui un problème majeur de santé publique devant la limitation de l'arsenal thérapeutique disponible pour cette tranche d'âge.

Objectifs: Étudier l'incidence de l'infection urinaire à Escherichia coli (E coli) et en évaluer le profil de résistance.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective, incluant tous les enfants hospitalisés pour infection urinaire à E coli au service de médecine infantile « A », à l'hôpital d'enfants de Tunis, pendant une période d'une année allant du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021.

Résultats:

Durant la période d'étude, nous avons colligé 102 cas d'IU fébrile et quarante-neufs cas d'infection urinaire à E.coli soit 48%. Il s'agissait de 5 nouveau-nés, 28 nourrissons et 16 enfants. Le sex-ratio était de 0,8. Des antécédents personnels d'infections urinaires étaient présents dans 28% des cas. Une uropathie malformative était retrouvée dans 32 % des cas. Le motif d'hospitalisation était une fièvre isolée dans 35 cas dont 3 cas de convulsion fébrile et 4 cas de fièvre mal tolérée. Les douleurs abdominales étaient rapportées par cinq enfants et un nouveau-né était ictérique. A la biologie, une hyperleucocytose était notée dans 57% des cas, 15 enfants avaient une lymphopénie, la protéine C réactive était positive dans 73% des cas. Deux patients étaient en insuffisance rénale fonctionnelle. La leucocyturie était supérieure à 100 000 dans tous les cas. Le germe responsable était un E.coli sécrétant de bêta-lactamase à spectre élargi chez 16 patients soit 32%. Une antibiothérapie antérieure à l'épisode infectieux actuel était notée dans 69% de ces derniers cas. L'échographie rénale a révélé une complication suppurative chez 2 patients .Le traitement reposait sur les céphalosporines de 3ème génération seuls dans 29 cas, associés aux aminosides dans 7 cas. L'association imipénème+aminoside a été jugée nécessaire sur des arguments clinico-bactériologiques dans 24,5% des cas et un seul patient a reçu des glycopeptide et des quinolones. La durée de traitement était de 10 jours dans la majorité des cas et plus de 60 jours chez un malade présentant de volumineux abcès rénaux. L'évolution de l'épisode était favorable dans tous les cas, une récurrence d'infection urinaire a été observée chez 6 patient avec une culture positive à E.coli BLSE résistant à l'ertapénem dans un cas.

Conclusion:

Les IU à E Coli BLSE chez l'enfant sont devenues de plus en plus fréquentes en pratique courante et commencent à poser des difficultés thérapeutiques. La connaissance de leur mécanisme de résistance et la maîtrise de l'arsenal thérapeutique, sont des nécessités absolues. L'utilisation appropriée des antibiotiques en pratique clinique reste le moyen le plus efficace pour diminuer la dissémination des bactéries productrices de BLSE.

P47 - Coinfections bactériennes chez les enfants hospitalisés pour covid 19

I. Briki (1), I. Trabelsi (1), A. Lachiheb (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

Pédiatrie infantile B - Hôpital d'enfants - Tunis (1),

Introduction:

Le syndrome inflammatoire biologique est très fréquent chez l'enfant au cours de l'infection par le SARS-CoV-2. Le plus souvent, cela motive la prescription d'un traitement antibactérien précoce et empirique malgré l'absence d'infection bactérienne confirmée.

Objectifs:

Les objectifs de notre étude étaient d'étudier les aspects des infections à COVID-19 et de dégager les tableaux de coinfections bactériennes.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive, menée sur une période de 17 mois (Mars 2020-juillet 2021) et réalisée aux services de pédiatrie de l'hôpital d'enfants de Tunis. Les cas ayant présenté des coinfections bactériennes ont été détaillés.

Résultats:

Nous avons recensé 248 enfants hospitalisés pour infection à COVID-19. L'âge moyen était de 28 mois. Le sex-ratio était de 1,5. Les antécédents étaient essentiellement respiratoires. La fièvre et les symptômes respiratoires étaient au premier plan. Sur le plan biologique, le bilan infectieux a été demandé chez 86,6% des cas (n=215). Les principales anomalies retrouvées : Une lymphopénie dans 35,1% des cas et une hyperleucocytose dans 20,6% des cas. La CRP était élevée dans 12,6% des cas. Au cours de l'évolution, une coinfection bactérienne a été retenue dans 16,5% des cas (n=41). Sur le plan clinique, la coinfection était suspectée devant : la persistance ou la réapparition de fièvre (n=30) ou une aggravation respiratoire (n=16). Nous avons retrouvé des nouvelles images radiologiques (n=10). La coinfection a été confirmée avec preuve bactériologique chez 2% des cas (n=6). Le plus souvent, il s'agissait d'une infection respiratoire. L'ECBC a isolé chez quatre patients : un pneumocoque, un staphylococcus méti S, un Haemophilus Influenzae et un pyocyanique. Deux germes spécifiques ont été objectivés : une tuberculose (n=1) et une brucellose (n=1). Une infection associée aux soins était fortement suspectée dans un cas. Tous les patients suspects de coinfections bactériennes ont été traités par antibiothérapie. La molécule la plus fréquemment prescrite était le Céfotaxime (n= 36). L'évolution était favorable pour tous les malades.

Conclusion:

L'infection COVID-19 peut se compliquer d'une surinfection bactérienne qu'il faut traiter à temps, mais elle n'est pas plus fréquente au cours de l'atteinte COVID-19 qu'avec les autres virus. Le diagnostic de la surinfection doit se reposer sur un faisceau d'arguments et doit être de préférence documenté afin de limiter les prescriptions abusives des antibiotiques qui pourrait favoriser l'émergence des résistances.

P48 - Ecthyma gangrenosum in a previously healthy infant after varicella

R. Jabnoun (1), S. Essid (1), H. Mokni (1), M. Bouden (1),

Service de pédiatrie hopital Sahloul,Sousse (1),

Introduction:

Ecthyma gangrenosum is an aggressive cutaneous infection caused by *Pseudomonas aeruginosa*. This disease occurs most commonly in immunocompromised individuals. It is characterized by cutaneous

manifestations ranging from nodule and papule to necrotic ulceration . It is a severe condition that can be treated efficiently if diagnosed early.

Objectifs:

-Describe the clinical manifestations of ecthyma gangrenosum and the immunological findings

Matériel et méthodes:

We report the case of a 4-month-old female infant who was admitted to our Pediatric department of Sahloul Hospital for varicella.

Résultats:

Initial treatment includes intravenous acyclovir. Three days later the infant persist febrile .The patient appeared toxic with high fever ,multiple skin necrotic lesion in different stages of evolution and Hepatosplenomegaly. Empiric treatment with intravenous meropenem was initiated after collecting blood, cerebrospinal fluid, and skin lesion samples .The patient's general condition quickly improved .The culture of skin lesion grew *Pseudomonas aeruginosa* .According to the result of drug susceptibility test, intravenous ceftazidime was added and an excision of the necrotic plaque was performed. Furthermore immunologic workup doesn't show any abnormalities .

Conclusion:

Ecthyma gangrenosum is a severe skin infection that even occurs in a previously healthy children. Thus an immunological work up should be performed in suspected cases. Treatment includes targeted antibiotic therapy and surgical cleansing of the wound .

P49 - Impact de la pandémie SARS-CoV-2 sur la pathologie infectieuse en pédiatrie: étude étiologique

M. Bouslama (1), F. Mezghani (1), S. Ben Ahmed (1), S. Rhayem (1), E. Jbebli (1), F. Fdhila (1), S. Hadded (1), M. Khémiri (1),

Médecine infantile A hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

De nombreuses études se sont intéressées à l'impact psychologique du phénomène ainsi qu'aux tableaux cliniques en rapport avec le SARS-CoV-2 chez l'enfant, mais rares sont les études qui ont concerné l'impact de la pandémie SARS-CoV-2 et du confinement sur la pathologie infectieuse non COVID.

Objectifs:

Etudier l'impact de la pandémie SARS-CoV-2 sur la pathologie infectieuse dans un service de pédiatrie générale du nord du pays.

Matériel et méthodes:

Notre étude s'est étalée sur une période de six mois entre septembre 2020 et février 2021 (P1) et une période similaire une année auparavant (P2). Entre les deux périodes nous avons comparé l'incidence de la pathologie infectieuse non COVID et les caractéristiques démographiques des enfants hospitalisés au sein du service de médecine infantile A de l'hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis.

Résultats:

Durant la période P2, nous avons hospitalisé 182 malades contre 350 malades durant la période P1 pour la pathologie infectieuse bactérienne soit une baisse de 48%. Le nombre hebdomadaire moyen des admissions durant la période non COVID était de $14,6 \pm 4,7$ patients contre une moyenne de $7,6 \pm 3,1$ patients durant la période non COVID. Au cours des deux périodes on a relevé une même proportion d'anciens malades, soit le cinquième des admis avec ($p=0,736$). Le sexe ratio des patients est passé de 0,91 durant la période P2 à 1,2 durant la période P1 ($p=0,144$). Au cours de la période non COVID, l'âge moyen des enfants admis était de $30,4 \pm 37,5$ mois et l'âge médian était de 14 mois. Durant la période COVID, l'âge moyen était de $26,2 \pm 34,4$ mois et l'âge médian était de 10 mois ($p=0,206$). L'épidémie saisonnière de bronchiolite qui constituait 21% de la demande de soins en P1, était la plus touchée avec une baisse de 83,% suivie par les exacerbations d'asthme (-42,2%). Les patients admis pour fièvre ont diminué de 50% entre les périodes P1 et P2, ils sont passés de 208 patients au cours de la période P1 à 103 patients au cours de la période P2 ($P<0,001$). La durée moyenne de séjour est passée de $4,8 \pm 3,9$ jours et une médiane de 4 jours durant P2 à une moyenne de $5,6 \pm 4,3$ et une médiane de 4 jours durant P2. Nous avons noté 2 décès par pathologie infectieuse non covid durant P2 et 4 décès durant la période P1.

Conclusion:

La pandémie SARS-CoV-2 a bouleversé les systèmes de soins du monde entier et a modifié l'incidence de la pathologie infectieuse bactérienne. Ceci s'explique essentiellement par l'efficacité de la limitation des déplacements et des gestes barrières.

P50 - Syndrome drépanocytaire majeur révélé par une érythroblastopénie et un syndrome d'activation macrophagique à parvovirus-B19 : A propos de deux observations

M. Bouslama (1), F. Mezghani (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), F. Fdhila (1), S. Hadded (1), M. Khémiri (1),

médecine infantile A hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

L'érythroblastopénie transitoire à Parvovirus B19 est une atteinte médullaire élective de la lignée rouge classiquement rapportée chez les malades drépanocytaires mais un syndrome d'activation macrophagique associé est une complication rare et redoutable sur ce terrain fragilisé.

Objectifs: Suspecter le diagnostic de drépanocytose devant une anémie centrale.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons l'observation de deux malades hospitalisés au service de Médecine Infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis ayant un syndrome drépanocytaire majeur révélé par une érythroblastopénie et un syndrome d'activation macrophagique à parvovirus-B19.

Résultats:

Le premier malade était de sexe masculin âgé de 2 ans et 8 mois admis dans notre service pour la prise en charge d'une anémie mal tolérée, le second était de sexe féminin, admis à l'âge de un an et demi pour exploration d'une fièvre prolongée. Les enfants étaient originaires du nord ouest dans les deux cas, les parents étaient consanguins dans le deuxième cas. Ils ne rapportaient pas d'antécédents familiaux d'hémoglobinopathie. Chez le premier malade, la symptomatologie évoluait depuis trois jours marquée par l'aggravation d'une pâleur préexistante négligée par les parents, une asthénie et une irritabilité dans un contexte fébrile. Le second malade était hospitalisé pour exploration d'une fièvre prolongée. A l'admission, ces enfants étaient fébriles en plateau, tachycardes, asthéniques avec une pâleur cutanéomuqueuse. L'examen a par ailleurs révélé une hépatosplénomégalie sans adénopathies associées dans les deux cas. A la biologie ils avaient une anémie hypochrome microcytaire arégénérative avec un taux d'hémoglobine à 3,9g/dl chez le premier malade et à 5,1g/dl chez le second, une thrombopénie à 77000e/mm³ et une hyponatrémie 129 chez le premier malade. Les taux de lactyco-déshydrogénase, de ferritinémie et de triglycérides étaient élevés et le syndrome inflammatoire biologique était important dans les deux cas. Le diagnostic de syndrome d'activation macrophagique post infectieux a été suspecté. Une transfusion de culot globulaire phénotypé ainsi que des immunoglobulines a été faite en urgence. Le myélogramme n'a pas montré de cellules anormales en dehors des hémophagocytes chez le second malade. L'électrophorèse de l'Hb a montré un syndrome drépanocytaire majeur avec un taux d'hémoglobine S à 60% chez le garçon et à 55% chez la fille. La sérologie Parvovirus B19 est revenue secondairement positive dans les deux cas expliquant le tableau clinique. L'évolution était favorable avec normalisation du bilan biologique en dehors de l'anémie.

Conclusion:

La primo-infection à Parvovirus B19 est souvent paucisymptomatique chez le sujet sain. Chez le drépanocytaire, l'implication de l'infection par le parvovirus B19 dans la mortalité et la morbidité doit inciter à mettre en place des stratégies de prévention et de prise en charge efficiente des complications.

P51 - Facteurs prédictifs d'infection par la covid 19 en Pédiatrie

S. Ben Mosbeh (1), Z. Khlayfia (1), NH. Gabsi (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouerda (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),

Introduction:

L'épidémie covid-19 est l'une des pandémies mondiales les plus dévastatrices de ces dernières années. Depuis sa description initiale en 2019 à Wuhan, la maladie à coronavirus a évolué et a entraîné plusieurs vagues de sévérité variables. Contrairement à l'adulte, la grande majorité des enfants

atteints, ont présenté des symptômes bénins et sont largement épargnés par les maladies respiratoires grave, du moins cela semble valable pour la première vague.

Objectifs:

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs des patients ayant eu la Covid et déterminer les facteurs prédictifs anamnestiques, cliniques et biologiques de cette infection.

Matériel et méthodes:

Etude transversale, prospective, descriptive et analytique sur une période de 6 mois allant du 1er Mars 2022 jusqu'au 31 Aout 2022 réalisée au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim, La Marsa.

Résultats:

Durant la période d'étude, 367 enfants ont bénéficié d'un test de dépistage rapide COVID dont 81 (21%) étaient vus en ambulatoire. 93 enfants (25%) ont été diagnostiqués COVID positifs. Le sex-ratio était de 1,3. Le test rapide a été réalisé en intra-hospitalier pour 286 enfants (79%), il était positif chez 45 (15%). L'indication d'hospitalisation pour infection Covid était principalement le terrain débilité (17%), l'âge inférieur à 3 mois (40%) et les convulsions (13%). Le sex-ratio de ces patients était de 1,5. L'âge moyen était de 18 mois. Des antécédents pathologiques ont été retrouvés chez 12 enfants. Les symptômes chez les enfants hospitalisés pour Covid étaient essentiellement : la fièvre (97%), les symptômes respiratoires (37%) et les troubles digestifs (29%). L'étude univariée a trouvé comme facteurs prédictifs d'infection Covid : la notion de contagé viral ($p=10^{-3}$), la fièvre ($p=10^{-3}$), l'absence de vaccination chez les parents ($p=10^{-3}$), l'absence d'hyperleucocytose ($p=0,004$), la valeur de la CRP $<20\text{mg/l}$ ($p=0,004$) et la lymphopénie ($p=0,014$). L'étude multivariée a trouvé comme facteurs prédictifs d'infection Covid : la notion de contagé virale $p=0,41$ (OR=2,71 [IC 95% :1,04 -7,08]), la fièvre $p=0,007$ (OR=18,16 [IC 95% : 2,2 - 149]). Par ailleurs une vaccination (au moins deux vaccins chez les deux parents) était un facteur protecteur $p=10^{-3}$ (OR=0,5 ([IC 95% : 0,017- 0,14])).

Conclusion:

La Covid reste un problème de santé public majeur particulièrement chez les enfants ayant un terrain débilité. Elle pourrait être prévenue principalement par une vaccination de masse et une éviction du contagé viral chez les enfants.

P52 - Difficulté du traitement antituberculeux sur un terrain particulier

M. Zarrad (1), H. Boudabous (1), M. Ben Aoun (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), O. Charfi (2), A. Ben Chehiha (1), MS. Abdelmoula (1),

Service de pédiatrie et de maladies métaboliques, CHU La Rabta, Tunis (1), Centre National Chalbi Belkahlia de pharmacovigilance (CNPV) (2),

Introduction:

La tuberculose constitue un problème de santé publique répondant à une stratégie thérapeutique standardisée. Toutefois, la survenue d'effets indésirables inhérents aux médicaments anti-tuberculeux doit être recherchée afin d'adapter la démarche thérapeutique.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour intolérance aux protéines dibasiques chez qui le traitement antituberculeux avait posé un problème lors de la prise en charge.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une patiente âgée de 19 ans issue d'un mariage consanguin, suivie dans notre service depuis l'âge de 21 mois pour intolérance aux protéines dibasiques. Elle avait consulté en aout 2022 pour dyspnée en rapport avec une pleurésie.

Résultats:

Le diagnostic de tuberculose pleurale a été retenu par biopsie pleurale. Dans le cadre du bilan d'extension de sa tuberculose pleurale un scanner TAP a été réalisé montrant des ganglions cervicaux et des adénomégalies médiastino-hilaires nécrosées en rapport avec une tuberculose ganglionnaire. Elle a été mise sous quadrithérapie HRZE mais survenue après 15 jours de vomissements avec altération de l'état général. L'examen a objectivé une fièvre à 38.5, une pâleur avec subictère et une hépatosplénomégalie. A la biologie elle avait une pancytopénie d'origine centrale avec des stigmates d'hémolyse (haptoglobine effondrée, LDH élevé). LeTCD était faiblement positif. Le diagnostic de syndrome d'activation macrophagique a été suspecté devant l'hépatosplénomégalie, l'hyperferritinémie, LDH élevé, l'hypertriglycéridémie et la pancytopénie et confirmé par le myélogramme et la biopsie ostéomédullaire en montrant des hémophagocytes. L'origine immunoallergique secondaire au traitement anti-tuberculeux était retenue après avis du centre de pharmacovigilance. La conduite à tenir était d'arrêter le traitement antituberculeux et la mise sous corticothérapie orale avec une bonne évolution clinicobiologique suivie par une réintroduction du traitement antituberculeux selon un protocole recommandé par le centre de pharmacovigilance (introduction molécule par molécule à 72heures d'intervalle avec contrôle biologique la veille de l'administration d'un nouveau médicament). A l'introduction de la rifampicine, la patiente a présenté une réaction allergique stade 2 pour laquelle elle a reçu de la corticothérapie en IM et un antihistaminique avec évolution favorable d'où une désensibilisation a été préconisée par l'introduction de la rifampicine au 1/10ème de la dose recommandée précédée par la prise de 2 anti histaminiques et d'augmenter la dose chaque jour de 1/10ème jusqu'à atteindre la dose recommandée(10mg/kg/j).L'évolution était marquée par atteinte de la dose recommandée en 10 jours.

Conclusion:

La détermination de l'imputabilité et l'établissement d'une conduite pratique vis-à-vis d'un effet indésirable observé (atteinte hépatique, cutanée, digestive...) au cours d'un traitement antituberculeux dépend de plusieurs paramètres inhérents à l'effet indésirable lui-même et au médicament administré. Néanmoins dans certains cas on se trouve devant une situation où l'initiation du traitement anti tuberculeux reste difficile.

P53 - Nouveau-nés de mères Covid-19 positives : aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs

H. Hadhri (1), S. Othman (1), H. Chourou (1), S.Kacem (1)

Service de réanimation néonatale , CMNT (1),

Introduction:

Le début de l'année 2020 a été marqué par la propagation du SARS-CoV-2, un nouveau virus de la famille des bêta-coronavirus, responsable d'une pandémie mondiale de pneumonie et de syndrome de détresse respiratoire aiguë. Les nouveau-nés ainsi que leurs mères atteintes d'une infection par Sars-CoV2 représentent une population particulière à étudier de très près. C'est un groupe à haut risque potentiel dans la pandémie actuelle du COVID-19 nécessitant une attention particulière pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge.

Objectifs:

Etudier les aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs des nouveau-nés exposés au SARS-Cov-2 in utero

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective et descriptive menée au Centre National de Maternité et de Néonatalogie de Tunis (CMNT) sur une période de 22 mois, allant du 1 janvier 2021 au 31 Octobre 2022, incluant les nouveau-nés issus d'une mère atteinte de COVID-19, au moins 15 jours avant l'accouchement ou 2 jours après. L'infection par Covid-19 était retenue si le prélèvement nasopharyngé était positif ou par la présence des signes scannographiques évocateurs. Une RT-PCR nasopharyngée était réalisée aux nouveau-nés de mère covid -19 à J 3 de vie.

Résultats:

Nous avons colligé 259 nouveau-nés de mère covid-19 positives. La médiane d'âge maternel était de 33 ans avec des extrêmes de 18 à 43 ans. Un antécédent médical a été trouvé chez 13,4% des parturientes soit 23 mères. 4 femmes étaient diabétiques et 6 étaient hypertendues. Le pourcentage des grossesses compliquées de dysgravidies a été de 22,7%. La date médiane d'apparition des symptômes évocateurs d'une infection par covid -19 chez les femmes était de 3 jours avant l'accouchement, avec des extrêmes de + 2 et - 15 jours. La fièvre était le signe le plus fréquent avec un taux de 94,8%. La présence de symptômes sévères nécessitant une admission en soins intensifs n'a été enregistrée que dans 5,8% des cas. 69 femmes avaient un prélèvement nasopharyngé par PCR pour l'infection par COVID-19 positif. Quant au scanner thoracique, il a été pratiqué pour 16,9% des mères montrant des signes évocateurs de Covid-19. Le nombre d'accouchement par C/s a été de 216 soit 83,3% des accouchements. Elle a été réalisée en urgence dans 173 cas avec des indications variables : des indications maternelles (pour sauvetage maternel), des indications fœtales et des indications obstétricales avec des taux respectifs de 49,1%, 29,8 et 19,8% des accouchements. Dans notre série, l'AG médian a été de 36SA avec des extrêmes de 26 et 42SA. Le sex-ratio (M/F) a été de 0.86. Une prédominance des NN eutrophiques a été notée. Une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine avec un score d'Apgar ≤ 7 à 5 minutes de vie a été notée dans 3,8% des cas (n=10). 122

nouveau nés étaient asymptomatiques (47.10%) alors que 137 nouveau-nés (52.,89%) ont été admis au service de néonatalogie. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était la détresse respiratoire (39,7% des NN) qui était en rapport avec une MMH dans plus de la moitié des cas. 14 décès ont été enregistrés. 10 nouveau nés avaient un prélèvement naso pharyngé par PCR pour l'infection par Covid-19 positif.

Conclusion:

Les nouveau nés de mères Covid -19 positives demeurent jusqu'à présent un sujet d'étude afin de déchiffrer les énigmes sur le transmission verticale du virus Sars-Cov2 de la mère au fœtus qui serait possible mais rare.

P54 - Ostéomyélite chondro-costale de l'enfant : à propos de 2 observations

K. Ben Njima (1), N. Jameli (1), A. Rassas (1), B. Mahjoub (1),

Pédiatrie à l'hôpital Taher Sfar de Mahdia (1),

Introduction:

L'ostéomyélite chondro-costale est une affection rare représentant 1% des ostéomyélites de l'enfant. Le diagnostic est parfois difficile nécessitant une confrontation clinico-radiologique et histologique.

Objectifs:

Etablir les caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives de l'ostéomyélite chondro-costale de l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons dans ce travail deux observations pédiatriques d'ostéomyélite chondro-costale.

Résultats:

Observation 1 : Nourrisson de sexe masculin, âgé de 22 mois, sans antécédents pathologiques notables qui a été hospitalisé pour une pneumopathie droite. Il a été traité par une antibiothérapie intraveineuse à base d'Ampicilline (150 mg/kg/j) puis Céfotaxime (200 mg/kg/j) devant l'absence d'apyrexie et l'ascension de la CRP. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une tuméfaction parasternale droite douloureuse sans signes inflammatoires locaux. La TDM thoracique a montré une collection à contenu hydro-aérique bien limitée en regard de la 2ème articulation chondro-costale droite mesurant 13 mm avec une image de décollement périosté évoquant une ostéomyélite chondro-costale, d'où l'association de la vancomycine (60 mg/kg/j). L'évolution était favorable sous traitement purement médical. Observation 2 : Nourrisson de sexe féminin, âgée de 5 mois sans antécédents pathologiques notables qui a été hospitalisée pour bronchiolite aigue surinfectée traitée par Céfotaxime. Une neutropénie en aggravation a été constatée. L'évolution a été marquée par la réapparition de la fièvre avec à l'examen une tuméfaction douloureuse inflammatoire sous mamelonnaire gauche concomitante. L'échographie a montré la présence d'une collection ovale sous cutanée de 29 mm en regard de la jonction chondro-costale avec important remaniement osseux. La TDM thoracique a montré une collection à paroi rehaussée en regard de la jonction chondro-costale

de la 6^{ème} côte avec ostéolyse et extension endothoracique. La collection a été mise à plat et une antibiothérapie intraveineuse par Céfotaxime (150 mg/kg/j) et Vancomycine (60 mg/kg/j) a été entamée en urgence. La culture a isolé un staphylococcus aureus méti-S et l'examen histologique a objectivé une inflammation aigue suppurée sous cutanée avec des séquestres osseux. L'évolution était favorable. Le bilan étiologique ultérieur de sa neutropénie a révélé une neutropénie cyclique traitée par les facteurs de croissance granulocytaires.

Conclusion:

L'ostéomyélite chondro-costale de l'enfant est une entité rare mais qui devrait être évoquée devant toute masse en regard de la jonction chondro-costale apparaissant dans un contexte fébrile. Le diagnostic précoce, les données radiologiques et l'antibiothérapie adaptée permettent la guérison sans séquelles.

P55 - Méningite à Morganella Morganii : Une maladie rare révélant une autre encore plus rare

H. Sahnoun (1), S. Kmiha (1), R. Kolsi (1), B. Elleuch (1), M. Ammar (1), A. Kammoun (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1),

Service de pédiatrie de Sfax (1),

Introduction:

Morganella Morganii est un Bacille Gram Négatif ubiquitaire qui peut être responsable d'infections opportunistes qui touchent surtout le tractus urinaire. Il est rare d'observer une infection à Morganella Morganii touchant le système nerveux central.

Objectifs:

rapporter le cas d'un nourrisson chez qui la méningite à M. Morganii a révélé une pathologie sous-jacente rare.

Matériel et méthodes:

il s'agit d'un case report

Résultats:

il s'agit d'un nourrisson, sans antécédents néonataux ni familiaux notables, opéré à l'âge de 9 mois pour abcès coccygien, admis à l'âge de 16 mois pour somnolence et refus alimentaire dans un contexte fébrile évoluant depuis 5 jours. L'examen clinique a montré une altération de l'état général, une hypotonie axiale et périphérique, une lésion abcédée de la lèvre inférieure et une lésion angiomateuse sacro-coccygienne ulcérée. La ponction lombaire confirmait le diagnostic de méningite à M. Morganii justifiant un traitement par Céfotaxime et Amikacine. Devant cette infection à germe opportuniste, un déficit immunitaire a été éliminé. Une IRM cérébro-médullaire a mis en évidence la présence d'une hydrocéphalie quadri-ventriculaire ainsi qu'une collection cloisonnée au niveau du fourreau dural lombo-sacré. Une ponction de cette lésion abcédée est revenue positive à M. Morganii. Suite à l'installation d'une HTIC, le nourrisson a bénéficié d'une ventriculo-cisternostomie endoscopique et

d'une exérèse de la collection lombo-sacrée avec découverte en per opératoire d'un kyste dermoïde surinfecté très adhérent à la dure-mère dont l'étude histologique a conclu à un tératome immature de la région sacrée de grade I non sécrétant. Le bilan d'extension était sans anomalies et la chimiothérapie n'était pas indiquée. L'enfant a totalisé 3 mois de traitement antibiotique avec une évolution initiale favorable d'où sa sortie de l'hôpital. Dix jours plus tard, il est revenu pour fièvre avec signes d'HTIC nécessitant une antibiothérapie parentérale immédiate et la mise en place d'une DVE en urgence. L'analyse du LCR a montré une pléiocytose et l'IRM cérébrale était en faveur d'une ventriculite suppurative. Le nourrisson a bénéficié d'une antibiothérapie pendant 60 jours avec évolution favorable.

Conclusion:

L'infection à *M. Morganii* doit toujours faire rechercher un terrain particulier. Dans notre cas une méningite à *M. Morganii* a révélé la présence d'un tératome sacro-coccygien. Le pronostic de ce type de tumeur dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge. Ses complications dépendent de son contact avec les structures de voisinage.

P56 - Méningite à Pneumocoque récidivante révélatrice d'une brèche ostéo-méningée

H. Sahnoun (1), S. Kmiha (1), R. Daoud (1), R. Belhaj (1), B. Elleuch (1), H. Aloulou (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1),

Service de pédiatrie de Sfax (1),

Introduction:

Une brèche ostéoméningée (BOM) est une solution de continuité ostéoméningée qui permet au liquide cébrospinal (LCS) de s'écouler dans une cavité aérique de la base du crâne. Les BOM peuvent être primaires ou secondaires et sont alors le plus souvent post-traumatiques. Leur gravité est liée au risque d'infection du système nerveux central.

Objectifs:

rapporter un cas de méningite récidivante chez un nourrisson porteur d'une brèche ostéoméningée d'origine non traumatique.

Matériel et méthodes:

il s'agit d'un case report

Résultats:

il s'agit d'un nourrisson âgé de 19 mois, correctement vacciné, aux antécédents familiaux d'épilepsie, admis pour un 5ème épisode de méningite purulente : le 1er épisode est survenu à l'âge de 11 mois, compliqué d'un abcès cérébral, le 2ème à l'âge de 16 mois, le 3ème à l'âge de 17 mois compliqué de convulsions nécessitant sa mise sous antiépileptiques, le 4ème à l'âge de 18 mois et le 5ème à l'âge de 19 mois. Le germe isolé au-cours de chaque épisode était un *Streptococcus Pneumoniae* sensible et l'évolution était favorable sous antibiothérapie parentérale bien conduite. L'examen clinique du nourrisson a montré la présence d'un écoulement nasal gauche clair abondant dont la nature

cytochimique était comparable au LCS faisant suspecter une BOM. L'interrogatoire n'a pas trouvé des antécédents traumatiques. On a complété par une TDM du massif facial par coupes coronales fines et centrées sur le rocher revenue sans anomalies. Le diagnostic a été posé par l'IRM cérébrale qui a objectivé la présence de trajets liquidiens basifrontaux gauches antérieurs aux gouttières olfactifs avec une lacune péri-ventriculaire homolatérale. Le nourrisson a bénéficié d'un colmatage de la BOM par voie endoscopique à 2 reprises et a été mis sous Diamox afin de diminuer la pression intracrânienne. L'évolution a été favorable après la 2ème tentative avec une nette régression de l'écoulement nasal. Le suivi du nourrisson a mis en évidence un retard de la marche et du langage et l'absence de surdité (PEA sans anomalies). Il a reçu le vaccin contre le pneumocoque, le méningocoque et l'Haemophilus Influenzae. Il a bénéficié d'un bilan immunitaire revenu sans anomalie.

Conclusion:

La récurrence d'une méningite purulente doit faire rechercher une pathologie sous-jacente telle qu'une BOM. Dans ce cas, le diagnostic repose sur l'imagerie. Le traitement est médico-chirurgical. Même en cas de traitement adéquat et précoce, la méningite à pneumocoque peut être responsable d'un taux élevé de mortalité et de séquelles neurologiques et neurosensorielles ; si bien que la vaccination préventive s'impose même après le traitement étiologique.

P57 - Profil clinique et thérapeutique de la Shigellose au service pédiatrie de Sfax

H. Sahnoun (1), S. Kmiha (1), R. Kolsi (1), R. Belhaj (1), R. Charfi (1), T. Kammoun (1),

Service de pédiatrie de Sfax (1),

Introduction:

La shigellose est une infection intestinale invasive aiguë provoquée par des bactéries appartenant au genre Shigella. Elle est très contagieuse, responsable d'épidémies à travers le monde. Elle se transmet par voie oro-fécale. Récemment, nous avons constaté une augmentation inquiétante du nombre de cas au sein de la population pédiatrique dans notre région.

Objectifs:

déterminer le profil clinique et thérapeutique de la shigellose chez l'enfant dans la région de Sfax.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les enfants atteints de shigellose et hospitalisés au service de pédiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax durant la période du 16 Septembre 2022 au 24 Octobre 2022.

Résultats:

nous avons colligé 13 enfants atteints d'une shigellose. Onze enfants habitaient à Sfax, un enfant venait de Sidi Bouzid (Meknessi) et un enfant était transféré de Zarzis. L'âge des enfants variait de 9 mois jusqu'à 12 ans avec un âge moyen de 6 ans. Tous les enfants étaient sans antécédents notables et avaient un bon niveau socio-économique. Des cas similaires dans l'entourage ont été retrouvés dans 5 cas. L'hospitalisation est survenue en moyenne après 24 heures de l'apparition des symptômes.

Tous les enfants étaient fébriles à 39 – 40°C. Cinq enfants avaient des selles glairo-sanglantes, les autres présentaient une diarrhée liquidienne profuse. Les vomissements étaient présents chez 4 enfants. Le taux de CRP variait de 7 à 303 mg/l avec une moyenne à 120 mg/l. Une hyperleucocytose supérieure à 10000 Eléments/mm³ a été constatée chez 4 enfants. Le diagnostic de shigellose a été confirmé par coproculture chez 12 enfants. La souche isolée était Shigella Sonnei. Six malades avaient des complications à type de déshydratation stade 2 et hyponatrémie. Les antibiotiques ont été indiqués chez 12 enfants : 8 enfants ont été traités par une bithérapie (Azithromycine+C3G ou Azithromycine+Ciprofloxacine) et 4 enfants ont été traités par une monothérapie (Azithromycine). La durée moyenne du traitement était de 4 jours. L'évolution était favorable chez tous nos patients. La déclaration a été faite dans tous les cas.

Conclusion:

La majorité des infections à Shigella surviennent dans les pays en développement, et la plupart des cas de décès concernent des enfants de moins de cinq ans. Les antibiotiques permettent généralement une guérison rapide et sans séquelles. Cependant, le traitement est compliqué par l'émergence de souches multi-résistantes, particulièrement de S. sonnei et de S. flexneri obligeant à l'usage parfois d'associations d'antibiotiques et le recours aux fluoroquinolones. Les mesures prophylactiques telles que l'amélioration des conditions d'hygiène et la déclaration obligatoire jouent un rôle majeur dans l'éviction des épidémies.

P58 - Paludisme grave de l'enfant : à propos d'un cas

R. Daoud (1), H. Sahnoun (1), R. Belhaj (1), M. Ammar (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1),

Service de pédiatrie de Sfax (1),

Introduction:

Malgré l'élimination du paludisme en Tunisie depuis 1979, les cas d'importation sont de plus en plus fréquents rendant cette parasitose un enjeu majeur de santé publique par la fréquence et la létalité de ses formes graves.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'une fille de 9ans chez qui nous avons diagnostiqué un paludisme grave.

Matériel et méthodes:

il s'agit d'un case report

Résultats:

Fille âgée de 9 ans originaire de Cameroun demeurant à Tunis depuis 18 jours, sans antécédents personnels a été admise dans notre service pour des vomissements incoercible et des douleurs abdominales évoluant dans un contexte fébrile. L'examen physique a montré un enfant somnolent, apathique et asthénique. Elle était stable sur le plan hémodynamique. L'examen abdominal a montré une splénomégalie à 3 cm du rebord costal et une sensibilité abdominale diffuse. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire avec une CRP à 216mg/l et une thrombopénie à 37000/mm³.

Devant la notion de retour d'un voyage d'un pays endémique, un frottis sanguin et une goutte épaisse ont été réalisés montrant la présence de trophozoïtes de *Plasmodium falciparum* à un taux de 5.5% confirmant le diagnostic d'un paludisme grave. L'enfant a été mis sous traitement anti paludéen : artésunate par voie intra veineuse pendant 4 jours puis relais per os pendant 3 jours. L'évolution était favorable sur le plan clinique et biologique. Une goutte épaisse a été faite à j3 de traitement et a montré un taux très faible de trophozoïtes de *Plasmodium falciparum* < 0.1%.

Conclusion:

Le paludisme grave à *Plasmodium falciparum* est lié à une mortalité élevée. Toutefois, un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate peuvent améliorer le pronostic vital.

P59 - Syndrome de Guillain Barré compliquant une infection à *Campylobacter* Jejuni

D. Nasralli (1), W. Barbaria (1), W. Bel Haj Ali (1), L. Ferchichi (1), O. Hammami (1), S. Mchirgui (2), I. Blanco (2), I. Khamassi (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie- Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte (1), Direction des soins de santé de base de Bizerte (2),

Introduction:

Le syndrome de Guillain Barré (SGB) est une maladie auto-immune du système nerveux périphérique. Il est devenu la cause la plus fréquente de paralysie flasque aigue depuis l'éradication de la poliomyélite dans la plupart des pays du monde. L'antécédent d'infection à *Campylobacter jejuni* devient actuellement la cause la plus identifiable associée au développement du SGB.

Objectifs:

Préciser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutive d'un SGB compliquant une entérite à *Campylobacter jejuni*.

Matériel et méthodes:

Etude du dossier médical d'un enfant hospitalisée au service de pédiatrie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte pour SGB compliquant une infection à *Campylobacter jejuni*.

Résultats:

Enfant âgée de 5ans et 8mois issue d'un mariage non consanguin, sans antécédents pathologiques familiaux ou personnels notables, hospitalisée pour céphalées et troubles de la marche évoluant depuis 24 heures. L'interrogatoire a révélé la notion de diarrhée liquidienne 10 jours auparavant traitée symptomatiquement. A l'examen, elle était apyrétique avec un état général conservé. Elle avait une faiblesse musculaire généralisée, un signe de tabouret positif et un élargissement du polygone de sustentation. La marche était instable. Les réflexes ostéo-tendineux étaient présents aux membres supérieurs et abolis aux membres inférieurs. Il n'avait pas de syndrome méningé ni signes d'hypertension intra crânienne. Elle n'avait pas de troubles de la sensibilité superficielle ou profonde. La biologie n'a pas montré de syndrome inflammatoire. Le bilan musculaire était sans anomalies. Le scanner cérébral pratiqué en urgence était normal. La ponction lombaire n'a pas montré de

dissociation albumino-cytologique. L'électromyogramme a révélé une atteinte neurogène motrice axonale des quatre membres. L'enfant a reçu des immunoglobulines intra veineuses à la dose de 2g/kg associés à une kinésithérapie motrice. Les coprocultures de la fillette et des sujets contacts étaient négatives. La sérologie *Campylobacter jejuni* est revenue positive en faveur d'une infection récente. Ainsi le diagnostic du SGB compliquant une infection à *Campylobacter jejuni* a été retenu. L'évolution était favorable avec amélioration de la faiblesse musculaire et de la marche. La visite médicale du 60ème jour après la sortie n'a pas montré d'anomalies. La fillette a réintégré l'école avec un examen neurologique normal.

Conclusion:

Le SGB est une urgence pédiatrique grave. Les infections à *Campylobacter jejuni* deviennent de plus en plus impliquées dans la physiopathologie de cette pathologie. Une démarche diagnostique rigoureuse et une prise en charge précoce permettent d'améliorer le pronostic.

P60 - Mal de pott chez un nourrisson de 14 mois : faut y penser

H. Mokni (1), S. Nour (1), S. El Hannachi (1), F. Majdoub (1), H. Ajmi (1), M. Sameh (1), J. Chemli (1),

Service de Pédiatrie Sahloul

Introduction:

La tuberculose infantile constitue un problème de santé en Tunisie, sa présentation clinique est polymorphe parfois déroutante pouvant être à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique.

Objectifs:

Mettre le point sur les formes particulière de tuberculose infantile.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons l'observation d'une localisation atypique de tuberculose chez un nourrisson de 14 mois

Résultats:

Il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin, âgé de 14 mois, sans antécédents pathologiques notables, issu d'un milieu rural et correctement vacciné contre le BCG, admis pour complément d'exploration de dorsalgies évoluant depuis trois semaines dans un contexte d'apyrexie. L'examen initial a révélé un nourrisson eutrophique pour l'âge, apyrétique avec un état général conservé, l'examen neurologique hémodynamique et respiratoires était normaux, l'examen du squelette a montré une hyperlordose lombaire avec une douleur exquise à la palpation des épineuses, le reste de l'examen était sans particularités. A la biologie, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique ni anomalie de l'hémogramme. Une IRM cérébro-médullaire a été pratiquée montrant une atteinte inflammatoire de l'étage L2-L3 touchant le disque et les corps vertébraux, étendue aux parties molles péri rachidiennes avec une collection antérolatérale droite de 8 mm communiquant sans signe de compression évoquant une spondylodiscite infectieuse L2-L3. L'enquête étiologique a permis d'écartier les infections à germes banals, la brucellose et a conclu à une tuberculose osseuse confirmée par une PCR

Mucobactérium tuberculosis sur pièce de biopsie disco-vertébrale. Le nourrisson a été mis sous traitement antituberculeux selon le schéma conventionnel. L'évolution était marquée par disparition des dorsalgies et reprise de la marche.

Conclusion:

Chez l'enfant, en plus de son caractère pauci-bacillaire, la tuberculose se manifeste par des tableaux cliniques très variables et non spécifiques pouvant être à l'origine d'un retard diagnostique et d'une lourde morbidité, D'où l'intérêt d'améliorer nos stratégies de dépistage et le traitement bien contrôlé des adultes contagieux.

P61 - Épidémie de gastro-entérite aigue à Shigelle en Tunisie

A. Jelassi (1), N. Missaoui (1), A. Babay (1), S. Atallah (1), R. Ben Rabeah (1), M. Assidi (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh Mrad (1), S. Yahiaoui (1), S. Boukthir (1),

Service de Médecine infantile C, hôpital d'enfants, Tunis (1),

Introduction:

Depuis Septembre 2022, les services de pédiatrie et les urgences en Tunisie ont commencé à accueillir des enfants présentant une diarrhée fébrile avec des signes neurologiques et/ou des troubles hémodynamiques. Les enquêtes bactériologiques ont conclu à une épidémie à Shigella.

Objectifs:

Décrire les manifestations cliniques, biologiques et évolutives de l'épidémie actuelle de gastroentérite à Shigella ainsi que les signes de gravités.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive réalisée au service de pédiatrie C de l'hôpital d'enfants de Tunis, incluant les enfants chez qui le diagnostic de gastro entérite à Shigella a été retenu par coproculture.

Résultats:

On a colligé dans notre étude 18 malades. A partir du 17/09/2022 jusqu'au 03/11/2022. L'âge moyen était de 7.2 ans. Le sexe ratio était de 1.5. Les conditions socioéconomiques étaient moyennes dans 72% des cas. Les enfants étaient scolarisés dans 50% des cas. Issus d'un milieu urbain dans 83% des cas. La notion de consommation d'aliment suspect était présente dans 3 cas avec un délai moyen entre la consommation et le début des symptômes de 8H. Le motif d'admission était une convulsion dans 6 cas/18 ; une diarrhée avec vomissements dans un contexte de fièvre dans 10 cas/18 ; une acidocétose décompensée par une gastroentérite dans 1 cas et un état de choc septique dans 1 cas. Le début des symptômes était brutal dans 100% des cas. La fièvre et la diarrhée étaient constantes. Une déshydratation stade 1 a été trouvée dans 88% des cas. Une convulsion tonico-clonique généralisée était présente dans 38% des cas. Des troubles de la conscience dans 16% des cas. A l'examen clinique, la température moyenne chiffrée était de 39.4. Une hypotension a été trouvée dans 27% des cas. A la biologie, la CRP moyenne était de 119 mg/l. La natrémie moyenne était de 129. Un

remplissage a été reçu dans 11 cas/18 et une réhydratation intra veineuse dans 100% des cas. La durée moyenne de PIV était de 26h. Une antibiothérapie à base de céfotaxime IV puis relai par cefixime par voie orale a été donnée dans 100% des cas. Le délai moyen d'apyrexie était de 34.6 heures. Toutes les coprocultures étaient positives à Shigelle Sonnei. Une patiente a été transférée en réanimation.

Conclusion:

Les manifestations cliniques apparues au cours de cette épidémie à Shigella témoignent de la gravité du tableau. Des mesures spécifiques doivent être mises en marche en tenant compte de l'importance de l'éducation et les mesures d'hygiène.

P62 - Brucellose chez l'enfant : A propos de 5 observations

M. Ben Aoun (1), H. Boudabous (1), M. Zarrad (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), H. Battikh (2), A. Ben Chehiha (1), MS. Abdelmoula (1),

Service de pédiatrie et de maladies métaboliques, CHU La Rabta, Tunis (1), Laboratoire de microbiologie, CHU La Rabta, Tunis (2),

Introduction:

La brucellose est une zoonose due à des bactéries du genre Brucella. Sa répartition est mondiale avec une prédominance dans le pourtour du bassin méditerranéen et les pays en voie de développement où elle pose encore un véritable problème de santé publique.

Objectifs:

Étudier les particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de la brucellose chez l'enfant

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective de 2013 à 2022 colligeant les cas de brucellose confirmée par sérologie de Wright hospitalisés au service de pédiatrie, CHU La Rabta.

Résultats:

Cinq malades ont été colligés. Le sexe ratio était de 0,7. L'âge moyen était de 7, 8 ans [2ans et demi - 13 ans]. La consommation de lait non pasteurisé a été retrouvée chez tous les malades. Les signes fonctionnels étaient dominés par la fièvre (100%) dont la durée moyenne était de 15 jours, suivis par l'asthénie (n=3), les sueurs nocturnes (n=3), l'amaigrissement (n=2), les douleurs articulaires (n=2) et les douleurs abdominales (n=2). Tous les malades étaient fébriles à l'admission. Une boiterie a été notée chez un malade avec des douleurs à la manœuvre d'écartement rapprochement des ailes iliaques et choc rotulien à l'examen du genou droit. Une hépatosplénomégalie a été retrouvée chez une patiente. Trois patients avaient une pancytopenie et un seul patient avait un syndrome inflammatoire biologique. Le diagnostic a été confirmé dans tous les cas par le test de Wright. Le test au Rose Bengale était positif chez les 5 patients. Les hémocultures étaient positives chez un malade. Quatre patients avaient une brucellose aigue (forme commune) et le 5ème une forme focalisée (fibrome non ossifiant de l'extrémité inférieure du fémur droit à l'IRM du genou). Le 1er patient a été traité par l'association doxycycline+ rifampicine, le 2ème par cotrimoxazole+ rifampicine, le 3ème par

doxycycline+ gentamycine et les deux derniers malades par cotrimoxazole + gentamycine. La durée de traitement était 14 jours et 6 semaines pour le patient qui a présenté une atteinte focalisée. L'évolution était favorable chez tous les malades et un malade a gardé une leuconéutropénie mais en rapport avec une maladie de Basedow sous Tyrosol®.

Conclusion:

La brucellose est une maladie rare mais qui doit être évoquée devant tout tableau de fièvre prolongée. Sa gravité est liée à l'apparition de localisations secondaires pouvant mettre en jeu le pronostic vital, nécessitant une prolongation de l'antibiothérapie et parfois le recours à la chirurgie. Le meilleur traitement est préventif basé sur des mesures d'hygiène, la sensibilisation de la population et l'éviction de la consommation des produits laitiers non pasteurisés

P63 - Syndrome d'activation macrophagique révélant une brucellose aigue, à propos d'un cas pédiatrique

H. Mokni (1), S. Hannachi (1), S. Mabrouk (1), F. Majdoub (1), S. Nouir (1), H. Ajmi (1), S. Abroug (1), J. Chemli (1),

Service de pédiatrie sahloul sousse (1),

Introduction:

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une maladie rare mais potentiellement fatale. Il est le plus souvent associé aux infections virales et rarement aux infections bactériennes.

Objectifs:

Nous rapportons un cas pédiatrique de SAM secondaire à une brucellose aigue.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas pédiatrique de SAM secondaire à une brucellose aigue.

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 12 ans, sans antécédents familiaux ni personnels notables, admise dans notre service pour complément d'exploration d'une fièvre prolongée évoluant depuis 1 mois associée à des rachialgies modérées. Avec la notion de consommation de lait cru non pasteurisé. L'examen avait révélé une fièvre à 40°, en plateau, une altération nette de l'état général, un bon état neurologique, hémodynamique et respiratoire, des poly adénopathies superficielles cervicales infra centimétriques indolores mobiles et une hépatosplénomégalie. A la biologie, elle avait un syndrome inflammatoire biologique, une bi cytopénie, des stigmates biologiques de syndrome d'activation biologique, avec au myélogramme la présence d'images d'hémophagocytose. L'échocardiographie n'a pas montré des signes en faveur d'endocardite infectieuse, les sérologies virales, le test de diagnostic rapide de leishmaniose ainsi que le bilan immunologique étaient négatifs. L'enquête tuberculeuse était négative avec une anergie à la tuberculine. Le test au rose Bengale était ainsi que la séro-agglutination de Wright étaient fortement positifs. Les hémocultures avaient objectivé des coccobacilles GRAM négatives. Le diagnostic de brucellose aigue septicémique compliquée de

syndrome d'activation macrophagique a été retenu et la patiente a été mise sous Rifampicine et doxycycline durant 6 semaines avec une bonne évolution clinico-biologique. La recherche de localisations secondaires était négative.

Conclusion:

La brucellose peut avoir plusieurs présentations atypiques, il faut savoir évoquer son diagnostic devant des tableaux trompeurs comme le syndrome d'activation macrophagique.

P64 - Complications pleuro-pulmonaires et orthopédiques d'une endocardite infectieuse chez un enfant sans facteurs de risque

M. Ammar (1), I. Chabchoub (1), R. Charfi (1), Z. Hadrich (1), I. Maaloul (1), T. Kamoun (1),

Service de pédiatrie générale CHU Hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

L'endocardite infectieuse est une affection dotée d'une lourde morbi-mortalité, ses complications aggravent davantage le pronostic.

Objectifs:

Le but de notre travail est de rapporter à travers une observation les complications ainsi que le pronostic de l'endocardite infectieuse sur valve natives chez un sujet sans facteurs de risque

Matériel et méthodes:

à propos d'une observation

Résultats:

Nous rapportons ici l'observation d'un enfant âgé de 10 ans sans antécédents personnels ni familiaux particuliers qui consulte pour une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche évoluant depuis 18 jours avec altération de l'état générale et fièvre. L'examen a objectivé une douleur à la mobilisation de la hanche et du genou gauche sans signes inflammatoires en regard. L'enfant était stable sur le plan neurologique, hémodynamique et respiratoire. A la biologie, on a noté une CRP à 124 mg/L et une VS à 132. On a complété par une échographie et éventuellement une IRM du genou gauche montrant une lame d'épanchement intra articulaire. Devant la persistance de la symptomatologie, une ETT a été indiquée à la recherche d'une cardite rhumatismale révélant une végétation hyper échogène de 9 mm de la valve tricuspide et l'hémoculture revenant positive à Staphylocoque Aureus sensible le tout cadrant avec une endocardite infectieuse du cœur droit sur valve native. L'évolution a été marquée par l'accentuation des douleurs au niveau de la hanche gauche d'où on complété par une IRM objectivant une ostéoarthrite coxofémorale gauche compliquée d'abcès sous périosté. A la recherche d'autres localisations secondaires un Scanner cérébrale et thoraco abdomino pelvien a été demandé montrant une condensation excavé sous pleurale latérobasale droite en faveur d'un abcès. L'enfant a été mis initialement sous céfotaxime, vancomycine et gentamicine puis sous Amoxicilline-acide clavulanique pendant 6 semaines avec une évolution favorable. Devant cette atteinte sévère et étendue, on a complété par la sérologie VIH

revenant négative et un bilan immunitaire montrant une légère baisse des Ig M à 0,56 g/L ne pouvant expliquer le tableau de notre patient.

Conclusion:

La gravité du pronostic de l'endocardite infectieuse s'alourdit par l'addition des complications type d'événements emboliques septique et d'abcès d'où une prise en charge précoce s'avère nécessaire mais la présentation clinique peut parfois être trompeuse.

P65 - Clinical and epidemiologic features of visceral leishmaniasis in children: a nine-year study from a tertiary regional hospital

K. Ben Mansour (1), N. Jelalia (1), A. Kallel (1), MY. Aissa (1), F. Haouas (1), M. Ben Dhia (1),

Service de Pédiatrie hôpital régional de Nabeul (1),

Introduction:

Infantile visceral leishmaniasis (IVL), or Kala Azar, is a parasitic disease caused by the proliferation of a protozoan parasite *Leishmania* in the reticuloendothelial system. It represents a reportable disease in Tunisia, as it remains a serious public health problem. During these last decades, we have witnessed a significant recrudescence of the disease mainly in young children.

Objectifs:

Due to the diversity of the clinical spectrum of IVL, this study aimed to evaluate the clinical and epidemiologic features of visceral leishmaniasis in children admitted to the paediatric department of the regional hospital of Nabeul.

Matériel et méthodes:

A retrospective study covering nine years from 06 January 2014 to 15 July 2022 in which nine cases of IVL were collected at the level of the paediatric ward at the regional hospital of Nabeul.

Résultats:

A total of nine cases in children aged 12.2 months (4-24 months) were included in the study. The sex ratio (male/female) was 0.5. The average time between symptoms and admission was 14.67 days (with standard deviation at 6.9). Most of cases were from rural area (n=7) and have a poor social-economic level (n=5). On clinical examination the major symptom was fever in all cases, followed by splenomegaly (77.8%), and palor (77.8%), hepatomegaly was found in two cases (22.2%), three cases have presented asthenia (33.3%). Biological assessment shows that all patients had anaemia with average haemoglobin of 5.93 g/dl ranging from 4.7 to 7.5 g/dl. Thrombocytopenia and neutropenia were present in all cases (n=9). The abdominal ultrasound showed a splenomegaly in all cases, and an hepatomegaly in 77.8% of the cases. The diagnosis was confirmed with a bone marrow aspiration in 88.9 % of cases , a polymerase chain reaction was positive in 33.3% of cases , and rapid diagnostic test in 22.2% of patients. Macrophage activation syndrome was noted in 77.8% of the cases , a low

prothrombin time in 44.4% , and elevated liver enzymes in three cases (n=3). The curative treatment used was liposomal amphotericine B at the dose of 20 mg/kg in five cases (n=5) for two consecutive days, meglumine antimoniate at the dose of 75mg/kg/j in three cases (n=3), and one case was treated initially by glucantime and then by ambisome due to a stibio-intolerance. Venoglobulins were used in only one case in front of disseminated intravascular coagulation (DIC). No case of stibio-intoxication was noted. Adjuvant treatments were used like packed red blood cells in all patients (n=9) and platelet pellet in three cases (n=3). Antibiotic therapy was prescribed in most of all patients with febrile neutropenia (n=8). The clinical outcome was favourable in seven cases (n=7) with two cases of fatal outcome due to severe DIC and severe acute liver failure.

Conclusion:

Infantile visceral leishmaniasis remains a serious health problem within our society, especially with the increasing number of cases among infants in the past five years; therefore management and control of disease, particularly in an endemic area, as well as detection of new emerging foci are recommended.

P66 - La pan encéphalite sclérosante subaiguë de la rougeole : entité rare à ne pas méconnaître

M. Hsairi (1), K. Frikha (1), S. Trabelsi (1), F. Maalej (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service de pédiatrie, urgence et réanimation pédiatrique, Hôpital Hédi Chaker, Sfax –Tunisie (1),

Introduction:

La rougeole est une maladie virale bénigne qui guérit le plus souvent sans complication chez l'enfant immunocompétent, néanmoins elle peut être la cause après quelques années d'une encéphalite progressive chronique grave caractérisée par une démyélinisation des neurones cérébraux.

Objectifs:

Décrire la présentation clinique de La PESS et étudier les caractéristiques biologiques, radiologiques et électro-encéphalographiques de cette pathologie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'une pan encéphalite sclérosante subaiguë de la rougeole diagnostiquée au service urgence et réanimation pédiatrique à l'hôpital Hédi Chaker de sfax.

Résultats:

Il s'agissait d'une fille âgée de 4 ans sans antécédents pathologiques familiaux ou personnels notables et ayant un bon développement psychomoteur. Une infection bénigne probable par le virus de la rougeole à l'âge de 6 mois a été rapportée par les parents. Le tableau clinique comportait une ataxie avec des chutes périodiques de la tête sans interférer avec l'état de conscience. On a noté également des changements de comportements avec une distraction, une insomnie, un mutisme, des hallucinations et une baisse franche des capacités cognitives avec des pertes de mémoire. Par ailleurs pas de rigidité musculaire, ni de troubles végétatifs et pas de survenue d'une cécité. L'IRM cérébro-

médullaire faite à deux reprises était normale. Le bilan métabolique était sans anomalies. L'analyse du liquide céphalo-rachidien(LCR) a révélé une cellularité et une proteinorachie normales, des anticorps anti neuronaux absents et une PCR herpès négative. L'EEG était désorganisé avec la présence de complexes périodiques stéréotypés synchrones et bilatéraux. Le diagnostic a été établi devant la mise en évidence d'anticorps anti rougeole type IgG à un taux élevé dans le LCR et dans le sérum. L'évolution était marquée par la détérioration de l'état neurologique de la fille malgré l'association de plusieurs traitements anti convulsivants.

Conclusion:

La SSPE est une maladie virale lente causée par une infection persistante par le virus mutant de la rougeole. Bien que rare, cette pathologie reste grave voire fatale d'où tout l'intérêt de respecter le schéma vaccinal afin d'éviter la survenue de cette complication neurologique.

P67- Une fièvre prolongée révélatrice d'un kyste hydatique du foie

E. Cherif (1), S. Benhassine (1), A. Marzouk (1), O. Mzoughi (1), R. Thabti (1), A. Kefi (1), F. Friha (1),

Service de Pédiatrie, hôpital régional de ben Arous (1),

Introduction:

L'hydatidose est une anthroponose, due au développement de la forme larvaire du cestode d'Echinococcus granulosus. En Tunisie, elle sévit selon un mode hyper endémique et représente un problème majeur de santé publique. Chez l'enfant, le kyste hydatique du foie représente la deuxième localisation en terme de fréquence après la localisation pulmonaire.

Objectifs:

Illustrer un mode de découverte atypique du kyste hydatique du foie et rappeler les moyens de diagnostic et les modalités thérapeutiques .

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation d'une fièvre prolongée révélant un kyste hydatique du foie .

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 7 ans, sans antécédents pathologiques habitant en zone rurale, hospitalisée pour fièvre prolongée isolée. L'examen clinique a objectivé une fièvre à 39 ° avec un bon état général, particulièrement pas d'hépatomégalie ni douleur à la palpation de l'abdomen. A la biologie, il existait un syndrome inflammatoire biologique important avec une CRP > 160 mg/l et une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire. Le reste du bilan était sans anomalies avec un bilan hépatique strictement normal. Le bilan de 1ère intention d'une fièvre prolongée comportant une radiographie du thorax, un examen cytobactériologique des urines, un frottis sanguin et une IDR à la tuberculine sont revenus normaux. Les sérologies virales étaient négatives. L'échographie cardiaque était sans anomalies. L'échographie abdominale a montré un foie de taille normale homogène avec une plage pseudo-nodulaire hypoéchogène hétérogène, faiblement vascularisée au Doppler couleur au niveau du segment V mesurant 46* 40 mm, évoquant en premier lieu un foyer pré-suppuratif. Le diagnostic

d'un abcès hépatique des segments IV et V mesurant 56 *40 mm a été confirmée par une TDM abdominale. Devant le contexte épidémiologique, une sérologie hydatique a été demandée revenant positive. Le diagnostic de kyste hydatique du foie surinfecté a été alors retenu. Elle a été mise initialement sous triple antibiothérapie C3G, métronidazole et gentamicine puis relais par amoxicilline-acide clavulanique devant une intolérance digestive avec bonne évolution clinique, biologique et échographique. La patiente a été transférée ensuite en chirurgie pédiatrique pour un traitement chirurgical du kyste hydatique.

Conclusion:

Une échographie abdominale de principe est indiquée devant une fièvre prolongée même en absence de signes digestifs devant une négativation du bilan de 1ère intention. L'hydatidose est une affection bénigne qui peut rester longtemps latente. Sa gravité est due essentiellement à ses complications évolutives. Le meilleur traitement est préventif : améliorer l'hygiène de vie pour rompre le cycle parasitaire.

P68 - Un Adénophlegmon du cou révélant un lymphangiome kystique

H. Landolsi (1), S. Benhassine (1), A. Marzouk (1), E. Cherif (1), O. Mzoughi (1), R. Thabti (1), A. Kefi (1), F. Friha (1), A. Bouaziz (1),

Service de Pédiatrie, hôpital régional de ben Arous (1),

Introduction:

Les lymphangiomes kystiques de l'enfant sont des malformations congénitales bénignes et rares, résultant d'une anomalie du développement du système lymphatique. Ils siègent essentiellement au niveau cervical. La présentation clinique est polymorphe.

Objectifs:

Illustrer les circonstances de découverte d'un lymphangiome kystique du cou chez un enfant.

Matériel et méthodes:

nous rapportons un cas d'adénophlegmon du cou révélant un lymphangiome kystique

Résultats:

H est un enfant de sexe masculin, âgé de 25 mois, issu d'un mariage non consanguin, sans antécédent familiaux ni personnels particuliers, admis pour exploration d'une tuméfaction latéro-cervicale évoluant dans un contexte fébrile. A l'examen l'enfant était fébrile à 38 avec une tuméfaction latéro-cervicale droite de 4 cm rénitente, douloureuse, mobile avec des signes inflammatoires en regard. La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire biologique : une hyperleucocytose à prédominance PNN avec une CRP élevée à 116. L'échographie cervicale a montré un aspect en faveur d'un adénophlegmon collecté de la chaîne IV (jugulo-carotidienne inférieure) droite. Le patient a été mis sous antibiothérapie intraveineuse à base d'amoxicilline-acide clavulanique. L'évolution était marquée par la persistance de la fièvre et du syndrome inflammatoire à J 3, le scanner cervical a montré une collection basicervicale évoquant un lymphangiome kystique surinfecté. Le patient a été mis sous

Céfotaxime et métronidazole avec une bonne évolution et réduction importante de la taille de la masse. L'IRM cervicale, faite à distance, a montré un lymphangiome macro kystique bien limité avec l'aspect en hyposignal T1, hypersignal T2 .L'enfant a été adressé en ORL pour exérèse chirurgicale.

Conclusion:

Les lymphangiomes kystiques cervicaux sont des malformations tumorales généralement de bon pronostic. L'examen clinique couplé à l'imagerie permettent d'éliminer les autres masses cervicales et suffisent pour penser au lymphangiome kystique .

P69 - L'endocardite infectieuse chez la population pédiatrique

N. Barkia (1), M. Bahloul (1), M. Ammar (1), R. Belhadj (1), F. Charfi (1), R. Kolsi (1), I. Maaloul (1), S. Kmiha (1), S. Ben Ameer (1), T. Kammoun (1),

Service de Pédiatrie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie (1),

Introduction:

L'endocardite infectieuse (EI) se définit comme la greffe d'un micro-organisme (généralement une bactérie) sur une lésion cardiaque préexistante. Elle est rare chez l'enfant et associée à une morbi-mortalité importante. Pour optimiser la prise en charge, il est important de préciser les particularités clinique, biologique et thérapeutique que nous avons détailler dans cette étude.

Objectifs:

le but de ce travail était de déterminer les caractéristiques cliniques ,biologiques et thérapeutique de l'endocardite infectieuse chez la population pédiatrique

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective incluant tous les patients hospitalisés au service de pédiatrie du CHU Hedi Chaker de Sfax pour une endocardite infectieuse sur une période de 23 ans (1999- 2022).

Résultats:

Nous avons colligé 39 cas d'endocardite infectieuse dont 21 étaient de sexe féminin. La médiane d'âge était de 96 mois [42,156]. Une cardiopathie à risque était identifiée dans 28 cas (71,8%) avec 7 cas d'insuffisance mitrale, 4 cas d'insuffisance aortique, 2 cas de rétrécissement aortique et le reste non déterminé. Une porte d'entrée dentaire était présente chez 7 patients. Un début progressif était noté dans 48,7% des cas. La fièvre était le mode de révélation principal, présente chez 29 cas (74,4%) suivie par une dyspnée dans 11 cas (28,2%), des arthralgies dans 9 cas (23,1%) et une douleur thoracique dans 7 cas (19,9%). L'examen physique a objectivé un souffle chez 30 enfants (76,9%) et une tachycardie chez 25 enfants (64,1%). Nous avons aussi noté une polypnée dans 48,7% des cas, une altération de l'état général dans 23% des cas et une hépatomégalie dans 20,5% des cas. Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 25 enfants. L'enquête bactériologique a révélé des hémocultures positives dans 17 cas. Les germes principalement isolés étaient le staphylocoque dans 8 cas et le streptocoque dans 4 cas. L'échographie cardiaque a montré une végétation dans tous les

cas. Un traitement antibiotique était instauré chez tous les enfants et qui était adapté dans 17 cas (43,6%). Les aminosides étaient utilisés dans 92,3% des cas. La durée totale d'antibiothérapie était de 43 jours [36,49]. Le traitement chirurgical était indiqué chez 7 patients (17,9%). L'évolution était favorable dans 31 cas (79,5%). Huit patients étaient décédés dans un tableau de défaillance cardiaque dans 5 cas, de choc septique dans deux cas et de rupture d'anévrisme dans 1 cas.

Conclusion:

L'endocardite infectieuse (EI) reste un défi diagnostique et thérapeutique associé à une morbidité et une mortalité élevée

P70 - Une histoire de fièvre prolongée !!

R. Charfi (1), I. Elleuch (1), Y. Smaoui (1), F. Charfi (1), H. Aloulou (1), S. Ben Ameer (1), T. Kammoun (1),

Service de Pédiatrie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie (1),

Introduction:

La fièvre au long cours en pédiatrie est une situation difficile et souvent un problème épineux pour le médecin en charge de l'enfant. Elle peut révéler des pathologies variées comme des infections, des pathologies inflammatoires ou auto-immunes et parfois des affections néoplasiques. Nous rapportons une observation avec un diagnostic présomptif d'arthrite juvénile idiopathique dans sa forme systémique (FS-AJI)

Objectifs:

Le but de ce case report est de savoir évoquer l'origine inflammatoire devant une fièvre prolongée chez le petit nourrisson après avoir éliminer une cause infectieuse et tumorale

Matériel et méthodes:

un case report à propos d'un nourrisson âgé de 9 mois admis pour exploration d'une fièvre prolongée

Résultats:

Nourrisson de sexe masculin, âgé de 9mois, sans antécédents particuliers, était admis pour une fièvre prolongée évoluant depuis 15 jours. A l'admission. Il était eutrophique, fébrile à 40 °C, avec une éruption maculeuse généralisée épargnant les paumes et les plantes. Le reste de l'examen était sans anomalies. A la biologie, il y avait un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose à 31 000/mm² à prédominance PNN, une thrombocytose à 929000/mm², une CRP à 296 mg/l, une VS accéléré à 70 à la première heure, une ferritinémie à 1100ng/ml, fibrinogène à 5.34g/l, triglycéride à 1,5mmol/l et D-dimère à 6942. L'enquête infectieuse était négative. Le diagnostic de MISC était suspecté devant le contexte épidémique, l'éruption cutanée, le syndrome inflammatoire biologique, des D-dimère élevées avec une sérologie covid positive. Le patient a reçu une cure de veinoglobuline 2g/kg avec relais par corticothérapie 2mg/kg et Aspégic à dose anti-agrégante. L'échographie cardiaque était normale. L'évolution était marquée par une apyrexie de 36 heures puis réapparition d'une fièvre oscillante survenant à la même heure concomitante à une éruption cutanée sans autres

signes, avec un syndrome inflammatoire biologique persistant sans critères de syndrome d'activation macrophagique. Les sérologies virales, Widal, Wright et germes atypiques étaient négatives. Le myélogramme révélait un état inflammatoire. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien montrait une hépatomégalie, avec une rate globuleuse. Le dosage des FR, AAN et NSE étaient négatifs. Devant une enquête étiologique négative, une fièvre oscillante à horaire fixe, une éruption cutanée concomitante, le diagnostic de FS-AJI était suspecté. Le patient était mis sous des boli de solumédrol avec relai de corticothérapie par voie orale avec une évolution favorable.

Conclusion:

La FS-AJI survient s'observe rarement avant l'âge de 1 an. Un diagnostic présomptif pourrait être porté après 2 à 3 semaines d'évolution sur une présentation clinique évocatrice (en particulier une fièvre typique et d'autres signes de la maladie) même en l'absence d'arthrite, après avoir éliminé les principaux diagnostics différentiels.

P71 - Méningite nosocomiale à Serratia Marcescens: à propos d'un cas

H. Sahnoun (1), S. Kmiha (1), R. Belhaj (1), I. Elleuch (1), H. Aloulou (1), S. Ben Ameer (1), T. Kammoun (1), Service de pédiatrie Hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Serratia Marcescens est une entérobactérie qui peut être à l'origine d'une multitude d'infections nosocomiales tel que les infections urinaires, pulmonaires et les bactériémies. Cependant, la localisation méningée est rare et se voit surtout en milieu neurochirurgical.

Objectifs:

rapporter le cas d'une méningite à Serratia Marcescens chez un nourrisson sans histoire neurochirurgicale et dont l'évolution est compliquée.

Matériel et méthodes:

il s'agit d'un case report

Résultats:

il s'agit d'un nourrisson sans antécédents notables, admis à l'âge de 2 mois pour prise en charge d'un 1er épisode de bronchiolite aiguë modérée dont l'évolution était favorable. A J4 de prise en charge, il a présenté une fièvre mal tolérée et un bombement de la fontanelle antérieure avec un syndrome inflammatoire biologique important. La ponction lombaire n'a pas été faite à cause d'une thrombopénie à 38000 éléments/mm³. L'hémoculture est revenue positive à Serratia Marcescens. Le diagnostic retenu était une méningite nosocomiale à Serratia et le nourrisson a été traité par Céfotaxime-Vancomycine pendant 14 jours avec une PL négative à J14 d'où arrêt de l'antibiothérapie. L'évolution a été marquée, après 48 heures, par la récurrence de la fièvre avec fontanelle bombante et CRP élevée. Les hémocultures et la PL étaient négatives. L'IRM cérébrale a mis en évidence une pachyméningite avec hygrome fronto-pariétal bilatéral. Le nourrisson a été remis sous antibiothérapie à dose méningée pendant 35 jours avec évolution favorable. Une semaine après sa sortie, il a été réadmis pour récurrence de la fièvre avec convulsion focale. La PL a objectivé une pleiocytose importante

sans germe isolé. Une IRM cérébrale a montré la présence d'une collection sous-durale frontale droite de 58 * 10 mm en rapport avec un empyème avec stigmata d'une lepto et pachyméningite en regard. Outre l'antibiothérapie à visée méningée, le patient a bénéficié d'une évacuation chirurgicale de l'empyème. Les suites opératoires étaient simples et l'évolution était favorable. Il a totalisé 2 mois d'antibiothérapie parentérale et a été mis sous traitement antiépileptique. Il a bénéficié d'un bilan immunitaire revenu sans anomalies.

Conclusion:

Notre cas illustre ainsi une méningite nosocomiale à *Serratia*, compliquée d'un empyème sous-dural. Cette complication doit être toujours évoquée en cas d'évolution inhabituelle d'un enfant traité pour une méningite purulente. L'hygrome, souvent asymptomatique, constitue un diagnostic différentiel de l'empyème sous-dural qui peut retarder la conduite thérapeutique adéquate. Cette observation nous interpelle pour le respect des mesures d'hygiène et l'amélioration de la qualité du matériel ainsi que les procédures de contrôle des infections dans le milieu hospitalier.

P72 - Syndrome d'activation macrophagique :Un train peut en cacher un autre

S. Hajji (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1)

Service de pédiatrie hôpital militaire de Tunis (1),

Introduction:

Le syndrome d'activation macrophagique est lié à une activation inappropriée des macrophages et de la moelle osseuse. Il associe des signes cliniques peu spécifiques et des données biologiques plus évocateurs conduisant vers une confirmation histologique en objectivant une hémophagocytose. Le pronostic est sombre et le taux de mortalité est élevé.

Objectifs:

Faire le point sur l'enquête étiologique du SAM afin d'assurer une prise en charge thérapeutique précoce. L'enquête étiologique peut révéler d'autres pathologies autres que celle qui a déclenché le SAM

Matériel et méthodes:

Nourisson Z.Z âgé de 1 an et 9 mois issu d'un mariage consanguin de premier degré, originaire du nord ouest, sans antécédents pathologiques notables, admis dans notre service pour prise en charge d'une fièvre prolongée en plateau avec polysérite faite de pleurésie droite discrète, un épanchement péricardique et une ascite de faible abondance. L'examen à l'admission a objectivé un nourisson fébrile sans signes de mal tolérance, un abdomen distendu avec ombilic déplié, périmètre ombilical à 46 cm FH: 8 cm FS: 6 cm A la biologie un syndrome inflammatoire biologique, une bicytopenie, une hyperferritinémie, une hypofibrinogénémie et une hypertriglycéridémie Les sérologies virales: HSV 1+2, hépatite A,B,C, leishmaniose, HIV : négatives COVID infection ancienne EBV: positive, IGM :+ / igG VCA :+ / igG EBNA : - A la radiologie: emoussement du cul de sac droit à la rx thorax, hépatosplénomégalie homogène à l'écho abdominale et un décollement péricardique discret rétro OD

Résultats:

Le diagnostic d'un SAM secondaire a été confirmé par la présence d'une importante réaction macrophagique avec de nombreuses images d'hémophagocytose au myélogramme. Le patient a été mis sous claforan et amiklin et a reçu une cure d'immunoglobulines. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre et l'absence d'amélioration biologique il donc été swiché sous tazo/ amiklin et a reçu une deuxième cure d'immunoglobulines suivies d'une bonne évolution clinique : apyrexie stable et regression de l'hépatosplénomégalie biologique. Un bilan immunitaire avec expression de perforine sont revenus sans anomalies ainsi que le bilan métabolique cherchant une intolérance aux protéines dibasiques. Une PCR leishmanies est revenue positive il a donc reçu une cure d'ambisome.

Conclusion:

Le syndrome d'activation macrophagique est une entité rare et grave imposant l'identification de l'étiologie et une prise en charge thérapeutique rapide. L'enquête étiologique peut révéler d'autres pathologies nécessitant un traitement convenable.

Neurologie

P73 - Acute disseminated encephalomyelitis : A rare observation

A. Abdelhedi (1), M. Abdelberi (1), R. Sghir (1), N. Soyah (1), S. Tiouche (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), R. Kbeali (1), H. Ben Belgacem (1), N. Jaballah (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

Service de Pédiatrie farhat hached sousse (1),

Introduction:

Acquired demyelinating syndromes (ADS) are disorders of the central nervous system (CNS) with monophasic, chronic, or relapsing course, and differ from each other in their clinical course, magnetic resonance imaging (MRI) lesions, treatment and outcome.

Objectifs:

Acute disseminated encephalomyelitis is one of the more frequent types of ADS in children. Nevertheless a more detailed analysis of the clinical signs is necessary to identify the subtypes of the ADS.

Résultats:

The case is about a girl , 7 years –old , presented to our emergency department for gait disturbance, headache and decreased visual acuity . In the patient's history , she had ehmoiditis treated with oral antibiotherapy. On physical examination, she had a temperature at 38.3°C, she was conscient and answered correctly questions but was unable to stand and had pupillary reflection abnormalities . Moreover, the girl did not present a meningeal syndrome, or abolition of osteotendinous reflexes, neither were hemodynamic or respiratory disorder. We transferred our patient to pediatric intensive care unit (PICU) and we treated empirically with antibiotherapy (Cefotaxime, amikacin, vancomycin) and acyclovir to the the liklihood of cerebral empyema complicating the ethmoiditidis or viral

encephalitis. Yet, the computed cerebral tomography was normal as well as the brain MRI the first 24 hours. On chemical tests, there was no inflammatory syndrome and the lumbar puncture was normal. In the evolution, the first few days, she recovered normal gait but began to describe dyschromatopsia. Cortical visual evoked potentials were in favor of bilateral optic neuropathy (demyelinating) at a severe stage on the left and moderate on the right. Cerebro-medullary MRI redone after one week was pathological and in favor of ADEM. The girl was treated with corticotherapy: Initially intravenous with boluses of methylprednisolone 30 mg/kg/day then orally with 1 mg/kg/day. She covered normal visual acuity and normal chromatopsia.

Conclusion:

ADEM-optic neuritis has been described in recent years as a new type of ADS. Our knowledge about this disorder is still limited owing to the small number of patients. Some features have been frequently reported, supporting the need to classify it as a clinical entity distinct from other types of ADS.

P74- Méningite récurrente à pneumocoque : penser à une cause malformative

S. Ben Ahmed (1), M. Tmar (1), E. Jbabli (1), S. Rhayem (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

Service de médecine infantile A Hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

La récurrence d'une méningite purulente est rare chez l'enfant. Elle survient le plus souvent sur un terrain de pathologie sous-jacente tel qu'un déficit immunitaire ou une brèche ostéo-méningée. Les méningites sont responsables d'un taux de mortalité et de séquelles neurologiques élevés imposant une prise en charge précoce et armée.

Objectifs:

Faire le point sur une cause rare de méningites récidivantes.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation de méningite récurrente révélatrice d'une brèche ostéo-méningée chez une enfant âgée actuellement de 8 ans.

Résultats:

Yosra, âgée actuellement de 8 ans, est suivie dans notre service pour méningites récurrentes. Elle est issue d'un mariage non consanguin, n'a pas d'antécédent pathologique particulier notamment de traumatisme crânien, a un bon développement psychomoteur et n'a pas été vaccinée contre le pneumocoque. Elle a été admise pour un 1er épisode de méningite purulente à pneumocoque à l'âge d'un an. Elle a reçu une antibiothérapie adaptée avec une évolution favorable. Un audiogramme a été pratiqué à l'âge de 2 ans, dans le cadre du suivi, objectivant une surdité de perception de l'oreille gauche. Le 2ème épisode de méningite à pneumocoque est survenu à l'âge de 5 ans, découvert suite à une crise convulsive généralisée dans un contexte fébrile. L'IRM cérébrale a montré une hypoplasie cochléaire bilatérale avec agénésie cochléaire complète du modiolus réalisant une communication

avec le conduit auditif interne et une agénésie du nerf cochléaire gauche. La patiente a reçue une antibiothérapie adaptée ainsi qu'une vaccination préventive contre le pneumocoque et a été adressée en ORL pour colmatage de la brèche. L'évolution a été marquée par la récurrence de méningites à pneumocoque à sensibilité diminuée à la pénicilline à l'âge de 7 ans et demi et 8 ans. Les explorations radiologiques avaient montrées un échec de colmatage de la brèche. Elle est actuellement proposée pour une exclusion de l'oreille moyenne.

Conclusion:

La méningite bactérienne sur brèche ostéo-méningée est une pathologie grave et doit être évoquée devant toute récurrence. Elle nécessite une prise en charge médico-chirurgicale expérimentée ainsi qu'une vaccination préventive contre le pneumocoque.

P75 - Syndrome de Schwartz-Jumpel : A propos d'une observation

I. Bel Hadj (1), I. Trifa (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), F. Khalsi (1), K. Boussetta (1),

Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza - Tunis (1),

Introduction:

Le syndrome de Schwartz-Jumpel fait partie des maladies les plus rares au monde. Moins d'une centaine de cas ont été recensés dans la littérature jusqu'au jour d'aujourd'hui. De transmission autosomique récessive, il se caractérise par une dysmorphie faciale typique, une myotonie permanente à l'origine d'une restriction progressive de la mobilité et une chondrodysplasie.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques et évolutifs du syndrome de Schwartz-Jumpel.

Matériel et méthodes:

Analyse des caractéristiques cliniques et évolutives d'un patient suivi au service de Médecine Infantile B pour syndrome de Schwartz-Jumpel.

Résultats:

Il s'agit d'un patient suivi depuis l'âge de 3 ans pour un syndrome de Schwartz-Jumpel posé devant une consanguinité de premier degré, une dysmorphie faciale à type de faciès figé, d'implantation basse des cheveux, d'oreilles bas implantés et de micrognathie, une atteinte ophtalmologique à type de blépharophimosis, une myotonie avec limitation de la mobilité membres supérieurs et inférieurs, un torticolis congénital persistant et un retard staturo-pondéral. L'étude VCN-EMG a révélé une activité musculaire continue. La prise en charge était multidisciplinaire entre pédiatre, ophtalmologue, chirurgien orthopédique et physiothérapeute. L'évolution a été marquée par l'amélioration de la locomotricité sous carbamazépine, une marche instable d'aggravation progressive avec installation d'un syndrome cérébelleux statique vers l'âge de 10 ans et le recours à la chirurgie orthopédique pour correction des déformations du coude et des jambes à l'adolescence à plusieurs reprises. Le développement intellectuel était limité avec un échec scolaire, aggravé par l'handicap moteur et l'atteinte ophtalmologique.

Conclusion:

Le syndrome de Schwartz Jumpel est une maladie d'aggravation progressive. Le diagnostic doit être porté à temps pour démarrer une prise en charge précoce et limiter le degré de l'handicap permettant ainsi d'assurer au malade une meilleure qualité de vie.

P76- Thrombose cérébrale sur Ependymome, succès du traitement médical

O. Hammami (1), S. Zedini (1), W. Barbaria (1), M. Boucherda (1), I. Khamassi (1),

Service de Pédiatrie Bizerte (1),

Introduction:

L'épendymome est une tumeur du cerveau et de la moelle épinière. Il s'agit de la troisième tumeur cérébrale maligne la plus fréquente chez l'enfant âgé de 5 ans.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'un enfant diagnostiqué d'un épendymome de la fosse postérieure compliqué d'une thrombose veineuse cérébrale.

Matériel et méthodes:

étude d'une observation clinique

Résultats:

Il s'agit d'un enfant, de sexe masculin, âgé de 3 ans et 4 mois sans antécédents pathologiques particuliers. L'histoire de la maladie remonte à l'âge de 2 ans et 2 mois lorsque l'enfant a présenté des troubles de la marche et de l'équilibre dans un tableau aigu et d'apyrexie. Une IRM cérébrale a été pratiquée montrant l'aspect d'une masse solido kystique de la fosse postérieure mesurant 50*60*73 mm très évocatrice d'un épendymome avec un aspect d'épidurite cervicale sans signe de localisation médullaire, qui élargit et refoule le plancher du 4^{-ème} ventricule et qui est responsable d'une importante dilatation du système ventriculaire en amont. Elle comprime les pédoncules cérébelleux moyens et le tronc cérébral et s'étend en bas, à travers le trou de Magendie. Une dérivation ventriculo péritonéale a été pratiquée en urgence. L'évolution a été marquée à court terme par l'installation de trouble de la conscience, une imagerie a été pratiquée montrant un aspect en faveur d'une thrombose du sinus sagittal supérieur et de la veine cérébrale superficielle, il a été traité par anticoagulant à dose curative pendant trois mois avec contrôle INR satisfaisants et contrôle radiologique disparition des signes directs et indirects de la thrombose. La dose anticoagulante a été poursuivie à dose préventive pendant trois mois.

Conclusion:

Les épendymomes sont des tumeurs du système nerveux central à croissance lente qui touchent le système ventriculaire. Le diagnostic repose sur l'IRM et la biopsie. Le traitement repose sur l'association de la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. La récurrence ultérieure de l'épendymome est plus fréquente que dans le cas d'autres cancers.

P77 - La Méningoencéphalite virale

R. Jabnoun (1), M. Ouaer (1), I. Kerkni (1), M. Jery (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie hopital Mohamed Tlatli,Nabeul (1),

Introduction:

La méningoencéphalite représente une complication redoutable de la méningite virale. Le retard de son diagnostic et de sa prise en charge menace à court terme la vie de l'enfant et à long terme son développement moteur et sensoriel .

Objectifs:

- Décrire les données épidémiologiques, cliniques et évolutives de la méningoencéphalite virale .
- Relever l'apport de différentes explorations demandées dans cette pathologie

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective sur une période de 26 mois (Janvier 2018-Février 2020) .

Résultats:

Nous avons colligé sept cas . Une prédominance masculine a été notée .La méningoencéphalite a touché préférentiellement le grand-enfant (n=5). Cliniquement, la fièvre était aiguë évoluant depuis un jour dans cinq cas . Les circonstances du diagnostic étaient dominés par l'état de mal convulsif et les troubles de la conscience ; notées dans trois cas chacun .Le syndrome méningé était présent dans un seul cas. La ponction lombaire a été faite dans 6 cas, elle est pathologique chez trois patients. L'étude du liquide céphalo-rachidien par polymérase chain reaction, selon la technique multiplex, a permis d'identifier l'agent causal dans trois cas (HSV1, HSV2 et Entérovirus). Six patients ont reçu de l'acyclovir par voie intra veineuse . La durée moyenne du séjour hospitalier était égale à 21,4 jours. L'évolution était favorable dans la majorité des cas (n=6).

Conclusion:

La méningoencéphalite virale est parfois diagnostiquée tardivement. Il faut évoquer cette pathologie devant toute symptomatologie neurologique inhabituelle survenant dans un contexte fébrile, même en l'absence d'un syndrome méningé.

P78 - Convulsions néonatales : une panoplie d'étiologies

S. Mosbah (1), E. Marmech (1), A. Amri (1), I. Selmi (1), H. Ouerda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital Mongi Slim - La Marsa- Tunisie (1),

Introduction:

La période néonatale s'associe à une susceptibilité accrue aux convulsions. Leur étiologie représente le déterminant principal du pronostic.

Objectifs:

Étudier le profil épidémiologique, clinique et étiologique des convulsions néonatales.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective sur une période 22 mois (janvier 2021-octobre 2022), au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa, incluant tous les nouveau-nés (NN) admis pour convulsions.

Résultats:

Nous avons colligé 10 Nouveau-nés. Le sex-ratio était de 1,5 (6 garçons et 4 filles). Un seul NN était issu d'un mariage consanguin. Aucun NN n'avait des antécédents de décès en bas âge ou de pathologies neurologiques dans la famille. L'âge gestationnel moyen était de 38SA+/-1,9 sa (34- 40sa), le poids moyen à l'admission était de 2990+/-457g (2000g- 3520g). Trois patients avaient un retard de croissance intra-utérin. La grossesse était mal suivie dans la moitié des cas, compliquée de dysgravidie chez 50% des malades. L'échographie morphologique faite dans 8 cas, n'a pas montré d'anomalies. Une notion de souffrance fœtale aiguë a été relevée chez 3 nouveau-nés. La survenue des crises était au-delà de J3 de vie pour sept patients. Quatre patients ont présenté un état de mal convulsif au cours de leur hospitalisation. Les crises étaient dominées par les formes atypiques. Un EEG, réalisé chez 6 patients, était pathologique dans 83% des cas. Une ETF a été réalisée dans huit cas et une IRM cérébrale dans cinq cas, les aspects étaient pathologiques respectivement chez trois et deux NN. Le séquençage « Whole Exome » a été réalisé chez un seul NN. Au terme de l'enquête étiologique, les convulsions étaient en rapport avec : une encéphalopathie anoxo-ischémique (N=2), une thrombose veineuse cérébrale compliquant une méningite purulente (N=2), une hypoglycémie secondaire à une insuffisance surrénalienne (N=1), une hypocalcémie sévère (N=1) chez un NN ayant un syndrome de di-George, une hémorragie intraventriculaire grade 3 chez un grand prématuré, une encéphalite virale (N=1), une encéphalopathie épileptique précoce liée à une mutation FGF12 (N=1), et un syndrome de sturge-weber (N=1).

Conclusion:

Les convulsions néonatales sont une urgence absolue car elles peuvent mettre en jeu l'avenir neurologique de l'enfant. Une connaissance de l'étiologie permet d'améliorer la prise en charge.

P79 - La neuromyéélite optique de DEVIC familiale, à propos d'un cas familial

H. Mokni (1), S. Hannachi (1), S. Mabrouk (1), S. Nour (1), H. Ajmi (1), F. Majdoub (1), S. Abroug (1), J. Chemli (1),

Service de pédiatrie Sahloul Sousse (1)

Introduction:

La neuromyélie optique de Devic (NMO) est une pathologie autoimmune démyélinisante sévère. Elle est souvent sporadique, la forme familiale est exceptionnelle.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'un patient pédiatrique présentant une neuromyélie optique de DEVIC et dont le père est porteur de la même pathologie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un patient pédiatrique présentant une neuromyélie optique de DEVIC et dont le père est porteur de la même pathologie.

Résultats:

Il s'agit d'un garçon, âgé de 13 ans, aux antécédents familiaux de neuromyélie optique de Devic séronégative chez le père diagnostiqué à l'âge de 40 ans, compliquée d'un handicap majeur, admis trouble de la marche. L'examen avait montré un enfant subfébrile à 38°, eutrophique, avec un syndrome pyramidal et cordonal postérieur au niveau des 2 membres inférieurs, et un niveau sensitif à D11, sans troubles vésico-sphinctériens. Par ailleurs, il avait des lésions séquellaires de varicelle. A la biologie, pas de syndrome inflammatoire biologique, une normoglucorachie avec hyperprotéinorachie sans pleiocytose à la ponction lombaire. L'IRM cérébro-médullaire en urgence qui a montré une myélite étendue et étagée de C1, C4 à C7 et de D6 à D11. L'exploration ophtalmologique révèle une névrite optique bilatérale. Les potentiels évoqués visuels étaient allongés. Par ailleurs, le bilan immunologique révèle la présence d'anticorps anti-MOG, les anticorps anti NMO étaient négatifs. Le patient a reçu une cure de boli de solumédrol 1g/m²/1,73 durant 5 jours associée à une cure d'immunoglobulines à la dose 1g/kg/j pendant 2 jours avec une amélioration spectaculaire de l'atteinte neuro-ophtalmologique avec un recul de 06 mois.

Conclusion:

Notre observation illustre une forme assez rare de la neuromyélie optique, elle met en évidence la variabilité phénotypique intrafamiliale en ce qui concerne l'âge du début, la sévérité et le profil immunologique.

Rhumatologie et Maladie de système

P80 - Traitement par Rituximab pour un purpura rhumatoïde réfractaire sévère

S. Dbara (1), S. Kbaier (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), F. Khalsi (1), S. Hammouda (1), K. Boussetta (1),

Service de médecine infantile B (1),

Introduction:

Le purpura rhumatoïde est une vascularite des vaisseaux de petit calibre, en rapport avec des dépôts de complexes immuns contenant des immunoglobulines A. Le traitement des formes graves repose sur les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs comme le cyclophosphamide. Le rôle du rituximab pour les cas sévères et réfractaires a été exploré dans des rapports de cas isolés et de petites séries.

Objectifs:

Illustrer le rôle de Rituximab dans la prise en charge du purpura rhumatoïde sévère et réfractaire.

Matériel et méthodes:

Etude d'une observation d'un garçon de 5 ans admis pour prise en charge d'un purpura rhumatoïde avec une atteinte digestive sévère et réfractaire.

Résultats:

Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 5 ans qui a présenté un purpura rhumatoïde avec une atteinte digestive sévère, compliquée d'une entéropathie exsudative sans atteinte rénale associée. L'évolution initiale était marquée par l'échec thérapeutique sous corticothérapie et les immunosuppresseurs conventionnels. D'où, nous avons eu recours au rituximab à la dose de 375mg/m² de surface corporelle, administrés en perfusion intra-veineuse une fois par semaine pendant 4 semaines. L'évolution sous rituximab était spectaculaire, avec une nette amélioration des douleurs abdominales et de méléna ainsi qu'une bonne prise pondérale.

Conclusion:

La place de rituximab au cours de purpura rhumatoïde atypique, réfractaire au traitement reste controversée, il n'existe pas d'étude contrôlée, mais ça reste une piste thérapeutique à explorer en cas d'impasse thérapeutique dans le cas de purpura rhumatoïde.

P81 - Syndrome d'hyper IGD (à propos d'un cas)

M. Fakhfakh (1), N. Jaballah (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), H. Ben Belgacem (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), S. Tilouch (1), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1),

Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse (1),

Introduction:

Le déficit en mévalonate kinase (MKD) est une maladie auto-inflammatoire héréditaire rare caractérisée par des épisodes inflammatoires récurrents. Selon l'activité résiduelle de la mévalonate kinase, le spectre clinique va des formes modérées du syndrome d'hyper IgD aux formes gravissimes d'acidurie mévalonique. La prise en charge thérapeutique repose essentiellement sur les inhibiteurs de l'interleukine 1 (IL-1).

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 11 ans qui a présenté des épisodes de fièvres récurrentes et dont le diagnostic retenu était le syndrome d'hyper IGD.

Matériel et méthodes:

Il s'agit de l'enfant louay, âgé de 11 ans, originaire de l'Algérie, issu d'un mariage consanguin de 2ème degré. Hospitalisé pour prise en charge d'une fièvre prolongée avec altération de l'état général.

Résultats:

Il présentait depuis l'âge de 2 ans des épisodes de fièvres récurrentes avec des aphtoses buccales et anales récidivantes et des manifestations digestives. A l'examen, il était asthénique, il avait un indice de masse corporelle à 12, inférieur au 3ème percentile, une fièvre évoluant depuis 3 mois, une dysmorphie faciale à type de front large, retrognathisme, des oreilles décollées, une sensibilité abdominale péri-ombilicale, des ulcérations buccales importantes au niveau de la langue, des faces internes des joues et des gencives altérant l'alimentation, avec hypersialorrhée et des ulcérations anales. L'examen ophtalmologique n'a pas montré d'uvéïte. A la biologie, il avait une anémie d'allure inflammatoire, une CRP élevée à 45 mg/L, une VS accélérée à 22 mm 1ère H, un bilan de malabsorption normal, le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-nucléaires étaient négatifs. Le dosage du quantiféron était normal. L'échographie abdominale avec doppler était sans anomalies. La fibroscopie digestive avec biopsie a montré des lésions de duodénite subaigüe non spécifique. La coloscopie a montré des ulcérations périnéales actives sans autres anomalies. Le dosage des immunoglobulines a montré des IgA élevée à 3.84 g/L. On a complété par le dosage des IgD qui était élevé à 282.3 mg/L. le dosage de l'acide mévalonique dans les urines était élevé à 2,8 mmol/mol de créatinine. L'étude génétique n'a pas été faite. Devant ce tableau le diagnostic du syndrome d'hyper-IgD était retenu, et l'enfant a été mis sous colchicine à la dose de 1 mg/j et sous Anakinra à la dose de 1,6 mg/kg/j. L'évolution a été marquée par l'apyrexie, l'amélioration de l'état général, la disparition des douleurs abdominales, l'amélioration clinique des ulcérations buccales et anales.

Conclusion:

Le syndrome d'hyper IgD est une pathologie auto-inflammatoire rare dont le diagnostic reste difficile en l'absence de la confirmation génétique. L'antagoniste de l'interleukine 1 est la pierre angulaire du traitement, mais il expose à des complications essentiellement à type d'infections intercurrentes et de mauvaise tolérance du traitement.

P82 - Hypoglycémie par hyperinsulinisme endogène d'origine auto-immune : Syndrome de HIRATA

A. Nasri (1), Z. Khlayfia (1), M. Hannafi (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1)

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),

Introduction:

L'hypoglycémie secondaire à l'hyperinsulinisme est la cause la plus fréquente d'hypoglycémie sévère et persistante. Il s'agit d'une affection hétérogène avec une sécrétion anarchique d'insuline. L'hypoglycémie peut se révéler par des convulsions mettant en jeu le pronostic neurologique.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'un enfant présentant une hypoglycémie par hyperinsulinisme endogène révélé par des convulsions

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation d'hypoglycémie par hyperinsulinisme endogène diagnostiquée et suivie au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa en 2022.

Résultats:

Enfant âgé de dix ans, issu d'un mariage non consanguin, épileptique connu depuis l'âge de 1 an sous Valproate de sodium, admis pour convulsion. L'histoire de la maladie était marquée par la survenue d'une crise convulsive tonico-clonique généralisée dans un contexte d'apyrexie. La glycémie au doigt était à 0,25 g/l avec une glycémie veineuse au laboratoire à 1,6 mmol/l. L'enfant a eu une injection de glucagon et un resucrage en intraveineux par du sérum glucosé à 10% après avoir prélevé un bilan sanguin à visée étiologique. L'évolution initiale était bonne avec la correction de l'hypoglycémie et l'examen somatique après arrêt des convulsions était normal. Le bilan biologique, hormonal et métabolique réalisés au moment de l'hypoglycémie a montré une hyperinsulinémie avec un taux de peptide C élevé (hyperinsulinisme endogène). La recherche de toxines dans le sang et les urines était négative. Une IRM abdominale et pancréatique, faite à la recherche d'un insulinome, était normale. Le patient a présenté plusieurs autres épisodes d'hypoglycémie répondant au glucagon. Un 2ème bilan hormonal a été réalisé au moment d'un épisode d'hypoglycémie, a révélé cette fois un taux d'insulinémie élevé et un taux de peptide C normal, en dehors d'un apport exogène d'insuline. Ainsi, un syndrome hypoglycémique auto-immun a été suspecté et nous avons alors complété par le dosage des anticorps anti-insuline (en cours). Dans l'attente de l'obtention du diazoxide (Proglycem®), des règles hygiéno-diététiques ont été initiées (Plusieurs collations par Maizena®) et l'évolution a été

marquée par la résolution spontanée des hypoglycémies trois mois après le début des symptômes. L'enfant est sous surveillance régulière de la glycémie au doigt et sous contrôle clinique régulier.

Conclusion:

Le syndrome de Hirata est une cause rare d'hypoglycémie chez les enfants qui est souvent mal diagnostiquée. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments clinico-biologique et une évolution spontanément résolutive.

Hématologie ,Oncologie ,Immunologie

P83 - Syndrome de Pearson révélé par une anémie macrocytaire : À propos d'un cas

K. Al Gaaloul (1), M. Assidi (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebah (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1),

service de pédiatrie C hopital d'enfant de Tunis (1),

Introduction:

Parmi les anémies du nourrisson, les cytopathies mitochondriales sont une cause rare. Le syndrome de Pearson est caractérisé par une anémie sidéroblastique, réfractaire et arégénérative avec vacuolisation des précurseurs médullaires associée à une insuffisance pancréatique exocrine.

Objectifs:

Décrire le syndrome de Pearson chez un nourrisson de 2 mois en expliquant les moyens diagnostiques.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson âgé de 2 mois présentant un syndrome de Pearson révélé par une anémie macrocytaire arégénérative.

Résultats:

il s'agit d'un garçon né à terme de parents sans antécédents familiaux notables et non consanguins. L'accouchement par voie césarienne pour bassin rétréci. L'Apgar était à 9-10-10. Il avait un retard de croissance intra-utérin harmonieux (poids 2 050g), Les parents consultent à 2 mois pour hypotrophie et diarrhée chronique. A l'examen clinique on a objectivé une pâleur cutanéomuqueuse, le nourrisson était apyrétique, il pesait 2200g (< -3DS), le score de déshydratation était à 6. on n'a pas noté une hépatosplénomégalie et les organes génitaux externes étaient de type masculin infantile. On a trouvé une densité urinaire à 1030 à la bandelette urinaire. Le reste de l'examen clinique était sans particularités, dans le cadre d'enquête étiologique, on a complété par une numération de la formule sanguine objectivant une anémie macrocytaire arégénérative et une leucopénie. on a également trouvé une acidose métabolique sévère au gaz du sang et une insuffisance rénale fonctionnelle avec hypernatrémie. Au bilan métabolique initial on a noté une hyperammoniémie, un taux de lactates élevé et le rapport lactate /pyruvate était également élevé. Le test de la sueur était négatif. une stéatorrhée à 5g /J était objectivée. Devant l'anémie macrocytaire arégénérative, la stéatorrhée et

l'acidose métabolique un syndrome de Pearson a été suspecté et un myélogramme a été réalisé montrant une moelle assez riche avec une prédominance d'érythroblastes, les vacuoles au niveau des précurseurs médullaires n'étaient pas vues. L'étude génétique n'était pas faite. L'évolution a été marquée par la survenue de multiples épisodes infectieux. L'acidose lactique chronique a nécessité un traitement par bicarbonates. La diarrhée a persisté malgré les extraits pancréatiques. Le nourrisson est décédé à l'âge 3 mois.

Conclusion:

Le syndrome de Pearson, rarement diagnostiqué en période néonatale, doit être évoqué devant une anémie macrocytaire arégénérative. Le diagnostic est étayé par la réalisation rapide d'un myélogramme puis d'une analyse génétique à partir d'un prélèvement sanguin.

P84 - Hémolyse post-transfusionnelle retardée : à propos de deux observations pédiatriques

N. Oueslati (1), H. Ben Belgacem (1), M. Fakhfakh (1), N. Soyah (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), S. Tilouche (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (1),

Introduction:

L'hémolyse post-transfusionnelle retardée est une complication grave survenant quelques jours après une transfusion. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital des patients atteints d'hémoglobinopathies.

Objectifs:

Nous décrivons les signes cliniques, biologiques et la prise en charge thérapeutique de l'hémolyse post-transfusionnelle retardée.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons les cas de 2 patients ayant présenté cette complication.

Résultats:

Observation 1 : il s'agit d'une fille âgée de 4 ans et 9 mois suivie pour bêta thalassémie intermédiaire diagnostiquée à l'âge de 4 ans et 4 mois. Après 15 jours de sa troisième transfusion de CGR phénotypé, elle a été hospitalisée en réanimation pour hémolyse post-transfusionnelle retardée avec déglobulisation sévère à 3.5 g/dl. L'enquête immunologique a montré un TCD positif à Ig G et C3. La patiente a été mise sous corticoïdes et des veinoglobulines. Ces thérapeutiques étaient insuffisantes. L'hémoglobine de la patiente est descendue à 3.2 g/dl, sans qu'un alloanticorps irrégulier ne soit clairement identifié. Un traitement par Rituximab a été proposé en seconde intention. Mais, ses besoins transfusionnels sont restés élevés d'où une splénectomie a été indiquée avec une bonne évolution. Observation 2 : Un enfant âgée de 15 ans porteur d'une drépanocytose homozygote qui a bénéficié d'un échange transfusionnel préopératoire pour cholécystectomie. Il a présenté à j 9 post-échange des douleurs abdominales évoquant une crise vaso-occlusive avec des signes cliniques d'hémolyse (urines foncées, ictère cutanéomuqueux). L'anémie était profonde à 5.3 g/dl. Les tests

immunologiques étaient positifs. Un traitement par immunoglobuline polyvalente associé à une corticothérapie en intraveineuse était introduit. Le patient avait reçu une transfusion de CGR sans incident et l'évolution était favorable sur le plan clinique et biologique.

Conclusion:

L'hémolyse post transfusionnelle retardée est potentiellement grave par l'évènement en lui-même et par la modification de la prise en charge au long cours. La prévention d'une récurrence est primordiale.

P85 - Evolution favorable d'une mucormycose rhino-orbito-cérébrale sur un terrain de leucémie aigue associée à une drépanocytose

M. Ben Khaled (1), M. Saidi (1), S. Baccouchi (1), I. Ben Fraj (1), S. Rekaya (1), T. Lamouchi (1), R. Kouki (1), N. Toumi (8), H. Jouini (8), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1),

Service de pédiatrie d'hémo-immunologie et de greffe de cellules souches hématopoïétiques CNGMO , Tunis, Tunisie (1), Service d'hématobiologie Hôpital d'Enfant Béchir Hamza (2),

Introduction:

La mucormycose est une infection fongique invasive rare avec une évolution potentiellement fatale. Elle est due à la prolifération dans différents tissus d'un champignon de la famille des mucorales, et survient souvent chez des sujets adultes immunodéprimés, notamment, les diabétiques décompensés. Elle est rare en hématologie pédiatrique.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'une mucormycose rhino-orbito-cérébrale chez un enfant immunodéprimé, sous chimiothérapie.

Matériel et méthodes:

A propos d'un cas de mucormycose d'évolution favorable.

Résultats:

Enfant de 4 ans, suivi pour syndrome drépanocytaire majeur ayant présenté une leucémie aigue lymphoblastique-B corticorésistante classée très haut risque, traité selon le protocole EORTC. A J25 d'aplasie post chimiothérapie(J40 d'induction), le patient avait développé une éthmoïdite aigue avec cellulite orbitaire bilatérale prédominant à gauche compliquée d'une endophtalmie. L'hémoculture était positive à *Cepacia Burkholderia*.Le malade était traité par une antibiothérapie à large spectre. Un traitement par l'amphotéricine B liposomale à la dose de 10mg/kg/j était aussi instauré pour suspicion d'une infection fongique vue la neutropénie prolongée. La culture d'un écouvillon nasal était positive à *Aspergillus Niger*.Le diagnostic retenu était une aspergillose invasive rhino-sinusienne et le traitement antifongique était switché vers le Voriconazole.L'évolution était marquée par la réapparition progressive de la fièvre et l'apparition d'une lésion nécrotique au palais. Un scanner cérébral avait objectivé deux collections frontales en rapport avec des empyèmes et une extension de la lyse osseuse vers la lame ethmoïdo-orbitaire gauche et de l'os frontal. L'examen histopathologique d'une biopsie de la nécrose du palais avait montré un aspect compatible avec une Mucormycose. La

conduite était de reprendre le traitement par l'Ambisome à la dose de 10 mg/kg/j. Un traitement chirurgical n'était pas possible devant le haut risque anesthésique. L'évolution était favorable à 3 mois de traitement par amphotéricine B liposomale avec une nette amélioration radio-clinique. La chimiothérapie était reprise. Il est actuellement en rémission après un recul de 13 mois.

Conclusion:

La mucormycose est une pathologie infectieuse nécrosante rapidement extensive à laquelle il faut penser devant toute anomalie évoquant une cellulite orbitaire chez les malades immunodéprimés. La certitude diagnostique est apportée par l'examen anatomo-pathologique. L'amphotéricine B liposomale à forte dose peut améliorer le pronostic.

P86 - Infections à CMV post allogreffe de cellules souches hématopoïétiques dans les leucémies aiguës

M. Ben Khaled (1), M. Saidi (1), Z. Ben Mohamed (1), T. Lammouchi (1), S. Rekaya (1), I. Ben Fraj (1), R. Kouki (1), N. Toumi (2), H. Jouini (8), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1),

Service de pédiatrie d'hémo-immunologie et de greffe de cellules souches hématopoïétiques CNGMO , Tunis, Tunisie (1), Service d'hématobiologie Hôpital d'Enfant Béchir Hamza (2),

Introduction:

L'infection à cytomégalovirus (CMV) est due à un virus de la famille des Herpèsvirus. Elle est très fréquente chez les sujets immunodéprimés ou les transplantés d'organe. Elle peut être gravissime et entraîner soit la perte du greffon, soit le décès du patient transplanté.

Objectifs:

L'objectif de ce travail était de décrire les réactivation CMV post allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) pour leucémie aigüe.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de pédiatrie : Immuno-hématologie et greffe de cellules souches du centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis sur une période de 15 ans de 2007 à 2022. Nous avons inclus dans l'étude les patients atteints d'une leucémie aigüe et ayant bénéficié GCSH. Le CMV a été recherché systématiquement par PCR dans le sang de façon bihebdomadaire le premier mois post GCSH.

Résultats:

Quarante six patients ont été inclus dans notre étude ; 29 leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL) et 17 leucémies aiguës myéloïdes (LAM). L'âge moyen des patients au moment du diagnostic était 27,7 mois [3mois à 13ans]. Le délai moyen entre le diagnostic et la GCSH était de 7,59mois ± 6,22 [2-31]. Une infection virale a été retrouvée après GCSH chez 19 patients (41%). L'infection à CMV a été la plus fréquente touchant 14 patients (30,4%), après un délai moyen de 42,2 jours ±27 [4-90]. Onze patients avaient une virémie asymptomatique nécessitant un traitement préemptif par Gancyclovir à la dose de 5mg/kg*2/j. Deux patients avaient nécessité l'adjonction de Foscavir à la dose de 90mg/kg*2/j

devant une virémie persistante. Trois patients ont eu une colite à CMV dont un patient avait une virémie associée (maladie à CMV), l'évolution était favorable sous traitement par Gancyclovir et Foscavir. Une PCR CMV négative (<150copies/ml) avait justifié le relais par le Vagancycloviroral. Aucun décès par infection à CMV n'a été survenu.

Conclusion:

Les infections à CMV surviennent durant la période d'immunodéficience post greffe et ont un impact direct sur la morbidité et la mortalité liées à la greffe d'où l'importance du dépistage régulier et des mesures prophylactiques et préemptives.

P87 - Infections fongiques invasives au cours de l'aplasie post allogreffe de moelle osseuse pour leucémie aigue

M. Ben Khaled (1), M. Saidi (1), R. Fatnassi (1), T. Lammouchi (1), S. Rekaya (1), I. Ben Fraj (1), R. Kouki (1), N. Toumi (2), H. Jouini (2), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1),

Service de pédiatrie d'hémo-immunologie et de greffe de cellules souches hématopoïétiques CNGMO , Tunis, Tunisie (1), Service d'hématobiologie Hôpital d'Enfant Béchir Hamza (2),

Introduction:

Les infections fongiques invasives (IFI) sont encore responsables d'un taux élevé de mortalité chez les enfants pris en charge pour une hémopathie maligne.

Objectifs:

L'objectif de ce travail était de décrire les IFI survenant au cours de l'aplasie secondaire à la chimiothérapie du conditionnement post allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) pour leucémie aigue.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de pédiatrie : Immuno-hématologie et greffe de cellules souches du centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis sur une période de 15 ans (2007 à 2022). Nous avons inclus dans l'étude les patients atteints d'une leucémie aigüe et ayant bénéficié d'une GCSH. Les infections fongiques durant la période d'aplasie post GCSH ont été décrites.

Résultats:

Nous avons colligé 46 patients ; 29 leucémies aigues lymphoblastiques (LAL) et 17 leucémies aigues myéloïdes (LAM). Le sex-ratio était à 1,09. L'âge moyen des patients au diagnostic était 27,7 mois [3mois à 13ans]. Le délai moyen entre le diagnostic et la GCSH était de 7,59mois ± 6,22 [2-31].Après un délai moyen de 12 jours (4,77) d'aplasie, huit épisodes d'IFI confirmées ont été notées; 5 cas d'aspergilloses invasives, 3 cas de candidoses (deuxcandidémies à Candida Parapsilosis et une candidémie à Candida Lusitanae). La Voriconazole a été prescrite de 1ère intention dans les infections aspergillaires. Une candidémie à C. Parapsilosis a été traitée par Voriconazole (résistance à la Caspofongine et l'Amphotéricine B). Les deux autres candidémies ont été traitées par l'association

Caspofongine et Voriconazole devant la gravité du tableau clinique et une sensibilité intermédiaire à ces deux molécules au fongigramme. Un patient qui a présenté un rejet du greffon, a eu deux candidémies en post GCSH, l'une à *C. Parapsilosis* et l'autre à *C. Lusitanae* à 77 jours d'intervalle. Un bilan d'extension de la candidémie a objectivé des localisations secondaires de la candidose ; osseuses, des parties molles et pleurales. L'évolution était favorable avec l'association Caspofongine et Voriconazole. Aucun décès par IFI n'a été survenu.

Conclusion:

Les IFI en post-greffe de CSH ne sont pas rares, et peuvent être graves. La prévention primaire de ces infections a été systématique en post GCSH, par le contrôle de l'environnement par le flux laminaire et la prophylaxie primaire durant la phase de l'aplasie par Fluconazole. Leur diagnostic, ainsi que leur prise en charge, ont été transformés ces dernières années par l'arrivée des techniques de biologie moléculaire, notamment des PCR spécifiques et la recherche d'antigène par ELISA pour l'aspergillose invasive. Un traitement précoce et basé sur le fongigramme est essentiel pour améliorer le pronostic.

P88 - Facteurs associés à la récurrence des pneumonies au cours du Déficit immunitaire commun variable après substitution par immunoglobulines polyvalentes

M. Ben Khaled (1), I. Ben Yahia (1), I. Zaiter (1), I. Ben Fraj (1), S. Rekaya (1), T. Lamouchi (1), R. Kouki (1), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1),

Service de pédiatrie d'hémo-immunologie et de greffe de cellules souches hématopoïétiques CNGMO (1),

Introduction:

Le déficit immunitaire commun variable (DICV) fait partie des déficits immunitaires par défaut de synthèse d'anticorps. C'est une entité hétérogène de pathologies caractérisées par une incapacité à développer une réponse humorale spécifique contre les antigènes exogènes. Les poumons sont fréquemment atteints avec une forte susceptibilité aux germes encapsulés.

Objectifs: Identifier les facteurs associés aux récurrences des pneumonies chez les patients ayant un DICV traités par immunoglobulines polyvalentes.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique au service de pédiatrie du centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis, durant une période de 23 ans (du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2020) incluant tous les patients suivis pour DICV et qui ont présenté des manifestations respiratoires à l'âge pédiatrique.

Résultats: Nous avons colligé 19 cas de DICV avec manifestations respiratoires. Le sex-ratio était de 0,6. L'âge médian au diagnostic était de 17 ans (Q1 : 8, Q3=35). L'âge médian au moment du début de la symptomatologie respiratoire était de six ans (1, 12). Les antécédents d'infection bronchopulmonaire (IBP) étaient objectivés chez tous les patients avec une médiane de six épisodes/an. Quatorze patients avaient une IBP évolutive au diagnostic : une bronchite (8 cas), une pneumonie (3 cas) et une pleuropneumopathie (3 cas). L'ECBC avait isolé au moment du diagnostic

un Haemophilus influenzae multisensible chez 10 patients sur 14. Dix-sept patients avaient une DDB au diagnostic. Tous les patients étaient mis sous perfusions régulières d'immunoglobulines polyvalentes (IGIV) et antibioprophylaxie anti-infectieuse à base de cotrimoxazole. Le taux résiduel médian d'IgG était de 7,5 g/l [EIQ = 4,7-9,8]. La récurrence des pneumonies était constatée chez six patients. Les facteurs associés à cette récurrence étaient le syndrome d'Evans ($p=0.02$), la Pneumopathie interstitielle diffuse ($p=0.007$) et la présence de Haemophilus influenzae résistant à l'ECBC ($p=0.03$).

Conclusion:

Le DICV reste une pathologie grevée d'une lourde morbidité. Pour prévenir les récurrences des infections bronchopulmonaires, il faut surveiller le taux résiduel d'IgG avant chaque perfusion d'IGIV, instaurer une prophylaxie antibactérienne en cas d'infections récurrentes malgré la substitution en IGIV et de se baser sur les antibiogrammes des microorganismes de la colonisation.

P89 - Syndrome de Schwachman-Diamond : Difficulté diagnostique

A. Soua (1), Y. Ben Rjeb (1), M. Rebhi (1), R. Amdouni (1), H. Barakizou (1),

Service de pédiatrie Hôpital militaire de Tunis (1)

Introduction:

Le syndrome de Schwachmann-Diamond est une maladie autosomique récessive rare, il se caractérise par un polymorphisme clinique dominé par un retard staturo pondéral, une atteinte hématologique et d'une insuffisance pancréatique exocrine

Objectifs:

Etudier les aspects cliniques biologiques et radiologiques ainsi que l'évolution d'un Syndrome de Schwachman-Diamond

Matériel et méthodes:

Etude d'un cas de Schwachman-Diamond

Résultats:

Il s'agit de l'enfant K.R âgé de 4 ans issu d'un mariage non consanguin sans antécédents pathologiques particuliers. L'histoire de la maladie a commencé à l'âge de 1 mois devant une neutropénie à 190 Ets/mm^3 . A partir de l'âge de 8 mois il a présenté une diarrhée chronique avec retentissement staturopondérale et une cytolyse hépatique à trois fois la normale. Une allergie aux protéines de lait de vache et une mucoviscidose ont été éliminées. Le diagnostic initial retenu était une maladie coeliaque. Sérologie Ac anti transglutaminase étaient positifs mais inférieurs à 10 fois. La Fibroscopie oesogastroduodénale était normale. Le Nourisson a été mis sous régime sans gluten pendant 8 mois. Devant l'apparition d'une pancytopenie : anémie hypochrome microcytaire à 8.6 une neutropénie à 180 Ets/mm^3 et une thrombopénie à 509 000/mm^3 Un myélogramme a été pratiqué revenant normal. L'évolution a été marquée par la persistance des diarrhées et le retard staturo pondéral d'où le diagnostic de maladie coeliaque a été redressé. Un dosage pondéral des immunoglobulines ainsi que

le phénotypage lymphocytaire et le test d'exploration fonctionnelle du polynucléaire étaient normaux. Un dosage de l'élastase fécale a montré un taux effondré <15 ug/g de selles, une stéatorrhée à 11.36g/24h. L'échographie abdominale n'a pas pu explorer que la portion céphalique du pancréas donc un complément par IRM pancréatique montrant un aspect compatible avec une lipomatose pancréatique. Une étude génétique a été faite à la recherche du gène SBDS. Résultat est en cours. Le diagnostic de syndrome Schwachman-Diamond a été retenu. Le patient a été mis sous extraits pancréatiques et supplémentation en vitamines liposolubles. L'évolution a été marquée par la disparition complète de diarrhée et récupération d'une croissance staturo pondérale. Actuellement l'enfant est âgé de 4 ans asymptomatique. Dernier chiffre des Polynucléaires neutrophiles est 430Elts/mm³ bilan de malabsorption normal.

Conclusion:

Syndrome de Schwachman-Diamond est un syndrome associant différentes atteintes d'organe dont les plus constantes sont une neutropénie et une insuffisance du pancréas exocrine. Il pose un problème de diagnostic différentiel avec un retard diagnostique fréquent. Le risque de transformation maligne de la moelle osseuse impose une surveillance hématologique régulière.

P90 - Anémie hémolytique auto-immune

J. Hachicha (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), S. Baccouch (1), S. Khammari (1), E. Sbouai (1), H. Yangui (1), M. Hessine (1),

Service de pédiatrie Ibn Jazarh Kairouan (1),

Introduction:

L'anémie hémolytique auto-immune est une variante des anémies qui ne cesse pas à augmenter au cours de ces dernières années. Elle touche toutes les tranches d'âges. Elle fait partie des anémies hémolytiques acquises d'origine extra-corpusculaire. Son diagnostic est essentiellement clinico-biologique. Sa prise en charge dépend de son phénotype. Son pronostic est lié au degré de réponse au traitement et aux anomalies auto-immunes associées. Dans ce poster on rapporte un cas d'anémie hémolytique auto-immune cortico sensible.

Objectifs:

Savoir faire le diagnostic positif d'une anémie auto-immune, l'importance de l'immunophénotypage des anticorps dans la prise en charge thérapeutique et savoir faire le suivi ultérieur.

Résultats:

un enfant âgé de 1 an, sans antécédents familiaux ni personnels particuliers, consulte aux urgences pour une asthénie dans un contexte subfébrile. L'examen clinique révèle une asthénie, une pâleur sous conjonctivale, un teint sub-ictérique, tachycarde à 170 bpm, sans splénomégalie ni hépatomégalie, pas d'adénopathie. Une NFS faite montrant une anémie à 3g/dl avec hyperleucocytose et thrombocytose et un réticulocyte à 180 000/mm³. Le bébé est hospitalisé au secteur réanimation, conditionné. Le bilan d'hémolyse a montré une BT :65µmol/l, BC :10µmol/l ; LDH, haptoglobine, hémoglobinurie, hémoglobininurie non disponible. Le frottis sanguin montre une

anisocytose avec présence de quelques dacryocystes et sphérocytose. Test de Coombs directe (test direct à l'anti globuline) était positif à Ig G +++ . D'où le diagnostic d'une anémie homolytique auto-immune à IgG est retenu. une transfusion par CGR phénotype a été faite dès l'admission devant une anémie mal tolérée, et une cure de corticothérapie a forte dose était initié. L'évolution a été marquée par l'amélioration des signes clinique avec NFS post transfusion de CGR a 8.5g/dl. NFS après corticothérapie de 2 semaine :Hb 12.5g/dl , réticulocyte :78000/mm³ ; IgG + (rémission complète).

Discussion

Les anémies hémolytiques auto-immunes (AHA) représente une grande partie des anémies hémolytiques acquises d'origine extra-corpusculaire elles restent un événement rare comparativement à d'autres maladies autoimmunes puisque leur incidence annuelle est estimée entre 1 à 4 pour 100 000. . On distingue les AHA à autoanticorps chauds et les AHA à autoanticorps froids . La démarche diagnostic devant une suspicion d'une anémie hémolytique auto-immune, se fait en trois étapes, Premièrement, il faut confirmer l'hémolyse par la clinique et la biologie (Une augmentation du taux des réticulocytes > 120 000 / μ L ,Une hyperbilirubinémie à prédominance non conjuguée , des lactates déshydrogénases : augmentées ou normales ,Une haptoglobine diminuée , Une hémoglobinurie). Deuxièmement, la confirmation de l'origine immunologique de l'hémolyse qui repose sur la positivité du TDA, encore communément appelé test de Coombs direct, pierre angulaire du diagnostic de l'AHA. Finalement : il faut préciser l'immunophénotypage de l'AHA à Ac chaud ou froid. La prise en charge de AHA se diffère selon le type de l'anémie auto-immune. Le traitement des AHA à Ac chaud repose sur une corticothérapie a forte dose (2mg/kg /j) durant une période de 1 mois puis une dégression progressive sur une durée de 6 mois en cas d'une rémission complète dans l'autre cas, le traitement des AHA à Ac froids est purement symptomatique. A noter qu'aucun intérêt de la corticothérapie dans le traitement dès ce type des anémies Autres maladies peuvent coexister avec l'AHA, tel que les lupus systémique, déficit immunitaire commun variable, leucémie lymphoïde chronique ,d'où la nécessité de les rechercher vu que la conduite peut être modifier selon la maladie associée.

Conclusion:

L'anémie hémolytique auto immun est une cause fortement suspectée devant un tableau d'anémie hémolytique profonde. Le test de Coombs est la pierre angulaire pour le diagnostic, et l'immunophénotypage des Anticorps est primordial pour la démarche thérapeutique. Les pathologies associées doivent être toujours recherchés. L'éducation thérapeutique et les mesures de surveillance sont aussi importantes dans la prise en charge globale de la maladie

P91 - Un déficit immunitaire combiné sévère compliqué d'une leucémie aigüe myéloïde

O. Sboui (1), Y. Ben Rejeb (1), R. Amdouni (1), H. Barakizou (1),

Service de pédiatrie Hôpital Militaire de Tunis (1),

Introduction:

Les déficits immunitaires combinés sévères (DICS) regroupe l'ensemble de troubles de l'immunodéficience primaire caractérisés par un déficit en lymphocytes T . L'incidence annuelle

globale est estimée à 1/50000 nouveaux vivants. Ce déficit immunitaire se complique souvent par des infections graves avec un risque de transformation maligne notamment par les tumeurs solides.

Objectifs:

Faire le point sur un cas de déficit immunitaire primaire compliqué d'une leucémie aigüe myéloïde type 4 .

Matériel et méthodes:

A propos d'un cas

Résultats:

Il s'agit d'un nourrisson âgée de 49 jours, issue d'un mariage consanguin de 1er degré, aux antécédents familiaux de décès en bas âge et aux antécédents personnels de diarrhée chronique à début néonatal et des infections répétitives à point de départ digestif et respiratoire. Elle a été admise pour son 3ème épisode de gastroentérite fébrile. L'examen clinique initial a objectivé un retard de croissance sévère, des signes de dénutrition, un érythème suintant de siège associé à des lésions cutanées d'aspect eczématiforme au niveau du flanc , sans adénopathies ni splénomégalie. Des anomalies biologiques ont été notées à type de lymphopénie, syndrome inflammatoire biologique, hypoprotidémie avec une hypoalbuminémie et une hypogamma globulinémie. La coproculture a isolé une Klebsiella Pneumoniae. La conduite initiale était de commencer une antibiothérapie et d'entamer l'enquête étiologique. Devant ce tableau clinique d'infections à répétition, un SCID a été fortement évoqué. Nous avons complété par un test de phénotypage lymphocytaire qui a confirmé le diagnostic avec baisse de toutes les sous populations lymphocytaires . L'évolution a été marquée par l'aggravation clinico-biologique avec la survenue d'une typhlite, l'apparition de lésions nécrotiques au niveau du cuir chevelu et l'aggravation du SIB. La numération de la formule sanguine a révélé une pancytopénie. Un myélogramme a été fait concluant à un aspect cytologique en faveur d'une leucémie aigüe myéloïde et l'immunophénotypage a confirmé qu'il s'agissait d'une LAM type 4 . La patiente est décédée à j 11 d'hospitalisation dans un tableau septique à point de départ digestif.

Conclusion:

La gravité de cette maladie et l'importance du diagnostic néonatal pour une prise en charge rapide ont justifié le dépistage systématique par le test de quantification des TRECS (T-cell receptor excision circles) dans certains pays.

P92 - Syndrome d'Omenn : à propos d'un cas

A. Kammoun (1), R. Charfi (1), F. Charfi (1), S. Ben Ameer (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1), I. Ben Mostpha (2), N. Makki (2), M. Barbouch (2),

Service de Pédiatrie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie (1), laboratoire cyto-immunologie , institut pasteur Tunis (2)

Introduction:

Le syndrome d'Omenn est une manifestation rare de déficits immunitaires combinés sévères dont le phénotype est T-B-NK+. C'est une maladie génétique à transmission autosomique récessive due à une mutation hypomorphique des gènes RAG 1, RAG 2 et parfois l'ARTEMIS. Notre objectif est de déterminer les éléments anamnestiques et cliniques incitant à y penser pour garantir une prise en charge précoce et adéquate.

Objectifs: décrire les caractéristiques cliniques, biologique et le profil immunologique chez un patient atteint de syndrome d'Omenn

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'un case report d'un nourrisson hospitalisé à l'âge de 1 mois et demi dans notre service en Mai 2022 pour érythrodermie ichtyosiforme.

Résultats:

Nourrisson de sexe féminin adressé par un dermatologue de libre pratique pour érythrodermie ichtyosiforme à l'âge de 1 mois et demi. Elle est issue d'une grossesse bien suivie sans dysgravidies, naissance à terme sans incidents à la période néonatale. Ses parents sont cousins germains. Elle avait une sœur née en 2015 et décédée à l'âge de 1 mois dans un tableau d'état de choc septique réfractaire secondaire à une infection à « Pseudomonas Stutzeri ». L'examen de la fille à l'admission a montré un nourrisson eutrophique pour son âge, apyrétique. Elle avait des lésions eczématiformes au niveau du visage, cuir chevelu et tronc avec une alopécie partielle. Le reste de l'examen était sans particularités. A la biologie, la numération de formule sanguine a montré une hyperéosinophilie à 3990/mm³. Une électrophorèse des protéines a objectivé une hypogammaglobulinémie à 1.4g/l. Devant la notion de consanguinité, le décès en bas âge de la sœur et les lésions cutanées particulières on a suspecté un Syndrome d'Omenn. Le bilan immunitaire réalisé au laboratoire d'immunologie de Pasteur à Tunis a permis de confirmer ce diagnostic. On a alors complété par le dépistage des infections opportunistes : une PCR pneumocystis Jirovecii, l'antigénémie et la sérologie aspergillaire, la recherche de BK par tubage gastrique et la recherche de poliovirus dans les selles revenant toutes négatives. Notre patiente a reçu une perfusion de veinoglobulines à la dose de 0.5g/kg 1j/2 pendant 15 jours initialement puis chaque 3 semaines. Elle était mise sous traitement prophylactique à base de Voriconazole (8mg/kg/j), Aciclovir (10mg/kg/j) et Cotrimoxazole (25mg/Kg/j) par voie orale. La greffe de cellules souches hématopoïétiques est envisagée dans les plus bref délais devant un profil HLA compatible chez sa sœur âgée de 4 ans.

Conclusion:

Le syndrome d'omenn est une entité rare des déficits immunitaires. Etant donné le fort taux de consanguinité dans notre pays, le dépistage néonatal des DICS par la technique de quantification des T-cell receptor excision circles (TRECs) serait certainement de grand apport.

Gastroentérologie ,Nutrition,Hépatologie

P93 - La stéato-hépatite non alcoolique (NASH) chez un enfant diabétique

H. Bouraoui (1), H. Ben Belgacem (1), N. Soyah (1), R. Kebaili (1), S. Ghorbel (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), S. Tilouche (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (1),

Introduction:

L'atteinte hépatique secondaire au diabète la mieux décrite et survenant principalement chez les patients diabétiques de type 2 (DT2) est la NAFLD « Non Alcoholic Fatty Liver Disease ». Ce terme comprend des formes allant de la stéatose simple à la stéato-hépatite non alcoolique « NASH » où il y a non seulement une accumulation de graisse mais également une inflammation des cellules du foie avec le risque de développer une fibrose hépatique, voire une cirrhose. Cette entité a été aussi rapportée chez les diabétiques de type 1 dont l'étiopathogénie reste mal connue.

Objectifs:

Décrire l'association de la Stéato-hépatite non alcoolique (NASH) avec le diabète type I

Matériel et méthodes:

Rapporter l'observation d'un enfant diabétique type 1 qui présente une Stéato-hépatite non alcoolique

Résultats:

Un enfant âgé de 11 ans, diabétique type 1 depuis 4 ans sous analogues d'insuline consulte pour des hypoglycémies récurrentes. L'examen clinique a objectivé une hépatomégalie avec une flèche hépatique à 17 cm. Le bilan hépatique a objectivé une cytolysé 4* la normale sans cholestase ni insuffisance hépatocellulaire. Le bilan lipidique était perturbé avec hypercholestérolémie et une hypertriglycéridémie. Le bilan immunologique est normal et les sérologies des hépatites virales sont négatives. Devant ce tableau clinique, une ponction biopsie hépatique est réalisée dont l'examen anatomopathologique est en faveur d'une NASH avec fibrose portale sans septa et sans signes d'activités. Le FibroScan a montré un score de fibrose à F0F1 et un score de stéatose à S0.

Conclusion:

L'accumulation de graisse au niveau du foie chez les diabétiques de type 1 a longtemps été rapportée. Contrairement au Diabète de type 2, l'étiologie, la prévalence et les conséquences de cette hépatopathie chez les diabétiques de type 1 restent mal comprises. Ainsi devant toute anomalie du bilan hépatique et lipidique chez un diabétique de type 1, il faut penser à la NASH qui peut se compliquer ultérieurement d'une cirrhose.

P94 - Apport de l'endoscopie dans l'ingestion de corps étranger chez l'enfant

A. Lachiheb (1), I. Trabelsi (1), I. Briki (1), M. Ben Romdhane (1), I. Belhadj (1), F. Khalsi (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

Médecine Infantile B - Hôpital d'enfants Bechir Hamza de Tunis (1),

Introduction:

L'ingestion d'un corps étranger (CE) est une pathologie accidentelle fréquente chez l'enfant. Elle survient dans 80% des cas entre l'âge de 6 mois et 3 ans. Si 80% à 90 % de CE ingérés passent spontanément, 10 à 20 % nécessitent des manœuvres non chirurgicales d'extraction.

Objectifs:

Détailler l'apport de l'endoscopie digestive dans le diagnostic et la prise en charge de l'ingestion de corps étranger chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective incluant tous les enfants âgés de moins de 15 ans, hospitalisés au service de Médecine Infantile B de l'hôpital d'enfants de Tunis du 1er Janvier 2016 au 31 Décembre 2021 ayant ingéré un CE.

Résultats:

Nous avons inclus 44 enfants admis pour ingestion de CE dont 26 garçons et 18 filles avec un sexe ratio de 1.4. L'âge moyen était de 4ans 4 mois. 57% des enfants étaient asymptomatiques à l'admission. Chez les autres, la symptomatologie digestive était prédominante (n=19). Le délai moyen de consultation était de 10.8 heures. Les CE étaient majoritairement mousses et corrosifs (75%) représentés par des piles dans 52% des cas et des pièces de monnaie dans 22%. La radiographie thoraco-abdominale réalisée chez tous les patients a objectivé un CE radio-opaque dans 95 % des cas. L'endoscopie digestive à but diagnostique a été indiquée chez les deux patients ayant ingéré un CE radio-transparent. Elle était blanche chez un patient (CE avait migré) et annulée chez l'autre patient car le CE a été expulsée. Le traitement endoscopique a été opté chez 14 patients (31.8% des cas) où le CE était dangereux soit pas sa nature, soit par sa localisation ou par son retentissement clinique. L'endoscopie était extractive dans 5 cas et blanche dans 4 cas (mobilisation secondaire du CE). Dans 5 cas, l'endoscopie a permis de visualiser le CE tronqué dans l'œsophage et de le mobiliser vers l'estomac pour permettre son élimination par voie naturelle. Le délai moyen entre l'admission et l'extraction endoscopique était de 10.6 heures [8 heures et 12 heures]. Les complications ont été notées chez deux malades ; Une liée au CE : ulcération de la muqueuse œsophagienne tout au long du trajet du CE et une liée à l'endoscopie : dyspnée post endoscopie rigide.

Conclusion:

L'ingestion de CE chez l'enfant reste un sujet d'actualité. L'endoscopie représente l'un des piliers de diagnostic et de prise en charge. Son objectif est d'extraire les CE dangereux de par leur localisation ou leur nature. Mais c'est une technique qui n'est pas dénuée de risques. Il faut donc réunir les conditions nécessaires pour que l'extraction soit faite de façon sécurisante.

P95 - La pancréatite aigüe récurrente : penser à l'origine génétique

J. Ben Hfaiedh (1), NH. Gabsi (1), H. Ouarda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), L. Ben Farhat (2), N. Siala (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie hôpital Mongi Slim la Marsa (1), Service de radiologie de l'hôpital Mongi Slim (2)

Introduction:

La pancréatite aigüe récurrente (PAR) est définie par la récurrence d'au moins deux épisodes de pancréatite aigüe séparés d'au moins un mois où le patient est asymptomatique avec disparition de la douleur abdominale normalisation de la lipasémie et de l'amylasémie. Les causes peuvent être obstructives comme le kyste du cholédoque, le pancréas divisum, les infections parasitaires, la mucoviscidose ou non obstructives incluant les génétiques génétiques et auto-immunes.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'un enfant admis au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim, la Marsa pour prise en charge d'une PAR d'origine génétique.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un enfant admis au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim, la Marsa pour prise en charge d'une PAR d'origine génétique.

Résultats:

Il s'agit d'un garçon âgé de 9 ans et 5 mois, aux antécédents familiaux de polypose adénomateuse familiale chez la grand-mère et la tante maternelle, de douleurs abdominales récurrentes chez le père non étiquetées, et aux antécédents personnels d'asthme. L'histoire de la maladie évolue depuis Juin 2021 marquée par la récurrence de deux épisodes de PA caractérisées par la survenue d'épigastries à type de torsion, associées à des vomissements alimentaires sans arrêt des matières et des gaz. Le diagnostic de Pancréatite aigüe était retenu sur l'élévation de la lipasémie à 690UI/l concomitante au premier épisode et à 2010 UI/l au cours du deuxième sans syndrome inflammatoire biologique ni hypergammaglobulinémie, sans perturbation du bilan hépatique et un bilan lipidique normal. Le dosage des IgG4 était normal. L'évolution a été marquée par l'amélioration spontanée de la symptomatologie. L'échographie abdominale a montré un pancréas hypoéchogène hétérogène, légèrement tuméfié dans sa région corporeo-caudale sans lésion ou masse notable, avec des canaux biliaires et pancréatique de calibre normal. L'IRM pancréatique a montré un pancréas de taille normale et de contours réguliers de rehaussement homogène sans lésion décelable et un canal pancréatique principal dilaté, sinueux, d'aspect irrégulier, plus marqué dans sa portion caudale avec des voies biliaires fines. Le test de la sueur était normal. Une étude génétique a montré la présence d'une mutation génique autosomique dominante transmise par le père qui a été adressé au service de chirurgie adulte devant les résultats de l'enquête génétique.

Conclusion:

La PAR est une pathologie rare chez l'enfant. Plusieurs mutations génétiques impliquées dans la pancréatite chronique ou aigue récurrente ont été décrites dans la littérature principalement des gènes CFTR et SPINK1. L'introduction dans la pratique clinique des tests génétiques a nettement facilité l'enquête étiologique.

P96 - Les hépatites auto-immunes : particularités cliniques et thérapeutiques d'une série de 6 cas pédiatriques

I. Briki (1), A. Ben Chehida (1), A. Lachiheb (1), M. Zribi (1), S. Khatrouche (1), M. Sallami (1), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1),

Service de pédiatrie - La Rabta (1),

Introduction:

Les hépatites auto-immunes (HAI) constituent un groupe hétérogène de maladies rares du foie caractérisées par des lésions hépatocytaires nécrotico-inflammatoires et par la présence d'auto-anticorps particuliers. Il s'agit d'une maladie traitable, posant des défis diagnostiques et thérapeutiques à l'âge pédiatrique.

Objectifs:

L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives d'une petite série d'HAI pédiatriques.

Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive portant sur les cas suivis pour HAI au sein du service de pédiatrie la Rabta sur une période de 10 ans de 2010 à 2020.

Résultats:

Nous avons colligé 6 cas. Le sexe ratio était de 1. Trois patients étaient âgés de moins d'un an au moment du diagnostic. Les circonstances de découverte étaient cliniques chez tous les patients, dominées par les douleurs abdominales (n=4) suivies par l'ictère cutanéomuqueux (n=2) et les signes digestifs (n=2). L'examen physique a objectivé une hépatomégalie chez 3 patients et des signes d'HTP chez 4 patients. Sur le plan biologique : tous les patients avaient une cytolysé supérieure à 5 fois la normale ; cinq patients avaient une cholestase à GGT élevées. Une hyper-gammaglobulinémie a été objectivé chez 3 patients. Les sérologies virales étaient négatives chez 5 patients, une infection à CMV était objectivée chez un patient. Le bilan immunologique a objectivé : des anticorps AML positifs (n=5), des AAN positifs (n=2), et des anti-LKM positifs (n=1). Le diagnostic d'HAI était retenu après avoir éliminé les autres étiologies. Aucun patient n'a eu une ponction biopsie du foie. Les autres maladies auto immunes ont été recherchées. Une association avec une anémie hémolytique auto-immune (AHAI) a été objectivée chez 2 patients. Le traitement par corticoïdes était préconisé chez tous les patients ; en monothérapie (n=2) ou en association à l'azathioprine (n=4). Pour les malades traités par bithérapie ; un patient était en rémission complète sans traitement avec un recul de 4 ans. Un autre a récidivé lors de la dégression de la corticothérapie. Les deux derniers ont été perdus de vue. Nous

avons déploré deux décès. Tous les deux dans un tableau de décompensation ascitique avec sepsis à point de départ digestif associé à une hémorragie digestive.

Conclusion:

Notre série illustre la rareté de l'hépatite auto-immune, le problème du diagnostic positif en l'absence de plateau technique pour la biopsie hépatique et les défis thérapeutiques. L'association corticothérapie-immunosuppresseurs est préférée car elle permet de limiter les effets secondaires des corticoïdes à fortes doses. Bien que le traitement semble avoir une efficacité souvent immédiate et spectaculaire, il ne doit pas être arrêté précocement afin d'éviter les rechutes.

P97 - Syndrome de Caroli : à propos d'un cas

A. Nasri (1), S. Khlif (1), S. Lagili (1), H. Ouarda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de pédiatrie et néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),

Introduction:

La maladie de Caroli est une atteinte congénitale rare caractérisée par une dilatation des canaux biliaires intra-hépatiques. Le syndrome de Caroli est le variant le plus fréquent de cette maladie, caractérisé par des dilatations des canaux biliaires en association avec une fibrose hépatique congénitale. Ce syndrome peut être associé à la maladie polykystique rénale autosomique récessive.

Objectifs:

Décrire la présentation clinique et la prise en charge d'un enfant atteint de syndrome de Caroli

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 12 ans atteint du syndrome de Caroli : Fibrose hépatique congénitale avec une polykystose rénale

Résultats:

Il s'agit d'un enfant âgé de 12 ans, sans antécédents familiaux particuliers. L'histoire de sa maladie remonte à l'âge de deux ans devant la découverte fortuite d'une hépatosplénomégalie. Une enquête étiologique a été réalisée : le bilan biologique était normal, le scanner abdominal a montré un foie dysmorphique avec atteinte des voies biliaires, et des reins polykystiques. La bili-IRM a confirmé l'atteinte des voies biliaires intra- hépatique avec mise en évidence d'une dilation micro kystique. Devant les données clinico- biologique et radiologiques, le diagnostic de fibrose hépatique congénitale a été posé. Une étude moléculaire du l'exon 53 du gène PKHD1 avait confirmé le diagnostic de polykystose rénale autosomique récessive dans le cadre du syndrome de Caroli. L'enfant a présenté comme complication plusieurs épisodes d'hémorragie digestive à type d'hématémèse et méléna. La fibroscopie a objectivé la présence de varices œsophagiennes grade III traitées par des ligatures avec une bonne évolution et absence de récurrence.

Conclusion:

Le syndrome de Caroli est une pathologie exceptionnelle chez l'enfant. Le pronostic dépend de la sévérité des épisodes de cholangite, des épisodes d'hémorragie digestive et de l'éventuelle atteinte rénale.

P98 - Le syndrome des vomissements cycliques de l'enfant: Difficultés diagnostiques et de prise en charge

H. Mnasri (1), W. Barbaria (1), A. Bouraoui (1), G. Hanen (1), O. Hammami (1), I. Khamassi (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie- Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte (1),

Introduction:

Le syndrome des vomissements cycliques désigne des vomissements épisodiques sévères entrecoupés d'intervalles sans symptômes. Il s'agit d'une affection mal connue et sous diagnostiquée surtout dans la population pédiatrique.

Objectifs:

L'objectif de notre travail est de préciser les difficultés diagnostiques et de prise en charge du syndrome des vomissements cycliques chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude du dossier médical d'une enfant hospitalisée pour vomissements cycliques

Résultats:

Enfant âgée de 12 ans, hospitalisée pour convulsions. Elle est issue d'un mariage non consanguin, sans antécédents familiaux notables. Elle suivie pour un psoriasis, et a été hospitalisée 10 fois dans notre service, depuis l'âge de 8 ans, pour vomissements incoercibles. L'histoire actuelle est faite de vomissements en jet depuis 2 jours non améliorés par le traitement symptomatique puis elle a présenté une crise convulsive tonico-clonique généralisée durant 10 minutes résolue après administration de diazépam par voie intra rectale aux urgences. A l'examen, elle était en coma post critique avec des pupilles intermédiaires réflexives. Elle avait des cernes oculaires. L'auscultation cardio-respiratoire était sans anomalies. Elle était stable sur le plan hémodynamique. La glycémie au doigt était normale. L'examen des urines à la bandelette a montré une acétonurie ++++ ; glycosurie et protéinurie négatives. A la biologie elle avait une alcalose métabolique avec hyponatrémie profonde à 105 mmol/L et hypokaliémie à 2,45 mmol/L. Le bilan hépatique et pancréatique était sans anomalies. Le dosage des lactates et de l'ammoniémie était normal. La chromatographie des acides aminés et la chromatographie des acides organiques étaient sans anomalies. L'angio-scanner cérébral et abdominal était normal. L'électro encéphalogramme ainsi que la fibroscopie digestive étaient sans anomalies. Le diagnostic génétique de la fièvre méditerranéenne familiale a révélé la présence d'une mutation E148Q à l'état hétérozygote. Le test de la sueur était négatif. Ainsi, devant la récurrence des vomissements incoercibles de façon stéréotypée avec des périodes d'accalmie et devant la négativité du bilan étiologique nous avons retenu le diagnostic du syndrome de vomissements cycliques. Elle a eu une correction des troubles ioniques par voie intra veineuse avec évolution favorable. Actuellement, l'enfant est suivie en pédopsychiatrie. Elle est asymptomatique depuis 6 mois.

Conclusion:

Le syndrome des vomissements cycliques est une affection handicapante. Les complications métaboliques liées aux vomissements peuvent engager le pronostic vital. La récurrence des vomissements peut altérer la vie sociale de l'enfant et de ses parents et être source d'un absentéisme scolaire et professionnel. Une prise en charge précoce multidisciplinaire permet d'améliorer le pronostic.

Néonatalogie

P99 - Syndrome de Goldenhar avec une cardiopathie congénitale : à propos d'un cas

N. Ghabi (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), A. Harbi (1), H. Ben Oun (1), S. Khammari (1), A. Sbouai (1), H. Mejaouel (1),

Service pédiatrie ibn jazarh kairaouan (1),

Introduction:

Le syndrome de Goldenhar est un syndrome malformatif rare , sporadique en rapport avec une anomalie de développement des premiers et deuxièmes arcs branchiaux, qui se caractérise par une asymétrie faciale, une malformation des oreilles et/ou des anomalies des yeux et des vertèbres.

Objectifs:Le but de ce travail est de rapporter un cas clinique sur le syndrome de Goldenhar et d'étudier son morphotype particulier ,l'association à une cardiopathie congénitale avec des infections à répétition.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'un nouveau né de sexe féminin , sans ATCDS familiaux particulier , issue d'un mariage consanguin de 2ème degré , d'une grossesse monofoetale bien suivie ,sérologies TORSch faites sans anomalies , une échographie anténatale montrant une communication interventriculaire ,accouchée à terme avec une bonne adaptation à la vie extra utérine , elle a été hospitalisée pour complément de prise en charge d'un syndrome polymalformatif . A l'examen une asymétrie faciale, une microtie droite avec une agénésie de pavillon droite ,un souffle cardiaque a l'auscultation, un bilan malformatif a été demandé : une échographie transthoracique montrant des multiples communications interventriculaire, une communication interauriculaire avec un canal artériel persistant ; Une échographie abdominale et rénale faite sans anomalies; un caryotype : absence d'anomalies génétiques . Une tomodensitométrie du massif facial objectivant un aspect d'une microsomie crâniofaciale type III de Pruzansky Kaban et une agénésie du conduit auditif externe droit avec l'absence des anomalies des vertébrales cervicales . D'où le diagnostic du syndrome de Goldenhar a été retenu en basant sur les aspects cliniques, la radiologie et les résultats de laboratoire .Une imagerie par résonance magnétique cérébrale faite sans anomalies. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises pour des bronchiolites à répétition et décompensation de sa cardiopathie pour laquelle elle a été opérée à l'âge de 4 mois .Actuellement, elle présente une évolution favorable, un bon développement psychomoteur et sa cardiopathie est bien équilibré sous traitement .

Résultats:

Le syndrome de Goldenhar est une malformation rare sporadique et supposée héréditaire. Des anomalies des chromosomes ont été identifiées dans certains cas dans la littérature . Nous n'avons retrouvé aucun cas similaire dans la famille de notre patient. Certains auteurs ont signalé qu'en dehors de forme classique de syndrome de Goldenhar (atteinte des yeux, oreilles et des vertèbres), il peut s'y associer certaines anomalies notamment : rénales, gastrointestinales , cardiaque , d'une fente labiale et palatine et d'une malformation de l'articulation temporale comme le cas de notre patiente par l'atteinte cardiaque et la malformation de l'articulation temporale. Les différentes anomalies osseuses observées par tomodensitométrie notamment au niveau de la mandibule, de l'os tympanal , de conduit auditif et les anomalies des articulations et les aspects cliniques ont permis de poser le diagnostic de cette entité chez notre patient.

Conclusion:

Le syndrome de Goldenhar est une entité congénitale rare . Son diagnostic est basé principalement sur les aspects cliniques et radiologiques notamment la tomodensitométrie du massif facial . Il peut s'associer à des atteintes cardiaque dans 5 à 58% comme le cas de notre patiente.

P100 - Nouveau-nés proches du terme : morbidité néonatale

Y. Jbeli (1), R. Mezzi (1), H. Amaimia (1), N. Abida (1), I. Ayadi (1), E. Ben Hamida (1),

Service de Néonatalogie Charles Nicolle (1),

Introduction:

La prématurité proches du terme longtemps considérés comme des naissances à terme. En effet, cette population est particulièrement exposée à des risques de morbidité et de mortalité plus élevés

Objectifs: Décrire les caractéristiques épidémiologiques et évaluer la morbidité de la naissance proche terme.

Matériel et méthodes:

Étude descriptive rétrospective menée au service de néonatalogie de l'Hôpital Charles Nicole, sur un an (Juin 2021- Juin 2022). Nous avons inclus toutes les naissances vivantes d'âge gestationnel (AG) entre 36 et 37SA +6jours. Les grossesses multiples et les anomalies congénitales majeures n'étaient pas incluses.

Résultats:

Au total, 407 naissances ont été incluses. Le sexe ratio était de 1,1. Le diabète gestationnel et l'HTAG compliquaient respectivement 45,2% et 13% des grossesses. L'accouchement était par césarienne dans 81,3% des cas, élective dans 16,6% des cas. Le poids de naissance moyen était de 3130g ± 1900g(1890-4060g). Les nouveau-nés étaient hypotrophes dans 8% des cas et présentait un excès de développement intra-utérin dans 13% des cas. La détresse respiratoire néonatale était présente dans 21,1% des cas (81/407). Il y a eu recours à la ventilation invasive dans 9 cas et le recours à une ventilation non invasive dans 23 cas. La détresse respiratoire transitoire était la principale étiologie (73/86), la maladie des membranes hyalines dans 3 cas, une alvéolite infectieuse dans 3 cas, une HTAPP dans un cas. Les complications métaboliques étaient retrouvées dans 11,8% des cas, dominées par

l'hypocalcémie (10,8% des cas). L'ictère était enregistré dans 27% des cas (110/407). La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours +/- 3 jours. . Nous avons colligé 3 décès, soit une mortalité de 0,73%.

Conclusion:

Les nouveau-nés proches du terme sont à risque accru de morbidités néonatales imposant une stratégie de prise en charge spécifique à cette population.

P101 - Facteurs de risque de mortalité chez les grands prématurés dans un service de néonatalogie

S. Mosbah (1), M. Benali (1), R. Mezzi (1), Y. Jbali (1), I. Ayadi (1), E. Ben Hamida (1),

Service de néonatalogie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1),

Introduction:

La prématurité est un véritable problème de santé publique. Elle est à l'origine d'une mortalité significative.

Objectifs:

L'objectif était de déterminer les facteurs de risques de mortalité chez les grands prématurés.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective incluant les grands prématurés d'âge gestationnel (AG) entre 26 et 32 semaines d'aménorrhée (SA) révolues, nés vivants à l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis, sur une période de deux ans (2019-2020).

Résultats:

Nous avons colligé 130 prématurés. L'AG moyen de $29,8 \pm 2$ SA (26-33) et un poids de naissance (PN) moyen de 1363 ± 454 g (510-2525). Le taux de mortalité globale était de 33,1% (43/130). Il s'agissait d'une mortalité précoce dans 15,4% (20/130) et tardive dans 17,7% (23/130). L'âge postnatal médian de décès était de 10 jours (1-122). La principale cause de décès était l'infection liée aux soins (58,5% des cas). L'analyse multivariée a montré qu'un PN inférieur à 1000g (RR=4,43, IC95%=[1,14-17,14], p=0,031); un AG inférieur à 29SA (RR=10,7, IC95%=[2,95-38,9], p=0,001) ; une thrombopénie sévère ($\leq 50000/\text{mm}^3$) (RR=4,08, IC95%=[1,04-16,05], p=0,044) et les troubles hémodynamiques (RR=21, IC95%=[3,58-19,77], p=0,01) étaient des facteurs indépendamment associés à un risque élevé de mortalité chez les grands prématurés.

Conclusion:

Le taux de mortalité était élevé dans notre population. L'infection liée aux soins représentait la principale cause. L'identification des facteurs de risque représente une étape importante dans la conception d'une stratégie préventive.

**P102 - Prévalence de la maladie des membranes hyalines chez les prématurés moyens :
Etude dans le service de néonatalogie de l'Hôpital Charles Nicole**

S. Salah (1), R. Saidane (1), Y. Jbali (1), R. Mezzi (1), I. Ayadi (1), E. Ben Hamida (1),

Service de néonatalogie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1),

Introduction:

La maladie des membranes hyalines (MMH) bien qu'inversement proportionnelle à l'âge gestationnel ; elle est non-exceptionnelle en cas de prématurité moyenne.

Objectifs:

Évaluer la prévalence de la MMH chez les prématurés moyens, étudier son profil épidémiologique.

Matériel et méthodes:

Étude descriptive menée dans le service de néonatalogie de l'Hôpital Charles Nicole sur une période d'un an (1er janvier-31 décembre 2021). Nous avons inclus les nouveau-nés d'âge gestationnel compris entre 32 et 36SA+6j ayant présenté une MMH.

Résultats:

Nous avons colligé 21 cas, le sexe ratio (G/F) était 1,6. L'âge gestationnel moyen était de 34SA±1,2 (32-36S). La prématurité était spontanée dans 61,9% des cas. La corticothérapie anténatale a été reçue dans 33,3% des cas. Le taux de césarienne était de 100%. Le poids de naissance moyen était de 2368g±764 (1200-4400). Le délai de prise en charge moyen était de 43±44,6mn (5 -180). Nous avons eu recours à la ventilation assistance (VA) dans 100% des cas. La durée moyenne de VA était de 4,3±2,8 jours (0 - 9). Recours à la ventilation par oscillation à haute fréquence était dans 23,8 % des cas. Le surfactant exogène a été administré dans 90,5 % des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 15,9± 10 jours (1-48).

Conclusion:

La MMH paraît une entité réelle qui affecte les prématurés moyens. Il s'agit d'une pathologie assez fréquente qu'il faut évoquer pour éviter tout retard de diagnostic et de prise en charge sources de complications.

P103 - Un hématome sous galéal révélant une hémophilie B

M. Benali (1), I. Ayadi (1), M. Ben Romdhane (2), H. Amaimia (1), K. Bousetta (2), E. Ben Hamida (1),

Service de néonatalogie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1), Service de Médecine infantile B, Hôpital d'enfants Béchir Hamza, Tunis, Tunisie (2),

Introduction:

L'hématome sous galéal (HSG) est un traumatisme obstétrical qui se voit plus fréquemment en cas d'accouchement par voie basse instrumentale. Il est associé à une morbi-mortalité significative.

Objectifs:

Nous rapportons une observation d'un patient ayant présenté un HSG inexpliqué révélant une anomalie de l'hémostase sous-jacente.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation d'un patient ayant présenté un HSG inexpliqué révélant une anomalie de l'hémostase sous-jacente.

Résultats:

Garçon M.F, sans antécédents familiaux notables, issu d'une grossesse non compliquée de dysgravidies, né à un terme de 40 SA+2j par voie césarienne pour stagnation de la dilatation avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. Le poids de naissance était de 4610g. Il a présenté à H44 de vie un HSG pariéto-temporal droit avec extension aux oreilles et à la mastoïde droite associé à une pâleur, un ictère et une augmentation de périmètre crânien de 1 cm. La biologie a montré une anémie à 7,5 g/dl avec un taux normal de plaquettes et un bilan d'hémostase (TP-TCA) normal. Il a nécessité deux transfusions sanguines devant la mauvaise tolérance de l'anémie et une photothérapie intensive avec une évolution favorable permettant la sortie à J13 de vie. M.F a présenté, à l'âge de trois mois, un état de mal convulsif à type de convulsions cloniques hémicorporelles droites dans un contexte fébrile. Le bilan infectieux et métabolique était sans anomalies. L'imagerie cérébrale a montré un hématome sous dural aigu hémisphérique gauche étendu avec une hémorragie méningée. Le bilan d'hémostase a montré un TCA allongé avec un facteur IX à 5% confirmant le diagnostic d'hémophilie B dans sa forme modérée. L'évolution était favorable sous traitement symptomatique et supplémentation en facteur IX.

Conclusion:

Notre observation montre que l'HSG peut être la première manifestation de l'hémophilie B dès la période néonatale. Un bilan d'hémostase normal et l'absence d'histoire familiale ne doivent pas éliminer le diagnostic. Un dosage des facteurs de coagulation s'impose devant tout syndrome hémorragique néonatal sévère et/ou inexpliqué.

Endocrinologie

P104 - Une dysgénésie gonadique partielle 46 XY : à propos d'un cas

H. Hammami (1), H. Hrizi (1), C. Bouassida (1), R. Guedri (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1), S. Ben Becher (1),

Service de Pédiatrie urgences et consultation Hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

La dysgénésie gonadique (DG) partielle à 46,XY est une anomalie du développement sexuel (DSD) associée à un développement anormal des gonades qui se traduit par une ambiguïté génitale de degré variable alors que le caryotype est masculin 46,XY.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques d'une dysgénésie gonadique partielle XY.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né admis dans notre service de pédiatrie urgences et consultations à l'hôpital d'enfants de Tunis à J6 de vie pour complément de prise en charge d'une anomalie du développement sexuel.

Résultats:

Sur le plan clinique, il était eutrophique pour le terme, il n'avait pas de dysmorphie faciale, une anomalie du développement des organes génitaux externes stade 3 de Prader, associant un bourgeon génital de 1,5 cm de circonférence réduite, des bourrelets génitaux hyperpigmentés striés non fusionnés sur toute la longueur scrotalisés, les gonades n'étaient pas palpables dans les bourrelets. Il avait un seul orifice urinaire et génital. Les explorations biologiques ont trouvé une hormone anti-mullérienne (AMH) basse à 12 ng/ml avec une testostéronémie normale à 0,36 ng/ml et un caryotype 46,XY. Morphologiquement il avait, à l'échographie pelvienne, deux hernies inguinales bilatérales à collet étroit contenant de façon intermittente des gonades. Pas de structure utérine identifiable. A la génitographie, on a noté la présence d'un urètre long de type masculin, une cavité retrovésicale s'abouchant à la jonction entre les portions verticale et horizontale de l'urètre compatible avec une cavité mullérienne. Pas d'opacification d'une cavité utérine. Donc, la prise en charge est multidisciplinaire : il a été mis sous androtardyl 50 mg : deux injections à 3 semaines d'intervalle et il est candidat pour une chirurgie réparatrice au service de chirurgie pédiatrique. Aussi, une prise en charge psychologique des parents est assez bénéfique afin de soulager leur souffrance, les aider à accepter la maladie et donc les impliquer dans cette prise en charge lourde.

Conclusion:

Il existe trois types de dysgénésie gonadique 46XY : pure, partielle ou mixte. Les 3 types se distinguent par le degré de tissu testiculaire normal dans la gonade et par le caryotype. La cause la plus fréquente d'une dysgénésie gonadique partielle est une perte accidentelle du gène SRY.

P105 - Infantile Iatrogenic Cushing Syndrome due to Overuse of Topical Steroid: case reports and review of the literature

C. Bouassida (1), L. Essaddam (1),

Service de Pédiatrie Urgences Consultations Externes - Hôpital d'Enfants de Tunis (1),

Introduction:

In the paediatric age group, Cushing syndrome is very rare. It is estimated to occur in about 2–5 new cases per million individual per year. The vast majority of these cases are iatrogenic. The most common cause of endogenous Cushing syndrome in preschool children is adrenal pathology such as hyperplasia, adenoma, or carcinoma. Pituitary or ectopic causes are rare in this age group. On the other hand, iatrogenic (or exogenous) Cushing syndrome constitutes the vast majority of cases of Cushing syndrome among young children due to the high prevalence of diseases that require chronic use of corticosteroids such as bronchial asthma, pulmonary diseases, haematological, renal, or dermatological diseases. Although topical corticosteroids are used for a wide variety of skin disorders, systemic absorption of these drugs may produce reversible hypothalamic-pituitary adrenal (HPA) axis suppression, and manifestations of Cushing's syndrome in some patients. Corticosteroids are divided into four groups with respect to clinical potency according to the United States Pharmacopeia USP. Only those labelled as low potency are acceptable for chronic use in infants and young children. High-potency local steroids are used primarily as an alternative to the systemic corticosteroids, although local absorption of these products may lead to severe systemic effects. One can diagnose Cushing syndrome of the exogenous type based on the clinical presentation of the classic signs of Cushing syndrome (weight gain, moon-shaped face, purple stretch marks on the arms, abdomen, and thighs, acne, muscle weakness) with the confirmation of a decreased 8:00 am basal cortisol level.

Objectifs: To study the characteristics of infants and children presenting with iatrogenic Cushing's Syndrome due to the overuse of topical steroid.

Matériel et méthodes:

We report 3 cases of children consulting for recent Cushing Syndrome, with a common history of using topical steroid creams to treat dermal diseases. The clinical presentation and corticosteroid hormonal assays (adrenocorticotropic hormone (ACTH) and basal cortisol) are studied.

Résultats:

We report the cases of 3 girls aged 15 months, 2 years 4 months and 4 years 10 months, consulting for a recent gain weight. In the clinical history, the incorrect use of topical steroid creams prescribed for dermal diseases such as psoriasis (2 cases) and nappy rash (1 case) for more than 3 months is reported. All of the cases presented with Cushing Syndrome including obesity, moon face and hirsutism. 2 cases had abdominal stretch marks and acne. Endocrinological work-up revealed, for 2 cases, undetectable levels of basal adrenocorticotropic hormone (ACTH), basal cortisol, confirming the diagnosis of iatrogenic Cushing syndrome. One case showed normal levels.

Conclusion:

Cushing's syndrome can be caused by overuse of topical steroid, as seen in the treatment of common skin diseases, correctly prescribed, but improperly used. The education of parents is a must, while prescribing these medications.

P106 - Masse thyroïdienne : Apport des images radiologiques dans la démarche diagnostique

O. Sboui (1), M. Rebhi (1), R. Amdouni (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1),

Introduction:

L'examen de la glande thyroïde fait partie de l'examen clinique systématique de l'enfant. En effet l'augmentation du volume de la glande peut être la manifestation principale d'une pathologie qui peut rester inaperçue.

Objectifs:

Décrire l'approche diagnostique et étiologique devant une tuméfaction thyroïdienne chez l'enfant tout en soulignant l'apport de l'imagerie dans la décision thérapeutique.

Matériel et méthodes:

A propos de un cas

Résultats:

Enfant E âgée de 5 ans, sans antécédents, admise pour prise en charge d'une tuméfaction thyroïdienne dans un contexte fébrile. L'histoire de la maladie remonte à une semaine marquée par l'apparition d'un syndrome grippal avec une automédication par des antipyrétiques, des anti-inflammatoires et une antibiothérapie non précisée. L'examen clinique a trouvé une patiente fébrile à 38,9 avec une tachycardie à 125 battements par minute et une tuméfaction douloureuse du lobe droit de la glande thyroïde sans signes inflammatoires en regard avec des adénopathies cervicales bilatérales. La numération de la formule sanguine a montré une hyperleucocytose avec formule panachée et une monocytose. La biologie a révélé un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 86) avec une hyperthyroïdie (FT4 à 39.3 pmol/l, TSH à 0.04uUi/ml). La conduite était de mettre la patiente sous bétabloquant: 1mg/kg/j et d'entamer l'enquête étiologique. Une échographie cervicale a conclu à une hypertrophie du lobe droit de la thyroïde d'écho-structure hypo-échogène hétérogène avec hyperhémie au Doppler évoquant le diagnostic d'une thyroïdite granulomateuse subaiguë de De Quervain, mais les sérologies virales (EBV, CMV, SARS COV2) étaient négatives. Nous avons éliminé une thyroïdite d'Hashimoto par l'absence des anticorps anti-thyroperoxydase et anti thyroglobuline. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre et une aggravation du syndrome inflammatoire biologique (CRP à 170) avec une hyperleucocytose à prédominance neutrophiles. Nous avons complété par un scanner cervical ayant montré une collection multiloculée latéro-cervicale droite à extension para-pharyngée, responsable d'un effet de masse sur la filière aéro-digestive évoquant un abcès thyroïdien. La patiente a été mise sous Céfotaxime pendant 20 jours avec une bonne évolution clinico-biologique et radiologique sans recours à la chirurgie ni à la cyto-ponction. Le bilan thyroïdien s'est normalisé au bout de 50 jours.

Conclusion:

Les thyroïdites représentent un vaste ensemble de pathologies thyroïdiennes, elles sont liées à des étiologies aussi bien inflammatoires qu'infectieuses. L'abcès thyroïdien est une entité très rare mais qui peut survenir sur une thyroïdite lymphocytaire. L'imagerie apporte un intérêt important qui influe la prise en charge thérapeutique.

P107 - Sitostérolémie : à propos d'un cas

H. Gandouz (1), S. Khlif (1), S. Mosbah (1), H. Ouarda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de pédiatrie et néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),

Introduction:

La sitostérolémie, ou phytostérolémie, est une maladie rare due à la dysrégulation de l'absorption du cholestérol avec accumulation des stérols végétaux dans le sang et les tissus. Les patients présentent une variabilité phénotypique : de sujets totalement asymptomatiques à d'autres avec atteintes multiples : cutanées, cardiovasculaires, articulaires, hématologiques ... Les symptômes sont dus essentiellement aux dépôts lipidiques en intra et extravasculaire

Objectifs:

Décrire la présentation clinique et la prise en charge d'un enfant atteint de sitostérolémie

Matériel et méthodes:

Étude d'un cas de sitostérolémie qui a été pris en charge au service de pédiatrie et néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Résultats:

Il s'agit de l'enfant Z.H âgé de 12 ans, issu d'un mariage consanguin du 2ème degré, aux antécédents familiaux riches: sœur décédée à l'âge de 19 ans dans le contexte d'un lupus érythémateux systémique compliqué d'une myélofibrose avec pancytopénie fébrile et qui avait par ailleurs une hypercholestérolémie non explorée. Un cousin paternel suivi pour hypercholestérolémie familiale découverte à l'âge de 20 ans suite à la survenue d'un infarctus du myocarde. L'enfant consulte pour une tuméfaction au niveau du genou gauche évoluant depuis 10 jours. A l'examen, il avait un bon état général avec une bonne croissance staturo-pondérale. Au niveau cutané, il avait des xanthes tubéreux au niveau des deux coudes. Un gérotoxone a été objectivé au niveau du segment antérieur des deux yeux. Au niveau articulaire, il avait un épanchement minime au niveau du genou gauche, non douloureux à la palpation, sans signes inflammatoires en regard. L'hémogramme a montré une thrombopénie à 84000/mm³ avec volume plaquettaire moyen élevé à 16,2 fl. Le frottis sanguin a révélé des stomatocytes et nous avons noté une hypercholestérolémie à 11,1 mmol/l. Les autres lignées sanguines et le taux des triglycérides étaient normaux. Le diagnostic de sitostérolémie a été évoqué devant l'association de signes cliniques et para-cliniques d'hypercholestérolémie et d'une macro-thrombopénie. Par ailleurs, l'ECG et l'échographie cardiaque ont éliminé l'atteinte cardiovasculaire. La biologie moléculaire a confirmé notre diagnostic en trouvant une mutation homozygote du génotype causal de sitostérolémie au locus ABCG8. Le patient a été mis sous cholestyramine, Ezetimibe (inhibiteur d'absorption de phytostérols) et un régime alimentaire pauvre en stérols végétaux

Conclusion:

La sitostérolémie est une maladie génétique rare, à transmission autosomique récessive responsable d'accidents cardiovasculaires précoces et grave. Il faut l'évoquer devant les signes précoces d'hypercholestérolémie. La gravité des complications, dont la survenue d'IDM, fait toute l'importance de son diagnostic précoce et la prise en charge adéquate

P108 - Prise en charge de l'hyperinsulinisme congénital chez l'enfant : à propos de 15 cas

A. Lachiheb (1), A. Ben Chehida (1), I. Briki (1), S. Khatrouch (1), M. Zribi (1), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1),

Service de Pédiatrie – Hôpital La Rabta (1),

Introduction:

L'hyperinsulinisme congénital est la cause la plus fréquente d'hypoglycémie persistante chez l'enfant. Le diazoxide est le traitement de première intention, mais les cas les plus graves peuvent nécessiter d'autres alternatives thérapeutiques allant jusqu'à la pancréatectomie totale.

Objectifs:

Décrire les différentes modalités thérapeutiques dans la prise en charge de l'hyperinsulinisme congénital dans un service de pédiatrie et de maladies héréditaires du métabolisme.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective menée au service de pédiatrie la Rabta durant la période allant du mois de Septembre 2009 au mois d'Aout 2020 incluant les enfants présentant un hyperinsulinisme congénital confirmé par un dosage de l'insulinémie qui était anormalement normale ou élevée au moment de l'hypoglycémie.

Résultats:

Nous avons inclus 15 enfants (11 filles et 4 garçons), âgés en moyenne de 8.7 mois [5j – 6 ans] au moment du diagnostic. L'histoire familiale a révélé une consanguinité dans 6 cas et des antécédents familiaux particuliers dans 7 cas (hyperinsulinisme confirmé dans 3 cas, pancréatectomie dans un cas, décès en bas âge dans 5 cas et encéphalopathie dans 3 cas). L'histoire personnelle a relevé une macrosomie néonatale dans 6 cas et des convulsions dans 12 cas. Les circonstances de découverte étaient des convulsions (12 cas) associées ou non à des hypoglycémies (14 cas). A l'examen, 8 enfants avaient une obésité. Nous n'avons pas noté une hépatomégalie ou une acétonurie. L'étude génétique a été réalisée chez 2 patients : aucune mutation n'a été identifiée au niveau des gènes étudiés. La prise en charge thérapeutique a nécessité le recours à des débits glucidiques importants allant de 10mg/kg/min à 22mg/kg/min avec des problèmes de tolérance digestives et le recours au cathétérisme veineux central dans 3 cas. Le recours aux médicaments a été nécessaire dans 14 cas associant de façon variable : le diazoxide (14 cas), la sandostatine (2 cas), le glucagon (5 cas) et la nifédipine (10 cas dont 6 résistants au diazoxide). Dans les formes résistantes au diazoxide, 3 patients ont bien répondu à la nifédipine. Une pancréatectomie totale a été réalisée chez deux patients qui ont gardé comme séquelles un diabète insulino-dépendant et une insuffisance pancréatique exocrine. Le troisième patient est décédé avant la chirurgie par une infection nosocomiale sur cathéter central.

Conclusion:

Notre série illustre les difficultés de la prise en charge des hyperinsulinismes et attire l'attention sur l'apport de la nifédipine comme traitement de deuxième ligne, en cas de non disponibilité ou de résistance au diazoxide. La pancréatectomie doit être réservée aux formes résistantes au traitement médical.

P109 - Un cas rare de syndrome d'Allgrove associé à un déficit en hormone de croissance

I. Belhaj Salah (1), Z. Khlayfia (1), S. Laajili (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),

Introduction:

Le syndrome triple A (ou Allgrove) est une maladie multisystémique très rare à transmission autosomique récessive caractérisée par une insuffisance surrénalienne, une achalasie et une alacrymie dans les formes typiques. Le traitement repose principalement sur l'hydrocortisone dont la posologie doit être bien adaptée pour éviter à la fois le risque d'insuffisance surrénalienne et de surdosage source de complications et de retentissement particulièrement sur la croissance. L'association de cette maladie avec un déficit en GH est inédite et n'a été décrite que très rarement dans la littérature.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'un enfant présentant une forme particulière du syndrome des 3 A associée à un déficit en GH.

Matériel et méthodes:

Observation rare de syndrome des 3 A associé à un déficit en GH diagnostiquée et suivie au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa

Résultats:

Enfant âgé de 14 ans, issu d'un mariage non consanguin, suivi dans notre service depuis l'âge de 6 ans pour un syndrome des 3 A découvert devant une dysphagie suivie d'une alacrymie et d'une insuffisance surrénalienne. Il a eu une myotomie de Heller et a été mis sous hydrocortisone à la (14 mg/m²) et larmes artificielles. L'observance du traitement et l'évolution initiale étaient bonnes. L'évolution ultérieure était marquée par une stagnation staturo-pondérale puis une cassure de la courbe de croissance à l'âge de 12 ans sans trouble du transit. L'examen clinique était normal et n'a pas montré de signes d'hypercorticisme. Devant le retard de l'âge osseux (10 ans), un bilan étiologique a été demandé (bilan rénal, sérologie de la maladie coéliqua, bilan thyroïdien...) et était négatif. Un dosage de l'IGF1 bas et 2 tests de provocation de la GH ont confirmé ainsi le diagnostic de déficit en hormone de croissance. L'IRM cérébrale centrée sur la zone hypothalamo-hypophysaire était normale. L'enfant a été mis sous hormonothérapie substitutive avec une prise de taille de 12 cm/an.

Conclusion:

Devant tout enfant suivi pour syndrome des 3A qui présente une cassure de la courbe staturale, une enquête étiologique complète et minutieuse doit être réalisée après avoir éliminé en premier lieu un surdosage en glucocorticoïdes.

P110 - Quand l'immunité s'emballe !

J. Abid (1), Z. Khlayfia (1), H. Gandouz (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),

Introduction:

Les maladies auto-immunes sont des pathologies résultant d'un dysfonctionnement du système immunitaire conduisant à des atteintes systémiques. En pédiatrie comme chez l'adulte, le diagnostic clinique de ce type de pathologies peut se révéler difficile et nécessite des examens complémentaires tels que le dosage d'auto-anticorps sériques. La prise en charge est pluridisciplinaire. Elle impose un diagnostic et un traitement précoces afin d'assurer un meilleur contrôle de l'inflammation et d'éviter la morbi-mortalité associée.

Objectifs:

Décrire les particularités cliniques et évolutives d'un enfant présentant une association de plusieurs maladies auto-immunes.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'une fille suivie au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa pour Diabète de type 1 (DT1) associée à une maladie cœliaque, une maladie de Basedow et une arthrite juvénile idiopathique (AJI).

Résultats:

Patiente âgée actuellement de 16 ans, issue d'un mariage non consanguin, aux antécédents familiaux d'auto-immunités : père diabétique (type 1) sous insuline depuis l'âge de 35 ans, mère atteinte d'une hypothyroïdie sous traitement substitutif depuis l'âge de 23 ans, sœur aînée diabétique (type 1) depuis l'âge de 11 ans et frère aîné suivi pour arthrite juvénile idiopathique (AJI). La patiente a été hospitalisée pour la première fois à l'âge de 10 mois dans le service pour exploration d'une diarrhée chronique avec dénutrition en rapport avec une maladie cœliaque pour laquelle elle a été mise sous régime sans gluten. A l'âge de 8 ans, elle a été hospitalisée pour polyarthrites dans un contexte de fièvre prolongée. Le diagnostic d'AJI a été posé et la patiente a été mise sous Arava® et Methothrexate® pendant un 1 an puis sous Embrel®. La patiente a ensuite été hospitalisée à l'âge de 10 ans pour exploration d'un syndrome polyuro-polydipsique en rapport avec un diabète type 1 et a été mise sous insuline et régime diabétique. Les autos anticorps du diabète (Ac antiGAD et Ac anti-Ilots de Langerhans) étaient positifs. Elle a été suivie régulièrement avec dépistage régulier de la dysthyroïdie. L'évolution a été marquée par la survenue à l'âge de 14 ans de palpitations, d'amaigrissement, de déséquilibre de son diabète et de changement du comportement (hyper nervosité et d'impulsivité). A l'examen, elle était tachycarde et avait un goitre sans exophtalmie. Une hyperthyroïdie a été fortement suspectée et le

bilan thyroïdien a montré un taux de FT4 élevé et une TSH effondrée. L'échographie cervicale a montré un goitre hétérogène hyper vasculaire et le dosage d'auto-anticorps thyroïdien a montré un taux très élevé d'auto-anticorps : anti TPO, anti-TG et d'anti récepteur de la TSH. Le diagnostic de maladie de Basedow a été retenu et la patiente a été mise sous Avlocardyl® (à la phase initiale) et Throzole® avec bonne évolution clinico-biologique.

Conclusion:

Le DT1, la maladie cœliaque et les dysthyroïdies restent les maladies auto-immunes les plus fréquentes en pédiatrie. Devant chacune de ces maladies, la prise en charge nécessite un suivi rapproché et un dépistage régulier des autres manifestations auto-immunes qui peuvent se surajouter notamment lorsqu'il existe un terrain familial d'auto-immunité.

P111 - Hyperthyroïdie de l'enfant : Des phénotypes hétérogènes illustrés par 4 observations

G. Chtioui (1), A. Ben Chehida (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), Z. Najjar (1), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1),

Service de pédiatrie et de maladies métaboliques la Rabta, Tunis (1),

Introduction:

L'hyperthyroïdie de l'enfant est rare. Elle est souvent causée par la maladie de Graves-Basedow, caractérisée essentiellement par l'atteinte ophtalmologique. L'hyperthyroïdie peut être isolée ou rentrer dans le cadre d'une atteinte endocrinienne associée à un syndrome génétique.

Objectifs:

décrire les phénotypes clinico-biologiques de 4 observations d'hyperthyroïdies

Matériel et méthodes:

étude descriptive de 4 observations d'hyperthyroïdie colligées dans le service de pédiatrie CHU La Rabta entre 2010 et 2022.

Résultats:

Il s'agit de 4 patients, dont 3 de sexe féminin (P1, P3 et P4). L'âge au moment du diagnostic était entre 4 et 13 ans. L'histoire familiale a révélé une auto immunité familiale dans un cas (P4) et une glycogénose type 1a dans la fratrie dans un autre cas (P1). L'hyperthyroïdie a été découverte fortuitement à un stade pré-symptomatique dans un cas (P2), au cours de la surveillance d'un syndrome de Mac Cune Albright diagnostiqué à l'âge de 3 ans devant une fracture pathologique secondaire à une dysplasie fibreuse multifocale, associée à des taches café au lait à bords déchiquetés et une atteinte hépatique. Dans les autres cas, l'étiologie de l'hyperthyroïdie était la maladie de Basedow. Les circonstances de découverte étaient l'exophtalmie (patiente P1 et patiente P4 : suivie depuis la naissance pour des mains et des pieds bots avec un retard statural), une tachycardie sinusale inexplicée (patiente P3 hospitalisée pour une fièvre prolongée en rapport avec une brucellose). A l'examen initial, la croissance était normale dans 3 cas, la tachycardie était constante, l'exophtalmie

était présente et bilatérale dans 3 cas, le goitre palpé dans 2 cas, une agitation motrice dans 2 cas et un amaigrissement dans un seul cas. Le bilan immunologique a montré des anticorps anti thyroperoxydase dans 2 cas et anti récepteur TSH dans un seul cas. L'échographie a mis en évidence un aspect de thyroïdite dans 3 cas et un goitre nodulaire dans un cas. La scintigraphie faite dans 2 cas a montré un aspect évoquant une maladie de Basedow. Tous les patients ont été mis sous bêtabloquants et anti-thyroïdiens de synthèse avec une normalisation du bilan dans les 3 à 8 mois du traitement. Pour le retentissement de la maladie, l'orthopathie dysthyroïdienne était présente chez 2 enfants, la cardiomyopathie dans un seul cas. La rémission était obtenue chez une seule patiente après 9 ans de recul.

Conclusion:

Notre série illustre le large spectre des symptômes de l'hyperthyroïdie, allant des formes asymptomatiques dépistées sur un terrain de risque à des formes graves avec un retentissement psychosomatique et/ou cardiaques. Ceci justifie la nécessité d'évoquer le diagnostic sur des signes frustes (exophtalmie, tachycardie, goitre, amaigrissement) afin d'instaurer une prise en charge et une surveillance adéquates.

P112 - Hypopituitarisme chez l'enfant: Mode révélation

I. Nasr (1), A. Marzouk (1), O. Mzoughi (1), R. Thabti (1), S. Ben Hssine (1), A. Bouaziz (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital régional de Ben Arous- Tunis (1),

Introduction:

L'hypopituitarisme congénital est une pathologie rare chez l'enfant. L'absence des manifestations cliniques spécifiques est responsable parfois d'un retard de diagnostic et de prise en charge de cette pathologie.

Objectifs:

Étudier les modes de révélation et les caractéristiques clinico-biologiques de l'hypopituitarisme chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive à propos de 5 enfants présentant un hypopituitarisme diagnostiqué au Service de pédiatrie de l'hôpital régional de Ben Arous- Tunis.

Résultats:

Le sexe ratio H/F était (2/3), nés tous à terme, eutrophiques avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine et un examen néonatale sans particularités. La consanguinité est retrouvée chez 3 patients. Les principaux antécédents étaient un hypopituitarisme dans la fratrie (1), un décès en bas âge d'étiologie inconnue (2), d'épilepsie maladie(1), un retard mental (1), des atteintes neuroendocrines multiples dans la famille (1). L'âge moyen de découverte du 1er déficit était de 8 ans (4-11 ans). L'axe somatotrope était le premier axe touché chez tous les patients. Le déficit en GH a été confirmé par: le test au glucagon (3 patients) ou par le dosage de GH au moment d'une hypoglycémie sévère (2

patients). Le déficit en GH était complet chez tous les patients avec un taux moyen lors d'une hypoglycémie à 2.75ng/ml. Le dosage de l'IGF était bas par rapport à l'âge chez tous les patients avec une moyenne à 52 ng/ml. L'axe corticotrope était le deuxième axe objectivé. Le déficit en ACTH était confirmé par le dosage de la corticostimuline et la cortisolémie concomitante à l'occasion de: hypoglycémies sévères récidivantes (2) , hypoglycémie chez un enfant diabétique non liée à son insulinothérapie. Le dosage hormonal au moment de l'hypoglycémie a révélé un déficit corticotrope avec une cortisolémie basse (moyenne de 32.7nmol/ml) et une corticostimuline basse chez trois patients (moyenne à 4ng/ml) ou à une réponse inappropriée de l'ACTH dans 2 cas. Un enfant a présenté un retard pubertaire à l'âge de 17 ans qualifié selon la classification Tanner SOP0 avec absence d'activation de l'axe gonadotrope (FSH=0.9 mUI/ml,LH=0.87mUI/ml).Une patiente a présenté un déficit thyroïdienne dépisté systématiquement lors du contrôle du bilan hypophysaire après le diagnostic du déficit corticotrope et somatotrope. L'imagerie par résonance magnétique était normale chez tous les patients.

Conclusion:

L'hypopituitarisme est une pathologie rare. Le retard staturo-pondéral et l'hypoglycémie sont les signes cliniques les plus fréquents. Toute atteinte de l'un des axes hypothalamo- hypophysaire nécessite l'exploration des autres axes à la recherche d'un hypopituitarisme.

P113 - Le syndrome de Stevens-Johnson : à propos d'un cas.

G. Messaoudi (1), A. Marzouk (1), R. Thabti (1), F. Friha (1), I. Nasr (1), O. Mzoughi (1), S. Benhassine (1), A. Bouaziz (1),

Service de Pédiatrie et de néonatalogie hôpital régional ben Arous. (1),

Introduction:

Le syndrome de Stevens-Johnson et la nécrolyse épidermique toxique sont des réactions cutanées grave et rare.la forme pédiatrique est rare. Les étiologies les plus fréquentes sont les causes médicamenteuses et infectieuses mais d'autres causes peuvent être rencontrées : le lupus érythémateux systémique, la sarcoïdose et certains néoplasies.

Objectifs:

Faire le point sur un cas de Stevens-Johnson pédiatrique compliqué d'une insuffisance respiratoire aiguë.

Matériel et méthodes:

faire une étude rétrospective d'un cas pédiatrique de Stevens-Johnson présentation clinique et évolution.

Résultats:

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 1ans et 11 mois, sans antécédents pathologiques notables, admis dans notre service pour une éruption maculeuse fébrile ayant débuté au niveau du visage avec une extension rapide atteignant le tronc, les membres, n'épargnant pas les paumes et les plantes

squameuse avec quelques images en cocarde, associées à une chéilite et une pharyngite, d'aggravation progressive. A noter une automédication par macrolide (azithromycine), AINS (ibuprofène), éosine et antiseptique (irgasan), 48h avant son admission. Le reste de l'examen physique était sans particularités. Le bilan biologique montre une hyperleucocytose à prédominance neutrophile élévation de la CRP ni De la VS. L'enfant a été mis sous antihistaminique et les diagnostics discuté été la virose ou l'urticaire aigue Il a présenté à j2 d'hospitalisation une dyspnée au deux temps avec un œdème généralisé et extension des lésions il a été mis sous corticothérapie et nébulisations de budésonide et adrénaline. Vu l'aggravation progressive de l'état respiratoire ; l'enfant a été transféré à j4 de prise en charge en réanimation polyvalente où il a été mis sous lunette nasale à haut débit. Une échographie pulmonaire a été faite montrant un épanchement droit minime. L'ETT a été sans anomalie. Les sérologie virales été faite en cours. Une biopsie cutanée a été faite montrant des aspects histologiques en faveur d'un syndrome de Stevens Johnson. Un sevrage respiratoire a été fait au bout de 48h. Une amélioration progressive de l'état local sous émollient et corticostéroïde local. L'enquête pharmacologique est en cours. Un examen ophtalmologique est prévu.

Conclusion:

Le syndrome de Stevens Johnson est un syndrome rare chez l'enfant qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Les complications sont essentiellement pulmonaires et ophtalmologiques. Un dépistage systématique des complications même dans les formes mineures serait nécessaire.

P114 - L'hormone de croissance et le retard staturo-pondéral syndromique

G. Messaoudi (1), A. Marzouk (1), I. Nasr (1), R. Thabti (1), O. Mzoughi (1), S. Benhassine (1), F. Friha (1), A. Bouaziz (1),

Service de Pédiatrie et de néonatalogie hôpital régional ben Arous. (1),

Introduction:

L'hormone de croissance (GH) est une hormone peptique qui favorise la croissance linéaire chez l'enfant. Elle a prouvé son efficacité dans les déficits en GH primaire et son intérêt reste controversé chez les enfants souffrant d'un retard staturo-pondéral syndromique.

Objectifs:

L'intérêt du traitement substitutif par GH dans les retards staturo-pondérales (RSP) syndromiques.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive de l'évolution de six enfants traités par hormone de croissance dans le cadre d'un RSP faisant parti de trois syndromes cliniques dont un kabuki ; une Turnérienne et quatre Léopard.

Résultats:

Deux enfants sont issus de parents consanguins. L'âge moyen de découverte est de 68.5 mois extrême [6mois ; 98mois] avec un sex ratio de 0.66. Les circonstances de découverte de ses syndromes étaient un RSP (5 cas) ; une infection urinaire (1 cas kabuki). L'examen clinique notait une taille moyenne < -

2.3 DS ; un poids < -2.1DS. Le retard osseux moyen estimait de 3.55 ans pour un âge moyen de 7.66. La recherche d'un déficit en GH était faite par un test de stimulation au glucagon chez (5 cas) montrant : un déficit total (3 cas) et un déficit partiel (2 cas) sans atteinte des autres axes. Le RSP syndromique estimait de 0.26% du nombre total du déficit en GH colligé à l'échelle de notre service. L'imagerie cérébrale par résonance magnétique a objectivée : une agénésie du corps calleux (1 cas) ; atrophie du corps calleux (2 cas) ; hypotrophie hypophysaire (1 cas). Tous les patients ont été mis sous somatotropine(HHT) avec une dose moyenne de 0.04mg/kg/j [0.035-0.06mg]. Les injections étaient assurées par les parents chez tous les enfants. Tous les parents ont eu une séance d'éducation thérapeutique personnalisée. Le gain statural moyen était de 8.1 centimètres par an. La surveillance clinique et biologique faites n'a pas objectivé d'effets indésirables liés à HHT hormis la douleur au site de l'injection. Par ailleurs, la surveillance spécifique liée aux syndromes décrits n'a pas noté d'aggravation des signes cliniques des patients. Une mal observance a été notée chez tous les patients soit par indisponibilité du traitement liée à leur carnet de soins (5) soit par non adhérence (1).

Conclusion:

L'instauration d'un traitement par GH semble être efficace chez les patients atteints de kabuki ; léopard et Turner. Ce traitement permettrait d'améliorer l'avance staturale. Une surveillance multidisciplinaire personnalisée reste nécessaire pour dépister une éventuelle complication liée à l'interaction de la GH avec les signes spécifiques des syndromes.

Urgence et Réanimation

P115 - Les aspects épidémiologiques des intoxications médicamenteuses aiguës de l'enfant.

C. Kalboussi (1), H. Landolsi (1), R. Thabti (1), S. Laarif (1), I. Nasr (1), S. Benhssine (1), O. Mzoughi (1), F. Friha (1), A. Marzouk (1), A. Bouaziz (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital régional de Ben Arous (1),

Introduction:

Les intoxications médicamenteuses aiguës de l'enfant constituent un problème de santé publique et une cause fréquente d'admission dans les services de pédiatrie.

Objectifs:

Établir le profil épidémiologique des intoxications médicamenteuses aiguës de l'enfant, leurs caractéristiques cliniques, ainsi que leurs prise en charge thérapeutiques.

Matériel et méthodes:

Etude transversale rétrospective menée au service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital régional de Ben Arous, étendue sur une période de 2 ans [Janvier 2020-Décembre 2021].

Résultats:

Nous avons colligé 34 cas, soit 0.8% des admissions, avec une nette prédominance masculine : un Sex ratio de 1.6. Selon les tranches d'âge définies par l'OMS, 64.7% des patients appartenait à la catégorie dite 'Bébé marcheur'. Dans la grande majorité des cas, l'intoxication était accidentelle (82.4%). Les intoxications volontaires étaient plus fréquentes chez les filles à l'âge de l'adolescence en rapport avec des tentatives de suicide. Les médicaments du système nerveux central étaient les plus fréquemment incriminés ; plus spécifiquement les benzodiazépines (34.2%). Le délai moyen de consultation était de 2 heures après l'intoxication. 50% des intoxications étaient asymptomatiques et 47,1% étaient classés mineurs selon le score de sévérité PSS (classification de Person 1998). La prise en charge thérapeutique se basait sur l'hyperhydratation dans 67% des cas, le traitement évacuateur dans 41,2% des cas, et l'administration de l'antidote chez 11.8% des enfants. L'évolution était favorable dans tous les cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 1.5 jours et une mortalité nulle.

Conclusion:

Les intoxications observées sont le reflet de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments. La sensibilisation de la population sur les mesures de stockage sécurisé des médicaments à domicile et les gestes à éviter en cas d'intoxication pourrait réduire la fréquence et la sévérité de cet accident.

P116 - Myocardite fulminante virale type SARS COV2

S. Chergui (1), N. Balhoudi (1), A. Dekhil (1), I. Briki (1), H. Belkhiria (2), H. Mhamdi (3), N. Ben Hlima (2), S. Jerbi (3), H. Mejaouel (1),

Service de pédiatrie, CHU Ibn Jazzar. Kairouan (1), Service de cardiologie, CHU Ibn Jazzar. Kairouan (2), Service de chirurgie cardiovasculaire, CHU Sahloul Sousse (3),

Introduction:

La myocardite est définie par une atteinte inflammatoire myocardique associée à une nécrose d'origine non ischémique ou on définit trois formes : fulminante, aiguë et chronique. L'étiologie la plus fréquente est virale avec une incidence de l'ordre de 20 cas /100.000 habitants par an. La myocardite fulminante est la forme la plus grave des myocardites et elle est due à l'orage cytokinique. Le pronostic vital est mis en jeu à court terme.

Objectifs:

Insister sur la sévérité de l'infection SARS COV2 et signaler son tropisme myocardique.

Matériel et méthodes:

Rapporter le cas d'un enfant atteint d'une myocardite fulminante virale due au SARS-COV2

Résultats:

Il s'agit d'un enfant de sexe féminin âgée de 11 ans, sans ATCD pathologiques, a été admise le 17-07-2022 pour une asthénie et des vomissements dans un contexte fébrile évoluant depuis 24 heures. A l'examen clinique : l'enfant était fébrile à 40° C, polypnéique à 35cpm avec une SaO₂ à l'air ambiant 94%, Tachycarde à 130 bpm, des marbrures généralisées, les extrémités étaient froides, TA= 80/50 mmhg, agitée et désorientée. Elle avait reçu un seul remplissage et elle était mise sous drogues

inotropes et vasoactifs et sous support ventilatoire de type VNI (optiflow). Les explorations biologiques ont montré un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 53 mg/l ; Une acidose métabolique lactique avec une SVO2 basse à 44 mmhg, et une élévation des enzymes cardiaques avec des troponine à 10.000ng/l; L'infection virale au SARS COV2 était confirmée par le test antigénique rapide et par la PCR. Le scanner thoracique a montré une atteinte parenchymateuse estimée à 60% avec des signes de surinfection. L'échographie cardiaque a montré défaillance bi ventriculaire (FEVG= 20%). Le diagnostic retenu était une myocardite virale fulminante type SARS COV2. L'enfant a bénéficié d'une cure d'immunoglobuline à la dose de 2g/Kg et de la corticothérapie forte dose à base de méthylprednisolone. L'évolution a été marquée par l'aggravation de l'état hémodynamique malgré qu'elle était mise initialement sous dobutamine et noradrénaline puis sous adrénaline à doses optimales et administrés via une voie centrale. Elle avait un choc cardiogénique réfractaire indiquant en urgence l'assistance hémodynamique par ECMO. Elle a été transférée en urgences au bloc opératoire de CCVT où une ECMO centrale veino-artérielle. L'évolution était favorable sur le plan hémodynamique avec sevrage des drogues à J13 post op et normalisation progressive de la FEVG (75) à J15 post op. Par contre, Elle a gardé une parésie au niveau de deux membres inférieurs en rapport avec une neuropathie de réanimation probable.

Conclusion:

Le monde a connu une pandémie liée à la propagation respiratoire du SRAS-CoV2 qui peut affecter aussi bien les poumons que le cœur. La myocardite à COVID-19 est une entité réelle avec parfois des formes fulminantes dont la précocité de prise en charge multidisciplinaire définit le pronostic à court terme et le risque d'une bonne récupération à long terme.

P117 - Scorpionisme et atteinte neurologique : Anisocorie

A. Dekhil (1), N. Balhoudi (1), S. Chergui (1), I. Briki (1), H. Mejaouel (1),

Service de pédiatrie, CHU Ibn Jassar. Kairouan (1),

Introduction:

L'envenimation scorpionique est un accident posant un problème de santé publique dans de nombreux pays d'Afrique du Nord avec un taux de létalité globale de l'ordre de 0,82%. En effet, le scorpion et ses multiples espèces provoquent chez 1 à 2 % des victimes des tableaux sévères dominés par les manifestations cardiorespiratoires. De même l'apparition de signes neurologiques lors d'une envenimation scorpionique témoigne aussi d'une envenimation scorpionique stade III.

Objectifs:

Insister sur la sévérité de l'accident scorpionique et sur la variété des tableaux cliniques.

Matériel et méthodes:

Rapporter le cas d'une envenimation scorpionique associé à des manifestations neurologiques de type anisocorie chez un enfant

Résultats:

Un enfant de sexe féminin âgée de 12 ans, sans antécédents particuliers, était victime d'une piqûre de scorpion jaune avec des pinces noires au niveau de gros orteil du pied droite. L'enfant a présenté deux heures après des sueurs profuses, des frissons, des douleurs abdominales et des vomissements. L'examen clinique à son admission révélait un enfant apyrétique, eupnéique avec absence des crépitements au niveau de deux champs pulmonaires, tachycarde à 140 bpm avec froideur des extrémités ; marbrures généralisés, une hypertension artérielle initiale à 150/80 mmhg, conscient avec une anisocorie sans déficit ni moteur ni sensitif .Le diagnostic qu'on a retenu était une envenimation scorpionique compliquée par un état de choc cardiogénique. L'enfant était mis sous drogues sous Dobutamine 20 μ g /k /min et Noradrénaline à la dose de 0.3 μ g /k /min administrer via une voie centrale pour stabiliser l'état hémodynamique. Il a reçu en urgence 2 doses de mannitol à la dose de 1 g/k avec disparition de l'anisocorie. Une TDM cérébrale a été faite revenant sans anomalies. L'écho cœur initiale faite à H 1 de prise en charge montrant un VG non hypertrophié avec une fraction d'éjection altéré à 30 % et une hypokinésie basale et médiale des parois septale et latérale. Les bilans biologiques ont montré une souffrance myocardique avec des troponines élevées à 5170 ng/l et une acidose métabolique PH 7.25 bicarbonate 15.8 Svo2 63% .L'enfant était gardé sous drogues pendant 4 jours avec stabilisations de l'état hémodynamiques et normalisation des bilans biologiques. L'échographie cardiaque a montré une fraction de VG à 45 % avec une bonne cinétique segmentaire après sevrage des drogues. Après un mois d'évolution la fraction d'éjection était à 60%.

Conclusion:

Le scorpionisme reste encore un sujet d'inquiétude surtout pour les populations rurales et de préoccupation pour le personnel de santé. La prévention et l'éducation constituent une étape essentielle de la stratégie nationale de lutte contre les scorpions.

P118 - Anaphylaxie après une anesthésie locale par xylocaïne

S. Baccouch (1), B. Briki (1), A. Guerrioui (1), N. Balhoudi (1), J. Hachicha (1), H. Mejaouel (1), H. Yanguï (1),

Service de pédiatrie , hopital ibn jazzar kairouan (1),

Introduction:

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité systémique, généralisée, sévère, pouvant engager le pronostic vital . Elle survient après un délai de quelques minutes à quelques heures suivant l'exposition à un facteur déclenchant . Elle se caractérise par l'apparition brutale d'une atteinte des voies aériennes, supérieures ou inférieures, ou cardiovasculaire potentiellement fatale . Les symptômes dépendent des organes impactés et évoluent rapidement .

Objectifs:

diagnostic et prise en charge de l'anaphylaxie

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de sexe masculin, sans antécédents, âgé actuellement de 2 mois ,né à terme eutrophique pour son âge . Il est issu de parents non consanguins, de mère âgée de

30 ans, GI, PI, AO. Il est amené au service de pédiatrie pour une crise convulsive tonico clonique généralisée d'apparition soudaine une heure après une anesthésie locale par xylocaine pour une circoncision . à noter qu'il n' y a pas d'exposition préalable aux anesthésiques locaux . il a reçu une dose de 0.5 mg/kg de valium par voie intra rectale . une voie intra osseuse a été mise en place . un monitoring cardio respiratoire a été instauré objectivant une saturation à 60 % , une tachycardie 180/min et une baisse de la pression artérielle . Le nourrisson a été intubé ventilé en mode VACI. Deux doses de 0,01 mg/kg d'adrénaline ont été administrées par voie intramusculaire. Devant la non amélioration de son état hémodynamique , une expansion volumique a été débutée par du sérum salé isotonique à la dose de 20 mL/kg avec une perfusion continue d'adrénaline par voie intraosseuse à la seringue électrique à la dose de 0.001mg/kg/min . il a reçu également hemisuccinate d'hydrocortisone par voie intraveineuse à la dose de 10 mg/kg par jours .

L'évolution est marquée par l'amélioration de son état hémodynamique et respiratoire et le nourrisson a été extubé après 3 jours et mis sortant 2 jours après avec prescription de stylo auto-injecteur d'adrénaline et une orientation vers une consultation allergologique .

Conclusion:

l'anaphylaxie est une réaction qui peut avoir des conséquences grave si elle n'est pas diagnostiquée à temps

P119 - Syndrome d'activation macrophagique chez l'enfant : à propos de 8 cas

H. Ben Aoun (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), N. Ghabi (1), S. Bouslama (1), S. Khammeri (1), H. Metjaouel (1),

Service de pédiatrie ibn Jazzar kairouan (1),

Introduction:

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une entité anatomoclinique due à une stimulation inappropriée des macrophages. Il demeure une pathologie rare, caractérisée par des signes cliniques peu spécifiques et des éléments biologiques dont l'association doit faire évoquer le diagnostic. Il peut être d'origine primaire ou secondaire, son pronostic reste encore sombre .

Objectifs:

analyser les résultats cliniques; biologiques ;thérapeutiques et évolutifs de SAM chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective des cas de SAM hospitalisés au secteur de pédiatrie de Kairouan de 01/01 au 01/11 2022.

Résultats:

L'âge varie entre 7mois et 12 ans. Cliniquement, la fièvre, l'altération de l'état général et la splénomégalie étaient présentes dans 100% des cas, une hépatomégalie dans 50%des cas. Le bilan a révélé une atteinte hématologique : bi-pancytopenie dans 100 % des cas, une hyper-triglycéridémie

chez 60 % des cas , une hyperferritinémie chez 50% des cas et une hypofibrinoginémie dans 40% des cas. Le myélogramme a été réalisé dans 75 % permettant de retenir le diagnostic positive ainsi qu' étiologique. Il n'était pas réalisé chez seulement 25 % devant une sérologie leishmaniose positive. Les étiologies sont dominées par les causes infectieuses : la leishmaniose viscérale dans 25 % des cas, une infection virale à EBV dans 25 % des cas, les causes auto-immunes : lupus dans 12 % des cas, les causes néoplasiques dans 12 % des cas et les causes primitives dans 25 % des cas. Les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique en plus du traitement étiologique. L'évolution était fatale dans 25 % des cas.

Conclusion:

Le SAM est une affection médicale sévère dont le pronostic reste sombre, d'où la nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoce.

P120 - Une tachycardie supra ventriculaire chez un nourrisson : pensez au COVID !

H. Ben Aoun (1), I. Briki (1), N. Balhoudi (1), N. Ghabi (1), M. Ben Ayed (1), S. Khammeri (1), H. Metjaouel (1),

Service de pédiatrie ibn Jazzar kairouan (1)

Introduction:

En plein cœur de la pandémie de la COVID-19, l'émergence d'un nouveau problème présente encore un défi additionnel aux cliniciens. Le syndrome inflammatoire multi-systémique chez les enfants est rare, mais potentiellement grave, observé chez des enfants dont l'infection COVID-19 a été confirmée environ 2 à 6 semaines avant l'apparition des symptômes.

Objectifs:

Nous rapportons un cas de MIS-C révélé par une tachycardie supra ventriculaire mal tolérée .

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de MIS-C révélé par une tachycardie supra ventriculaire mal tolérée .

Résultats:

il s agit d'un nourrisson âgé de 30 jours , de sexe masculin, issu de grossesse monofoetale ,et de parents non consanguin, eutrophique, sans antécédants ,admis pour une insuffisance circulatoire aigue décompensée. A l'examen il était apathique, en normo-glycémie, polypneique, marbré. Il avait un TRC allongé, une tachycardie à 297bpm,avec des signes d'insuffisance cardiaque. Le nourrisson était immédiatement conditionné,monitored, intubé ventilé et mis sous cordarone ainsi qu'une antibiothérapie d'ou la stabilisation de son état. L ECG a montré une tachycardie à QRS fins et l ETT a permis d'éliminer une cardiopathie congénitale, une myocardite ou péricardite. L exploration étiologique a permis de retenir le diagnostic de MIS_C devant : Une sérologie Covid 19 positive à IgG, des D-Dmer, et des troponines élevés ainsi qu' une cytolysé hépatique. Le patient a été mis sous immunoglobuline associé à la corticothérapie .L évolution était spectaculaire.Il était extubé à H 48 de

sa prise en charge avec une normalisation progressive de la biologie. Actuellement le nourrisson est âgé de 10 mois, en bon état de santé, sans traitement au long court avec une ETT normale.

Conclusion:

Même si les enfants atteints du MIS-C nécessitent habituellement une hospitalisation, voire des manœuvres lourdes de réanimation, les issues sont largement favorables grâce à une reconnaissance rapide du syndrome et à une thérapie intense.

Néphrologie

P121 - L'hypokaliémie de l'enfant : A quoi faut-il penser ?

B. Maalej (1), K. Mekki (1), Z. Hadrich (1), S. Trichelli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgence et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Le syndrome de Gitelman (SG) est une tubulopathie héréditaire avec perte de sel. Il est caractérisé par une hypokaliémie avec alcalose métabolique hypochlorémique due à la stimulation du système rénine-angiotensine-aldostérone. Il mime la prise d'un diurétique thiazidique et associe des pertes rénales de sel, potassium et magnésium avec une hypocalciurie.

Objectifs:

Décrire les circonstances diagnostiques et thérapeutiques d'un SG chez l'enfant

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'une hypokaliémie sévère dont l'origine est une fuite urinaire du potassium en rapport avec un SG chez un enfant.

Résultats:

Il s'agit d'un enfant de sexe masculin âgé de 13 ans, sans antécédents pathologiques, admis dans notre service en septembre 2021 pour hypokaliémie faisant suite à des vomissements et diarrhées aigus. L'histoire de la maladie remontait à une semaine marquée par l'installation d'une asthénie, des crampes musculaires et paresthésies des extrémités. L'examen clinique montrait un enfant eutrophique poids à 28,5 kg [-2 DS], une taille à 147 cm [-1DS, M], une TA : 120/80 mm Hg, absence de signes de déshydratation. Le reste de l'examen était sans particularités. L'exploration biologique révélait une hypokaliémie à 1,9 mmol/L sans signes électriques. Cette hypokaliémie était persistante après correction intraveineuse. La kaliurèse était à 134 mmol/24h. Elle était associée à une hyponatrémie, une hypomagnésémie et une alcalose métabolique ainsi qu'à une hypocalciurie (indice de Nordin=0,1). L'exploration hormonale a éliminé un hyperaldostéronisme. Le diagnostic de syndrome de Gitelman était retenu, après avoir éliminé la prise de diurétiques. Le patient était mis sous régime riche en potassium et sodium, une supplémentation orale en potassium et en magnésium et indométacine avec bonne évolution clinico- biologique.

Conclusion:

Le SG est une rare cause d'hypokaliémie tubulaire d'origine génétique chez l'enfant. Il faut y penser devant toute fuite urinaire potassique. A l'heure actuelle, le traitement est celui de l'hypokaliémie et de l'hypomagnésémie.

P122 - Une cause exceptionnelle d'hypertension artérielle de l'enfant : l'artérite de Takayasu

B. Maalej (1), K. Mekki (1), Z. Hadrich (1), L. Jallouli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgence et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

La maladie de Takayasu est une artérite inflammatoire non spécifique qui atteint avec prédilection l'aorte et ses principales branches. Elle est responsable d'un épaississement des parois des vaisseaux artériels, entraînant des sténoses, des thromboses et des anévrysmes. Elle est particulièrement rare chez l'enfant.

Objectifs:

Ne pas méconnaître la maladie de Takayasu comme une cause de l'hypertension artérielle (HTA) de l'enfant

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de la maladie de Takayasu chez une adolescente de 13 ans révélée par une HTA, secondaire à une coarctation étagée de l'aorte thoraco-abdominale.

Résultats:

L'enfant était admise pour une HTA menaçante de découverte fortuite, avec une asymétrie tensionnelle entre les membres supérieurs et inférieurs. La symptomatologie avait été débutée par des céphalées chroniques et baisse brutale de l'acuité visuelle. L'examen objectivait un retard staturo pondéral avec un poids à 27 kg [-2,5 DS], une taille à 136 cm [- 3 DS], sa tension artérielle était 150/100 mm Hg au niveau du membre supérieur et 190/125 mm Hg au niveau du membre inférieur, le pouls radial gauche était plus battant. La radiographie du thorax était normale et l'électrocardiogramme (ECG) montrait un rythme sinusal, avec des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche. L'échocardiographie ne montrait pas de sténose de la crosse de l'aorte, le fond d'œil montrait une rétinopathie hypertensive de grade 2. L'exploration radio angiographique a montré un épaississement pariétal focal non sténosant de l'aorte descendante avec sténose pré occlusive de l'origine de l'artère rénale et occlusion étendue de l'artère sous clavière. L'hypertension artérielle répondait au traitement antihypertenseur et à la corticothérapie. Le recul est de 4 ans.

Conclusion:

Toute hypertension artérielle de l'enfant doit être explorée afin d'en déterminer la cause, en recherchant une cause rare telle que la maladie de Takayasu.

P123 - Syndrome du casse-noisette : une cause d'hématurie récidivante chez l'enfant

M. Hsairi (1), S. Trabelsi (1), K. Mekki (1), K. Frikha (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgence et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Le syndrome de Casse-Noisette ou Nutcracker syndrome résulte d'une compression de la veine rénale gauche (VRG), généralement dans la fourchette formée par l'aorte abdominale et l'artère mésentérique supérieure (AMS), conduisant à la sténose de la partie aorto-mésentérique de la veine rénale gauche et dilatation de sa partie distale. La symptomatologie reste dominée par des douleurs lombaires, abdominales et l'hématurie.

Objectifs:

Décrire les circonstances diagnostiques et les modalités thérapeutiques en cas de syndrome de Casse-noisette chez un enfant

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 11 ans, qui est suivi pour hématurie microscopique récidivante, chez qui le diagnostic a été retenu devant les signes scanographiques.

Résultats:

L'enfant était suivi à notre consultation externe pour hématurie microscopique isolée, sans autres signes associés. L'examen retrouvait un enfant eutrophique, sa tension artérielle était à 110/60 mmHg. Toutes les explorations faites étaient sans particularités : la fonction rénale était correcte, le dosage des fractions du complément C3-C4 était normal, la protéinurie de 24h était négative, l'échographie doppler rénale était normale, les sérologies virales étaient négatives. Un scanner abdominal a révélé le diagnostic du syndrome de casse-noisette en montrant une veine rénale gauche grêle au niveau de sa portion aorto-mésentérique et dilatée au niveau de sa portion hilare avec un ratio > 5. La décision thérapeutique était l'abstention avec un suivi clinico-biologique régulier.

Conclusion:

Savoir diagnostiquer le syndrome de casse-noisette permet d'éviter des conséquences morbides (maladie rénale chronique, thrombose veineuse rénale). Le tableau clinique et les examens complémentaires permettent généralement de poser le diagnostic. Le traitement varie en fonction de l'âge et de la sévérité des symptômes.

Pneumologie

P124 - Bronchiolite aigue trainante : allez plus loin...

S. Trabelsi (1), A. Elleuch (1), K. Mekki (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgence et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Malgré son apparence banale, la bronchiolite peut être l'évènement révélateur de nombreuses pathologies, notamment malformatives ou dysimmunitaires.

Objectifs:

savoir évoquer les diagnostics différentiels rares et graves de la bronchiolite du nourrisson

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'une pneumocystose révélant une infection rétrovirale

Résultats:

Il s'agit d'un nourrisson, d'origine ivoirienne, âgé de 2 mois, qui a été hospitalisé pour prise en charge d'une détresse respiratoire en rapport avec une bronchiolite hypoxémiante. Il n'avait pas d'antécédents néonataux notables. La radiographie du thorax a montré des images alvéolo-interstitielles bilatérales. La biologie était sans anomalies à part une hyperleucocytose à PNN et une lymphopénie à 1200. La recherche des génomes viraux par PCR sur un prélèvement naso-pharyngé était positif à RHINOVIRUS. L'évolution était défavorable, marquée par une aggravation clinico-radiologique avec recours à la ventilation mécanique pendant un mois. Un déficit immunitaire a été suspecté devant l'aspect traînant de la symptomatologie. Le diagnostic de pneumocystose a été retenu devant une PCR *Pneumocystis Jirovichi* positive et les explorations immunitaires ont conclu à un déficit immunitaire acquis : la sérologie VIH et l'ARN étaient positifs. Le taux de CD4 était à 630 el/mm³. Le nourrisson était mis sous cotrimoxazole et corticoïdes. L'évolution était foudroyante, le décès a eu lieu à l'âge de 4 mois.

Conclusion:

Un tableau de bronchiolite atypique du nourrisson peut révéler une infection pulmonaire opportuniste liée à un déficit immunitaire acquis ou congénital qui doit donc être évoqué et recherché.

P125 - Emphysème lobaire congénital : à propos de cinq cas

M. Weli (1), S. Trabelsi (1), K. Mekki (1), M. Abdelli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgence et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

L'emphysème lobaire congénital (ELC) est une malformation broncho-pulmonaire rare, caractérisée par la distension d'un territoire pulmonaire, qui peut être lobaire ou segmentaire. Le mécanisme est obstructif : obstruction bronchique avec une distension alvéolaire secondaire. La présentation clinique peut varier de la simple découverte fortuite sur un examen d'imagerie chez un enfant asymptomatique, à une détresse respiratoire gravissime mettant en jeu le pronostic vital. Le diagnostic est clinico-radiologique, et la prise en charge thérapeutique est médicale et/ou chirurgicale.

Objectifs:

Nous analysons les caractéristiques clinico-radiologiques ainsi que les modalités de prise en charge médico-chirurgicales de l'emphysème lobaire congénital à partir de cinq observations.

Matériel et méthodes:

il s'agit d'une étude rétrospective descriptive ayant colligée cinq cas d'ELC qui a été menée au sein du service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique du CHU hédi Chaker de Sfax

Résultats:

la moyenne d'âge au moment du diagnostic était de 3 mois et 6 jours. le principal motif de consultation était « la dyspnée » qui était présente dès la naissance dans deux cas. L'emphysème lobaire congénital intéresse par ordre décroissant le lobe supérieur gauche, le lobe moyen et le lobe supérieur droit. La radiographie thoracique a montré une hyperclarté du lobe atteint dans tous les cas et une déviation médiastinale vers le coté controlatérale dans 4 cas. Tous les patients ont été opérés et l'examen anatomopathologique des pièces d'exérèse a confirmé le diagnostic d'emphysème lobaire congénital. L'évolution clinique à court et à long terme était favorable chez la quasi-totalité des patients.

Conclusion:

L'emphysème lobaire congénital est une pathologie rare, dont la pathogénie n'est pas encore bien élucidée .ceci entraine un problème de diagnostic et donc de prise en charge thérapeutique qui nécessite une collaboration multidisciplinaires.

P126 - Intérêt du dosage des immunoglobulines E dans l'enquête allergologique

S. Mdimegh (1), M. Abdelbari (1), I. Mellassi (1), S. Tilouche (1), H. Ben Belguacem (1), N. Jaballah (1), S. Ghorbel (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), J. Bouguila (1), L. Boughamoura (1),

Service de pédiatrie ;CHU Farhat Hached Sousse (1),

Introduction:

Le dosage des Immunoglobulines E (IgE) spécifiques en allergologie pédiatrique demeure une pratique courante et attractive dans certains milieux de par sa facilité chez le nourrisson.

Objectifs:

L'objectif était de déterminer le degré de concordance entre la clinique et ces dosages avant toute confirmation d'une hypersensibilité

Matériel et méthodes:

Nous avons revu, rétrospectivement, l'observation clinique et le suivi de 52 patients chez qui on a pratiqué le dosage des IgE spécifiques durant une période s'étendant de 2019 à 2022.

Résultats:

Les indications du dosage des IgE spécifiques étaient une symptomatologie évocatrice d'asthme allergique et des signes digestifs évocateurs d'une allergie aux protéines de lait de vache (APLV) dans 48% des cas (n=25) chacune. Parmi les 25 patients hospitalisés pour exploration d'une pneumopathie sifflante, le diagnostic d'asthme était retenu chez 12 patients dont 5 avaient des tests positifs au pneumallèles soit (41.6%) (Graminée céréalière, cypre, poil de chien) alors que ces dosages étaient strictement négatifs chez les 12 autres nourrissons avec le diagnostic d'asthme infirmé. Parmi les 25 nourrissons présentant une symptomatologie digestive évocatrice d'une APLV, ce diagnostic a été retenu chez 7 patients dont 4 avaient des IgE positifs aux PLV soit (57%). Les 18 autres patients étaient répartis comme suit : polysensibilisation :6 ; jaune d'œuf :3 ; sésame 1 ; arachide 1. Chez ces derniers, le diagnostic d'allergie alimentaire n'a pas été démontré au décours d'un suivi clinique.

Conclusion:

Le dosage des IgE spécifiques ne traduit pas la fidélité de l'expression clinique mais semble contributif au cours des APLV.

P127 - La mucoviscidose n'est pas toujours facile à diagnostiquer

A. Jelassi (1), N. Missaoui (1), A. Babay (1), R. Ben Rabeah (1), S. Atitallah (1), M. Assidi (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh Mrad (1), S. Yahiaoui (1), S. Boukthir (1),

Service de Médecine infantile C, hôpital d'enfants, Tunis (1),

Introduction:

La mucoviscidose est une maladie génétique autosomique récessive qui touche plusieurs organes ce qui rend les circonstances de découverte différentes et variables. Certaines circonstances sont fréquentes, d'autres sont beaucoup moins.

Objectifs:

Mettre l'accent sur une circonstance particulière de diagnostic de mucoviscidose.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'une mucoviscidose, suivie au service de pédiatrie C de l'hôpital d'enfants de Tunis, découverte dans un tableau de déshydratation sévère.

Résultats:

Il s'agissait d'un nourrisson âgé de 6 mois, issue d'un mariage consanguin de 1er degré, admise au mois de Juillet pour déshydratation sévère (stade 3) dans un contexte de fièvre. A l'examen, elle était fébrile, hypotrophe à -3DS. A la biologie, elle avait une hyponatrémie sévère à 123, hypokaliémie à 3, une alcalose métabolique, la fonction rénale était correcte. Elle a été mise sous réhydratation intraveineuse avec correction intraveineuse des troubles ioniques, mise sous traitement symptomatique de la diarrhée. L'enquête infectieuse initiale était négative. Après 10 jours de prise en charge, la patiente était de nouveau fébrile avec dyspnée. La radiographie du thorax a montré une pneumopathie. Un examen cyto bactériologique des crachats a isolé un staphylocoque aureus. Devant les épisodes de déshydratation, l'hypotrophie et les données de l'ECBC, la mucoviscidose a été

suspectée. Le test de la sueur était pathologique à 106 mmol/l. La biologie moléculaire a confirmé la présence de la mutation DF508 à l'état homozygote chez notre patiente confirmant le diagnostic de mucoviscidose.

Conclusion:

La mucoviscidose se caractérise par une grande variabilité phénotypique et les mutations de CFTR ne peuvent expliquer à elles seules toute la variabilité observée. D'où l'intérêt de connaître les formes classiques et atypiques pour une meilleure prise en charge.

P128 - Dysplasie broncho-pulmonaire et syndrome de cimenterre : Quelle association !

M. Hsairi (1), K. Mekki (1), Z. Hadrich (1), L. Jallouli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgence et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

Le syndrome du cimenterre est une pathologie très rare, caractérisée par l'association d'anomalies cardio-pulmonaires notamment un retour veineux pulmonaire droit anormal, situé le plus souvent dans la veine cave inférieure.

Objectifs:

une cause à ne pas méconnaître des bronchopneumopathies récidivantes de l'enfant: le syndrome de Cimenterre

Matériel et méthodes:

à propos d'une observation pédiatrique diagnostiquée d'un syndrome de cimenterre

Résultats:

Il s'agit d'un enfant âgé de trois ans, de sexe féminin, ancienne prématurée de 32 SA, aux antécédents de détresse respiratoire néonatale persistante compliquée d'une dysplasie broncho-pulmonaire. Par la suite, elle fut hospitalisée dans notre service à maintes reprises pour des épisodes de dyspnée sifflante. Une première TDM thoracique faite à l'âge de 3 mois a montré un ensemble parenchymateux pouvant cadrer avec une dysplasie bronchique et un aspect en mosaïque du LSD. Elle était mise sous traitement de fond d'asthme à l'âge de quatre mois. Devant la non amélioration de la symptomatologie et l'aspect en mosaïque sur la TDM thoracique, le diagnostic de bronchiolite oblitérante a été retenu et elle était mise sous des boli de solumédrol. L'évolution était marquée par la persistance de la gêne respiratoire malgré l'intensification du traitement de fond. Un complément d'angioscanner thoracique a montré une malformation artério veineuse pulmonaire avec vascularisation anormale d'une partie du poumon droit par une artère systémique provenant de l'aorte abdominale qui vient décrire une connexion avec une veine de drainage se jetant dans la VCI réalisant un retour veineux pulmonaire anormal partiel, associé à une dextrocardie : le tout plaide en faveur d'un syndrome de Cimenterre. Actuellement, l'enfant est programmée pour une lobectomie.

Conclusion:

Le syndrome du cimenterre est une maladie exceptionnelle, méconnue, dont l'expression clinique est non spécifique. Le diagnostic est confirmé par l'angioscanner thoracique. Aucun traitement n'est nécessaire chez les patients asymptomatiques ; un traitement chirurgical pourra cependant être proposé en cas de de séquestre ou d'infections pulmonaires à répétition.

P129 - Pneumopathie compliquée de pneumatoçèle : A propos de 5 observations

I. Bel Hadj (1), A. Gader (1), S. Kebaier (1), I. Trabelsi (1), F. Khalsi (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza - Tunis (1),

Introduction:

La pneumatoçèle pulmonaire est une cavité aérique limitée sans paroi propre, elle représente une complication rare, potentiellement mortelle de la pneumonie et nécessite un suivi régulier.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients ayant présenté une pneumopathie compliquée de pneumatoçèle.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons cinq observations de pneumopathie compliquée de pneumatoçèle colligées au service de Médecine Infantile B de l'Hôpital d'Enfants de Tunis sur une période allant du 1er janvier 2018 au 1er novembre 2022.

Résultats:

Il s'agissait de cinq patients, un adolescent de 11 ans, 2 enfants d'âge moyen de 2,3 ans et 2 nourrissons d'âge moyen de 13,5 mois. Trois patients ont reçu la vaccination anti-pneumococcique. Les cinq patients ont été hospitalisés dans un tableau de détresse respiratoire fébrile en rapport avec une pneumopathie du poumon droit. Dans un cas, la pneumopathie n'était pas compliquée et a été traitée par amoxicilline-acide clavulanique pendant 10 jours. La pneumopathie était d'emblée compliquée dans 4 cas, par un épanchement pleural dans 3 cas et par un abcès dans 1 cas. Ces 4 patients ont été traités par céfotaxime en IV puis relais per os par amoxicilline avec durée moyenne d'antibiothérapie totale de 29,7 jours. Un patient a nécessité un transfert en milieu de réanimation pour état de choc septique avec une ventilation mécanique pendant deux jours et trois patients ont nécessité un support ventilatoire non invasif : Optiflow junior dans un cas et lunettes nasales simples dans 2 cas. Le germe responsable a été identifié chez deux patients avec un antigène soluble positif à pneumocoque sur le liquide de ponction pleurale. La durée moyenne d'hospitalisation était de 23,6 jours [3 à 50 jours]. Les images de pneumatoçèle ont été découvertes de manière fortuite chez les 5 patients à l'occasion des radiographies de thorax de contrôle, au cours de l'hospitalisation dans 1 cas et au cours du suivi à la consultation externe dans 4 cas. Au moment où la pneumatoçèle était complètement développée, aucun des patients n'avait de symptômes respiratoires ou infectieux. La pneumatoçèle a été surveillée par la clinique et les radiographies du thorax à la consultation, avec un nettoyage radiologique complet

dans 2 cas au bout de 3 mois. Un patient a été perdu de vue et deux ont été récemment diagnostiqués. La durée moyenne de suivi des patients était de 5 mois.

Conclusion:

La pneumatocele est une complication assez rare de la pneumopathie infectieuse, elle se constitue au fur et à mesure que la pneumopathie se résorbe, découverte généralement de manière fortuite chez un patient complètement asymptomatique. Elle nécessite une simple surveillance clinique et radiologique.

P130 - Rôle du dérèglement du microbiote dans l'asthme du nourrisson : étude étiologique

O. Barkallah (1), F. Mezghani (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1),

Service de Pédiatrie A , Hopital d'enfants de Tunis (1)

Introduction:

L'incidence de l'asthme du nourrisson a augmenté de façon drastique durant les cinq dernières décennies.

Objectifs:

Les objectifs de notre travail étaient de rechercher les facteurs associés à la survenue de l'asthme du nourrisson et d'identifier le rôle de la dysbiose.

Matériel et méthodes:

Étude étiologique de type cas témoin menée au service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants de Tunis sur deux ans (janvier 2019-décembre 2020) comparant les facteurs associés à la survenue de l'asthme du nourrisson entre deux groupes de nourrissons asthmatiques et non asthmatiques. Les témoins ont été appariés en âge avec les cas.

Résultats:

Nous avons comparé 93 cas d'asthme du nourrisson et 93 témoins. Dans le groupe asthmatique, le sex ratio était de 2,2 et l'atopie familiale était rapportée dans 52% des cas. En analyse univariée, la survenue de l'asthme du nourrisson était significativement associée à plusieurs facteurs. Les facteurs endogènes comprenaient l'atopie familiale (OR=2,24, IC95% [1,23-4,09]) et le sexe masculin (OR=2,8, IC95% [1,93-5,1]). Les facteurs exogènes incluaient l'exposition maternelle au tabac pendant la grossesse (OR=2,62, IC95% [1,43-2,81]), la détresse respiratoire néonatale (OR= 2,52, IC95% [1,02-6,2]), les mauvaises conditions socio-économiques (OR=2,42 , IC95% [1,32-4,4]), l'humidité (OR=1,94, IC95% [1,06-3,53]), la promiscuité (OR=3,51, IC95% [1,84-6,69]). Les facteurs de dérèglement du microbiote retenus étaient l'exposition maternelle aux antibiotiques durant la grossesse (OR= 3,76, IC95% [1,13- 12,72]), l'exposition néonatale aux antibiotiques (OR=7,04, IC95% [2,55-7,9]), l'introduction précoce du lait de vache (OR=1,9, IC95% [1,05-3,5]) et la survenue d'une bronchiolite précoce (OR=6,12, IC95% [3,12-11,98]). Les facteurs protecteurs étaient la supplémentation

maternelle en vitamine D (OR=0,3, IC95% [0,12-0,74]), la diminution de la taille de la fratrie (OR=0,5, IC95% [0,26-0,99]) et la durée prolongée de l'allaitement maternel (OR=0,53, IC95% [0,28-0,98]).

Conclusion:

Mis à part les facteurs endogènes associés à la survenue de l'asthme du nourrisson, le dérèglement du microbiote et l'exposition aux toxiques de l'environnement dont le chef de file est la fumée du tabac jouent un rôle important dans la survenue et la pérennisation de l'hyperréactivité bronchique.

P131 - Bronchiolite aigue : Profil épidémiologique et thérapeutique

L. Ferchichi (1), W. Barbaria (1), H. Maalaoui (1), O. Hammami (1), I. Ganzoui (1), I. Khamassi (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie- Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte (1),

Introduction:

La bronchiolite est l'infection virale la plus fréquente de l'enfant. C'est le principal motif de consultation et d'hospitalisation en pédiatrie. La prise en charge précoce et adaptée permet d'améliorer le pronostic.

Objectifs:

Déterminer les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la bronchiolite dans un service de pédiatrie

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective, descriptive des patients âgés de moins de 1 an hospitalisés pour bronchiolite aigue au sein du service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte en Tunisie sur une période de trois ans allant du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2021.

Résultats:

Nous avons colligé 374 patients pendant la période d'étude. L'incidence était de 18,6%. Le sex-ratio (M/F) était de 1,2. L'âge moyen était de 3,2 mois avec des extrêmes entre 7 jours et 12 mois. L'antécédent de prématurité était retrouvé chez 6,4% des patients. La saison la plus fréquente était l'hiver (43,5%). Le contage viral était présent dans 61,6% des cas. La toux et la dyspnée étaient les motifs de consultation les plus fréquents. L'auscultation pulmonaire a montré des râles sibilants chez 70,4% des patients. Le score de Wang pour évaluer la sévérité de la bronchiolite était à 5 points en moyenne. La bronchiolite était sévère dans 5,6% des cas. La radiographie thoracique était pratiquée chez la majorité de nos patients (93,4%). Elle a montré des signes de distension thoracique chez 68,19 % des cas. L'oxygénothérapie par lunette nasale simple et haut débit était indiquée dans 47,5% et 18% des cas respectivement. La durée moyenne du séjour à l'hôpital était de 4,3 jours. L'évolution était favorable chez 93% des enfants.

Conclusion:

Le diagnostic de la bronchiolite est clinique. La radiographie du thorax, faite dans 93,4% des cas aux urgences est non recommandée en l'absence de signes de sévérité. Notre étude montre par ailleurs,

que la bronchiolite touche de plus en plus des nourrissons d'âge jeune avec une fréquence élevée de formes sévères.

P132 - Hémoptysie de grande abondance révélatrice d'un kyste hydatique pulmonaire chez l'enfant

D. Nasralli (1), W. Barbaria (1), W. Bel Haj Ali (1), O. Hammami (1), A. Marghali (2), I. Ganzoui (3), I. Khamassi (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie- Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte (1), Service de chirurgie thoracique et pulmonaire- Hôpital Abderrahmen Mami –Ariana. (2), Service de radiologie- Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte (3),

Introduction:

Le poumon est la localisation la plus fréquente du kyste hydatique chez l'enfant. L'hémoptysie peut révéler la maladie à un stade évolué. Elle est généralement de faible abondance.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives d'une forme compliquée d'un kyste hydatique pulmonaire révélée par une hémoptysie de grande abondance.

Matériel et méthodes:

Etude du dossier médical d'un enfant hospitalisé pour kyste hydatique pulmonaire révélé par une hémoptysie de grande abondance.

Résultats:

Enfant âgé de 12 ans issu d'un mariage non consanguin, originaire d'un milieu rural avec notion de contacts avec les animaux, hospitalisé pour hémoptysie de grande abondance. Il a présenté un épisode d'hémoptysie de faible abondance il y a un an non exploré. A l'examen, il était eutrophique, apyrétique avec état général conservé. La fréquence respiratoire était 53 cycles par minute, il avait un discret tirage sous costal et battement des ailes du nez. La saturation en oxygène était 91% à l'air ambiant. La fréquence cardiaque était 90 battements par minute, la tension artérielle était 110/85 mm Hg. L'examen neurologique était sans anomalies. A la biologie, l'hémogramme a montré un taux d'hémoglobine 10,5g/dL, une hyper éosinophilie à 850 el/mm³. Le taux de prothrombine était 75%. La protéine C réactive était 9 mg/L. La radiographie du thorax a révélé une opacité ovalaire de tonalité hydrique bien limitée de contours réguliers para-hilaire droite de 7 cm de grand axe. Le scanner thoracique a objectivé un collapsus du lobe supérieur droit avec une image de condensation centrée par image mal-limité excavé probablement en rapport avec un kyste hydatique. Il n'y avait pas de lésions décelables au niveau du poumon controlatéral ni au niveau du foie. L'évolution était faite par la récurrence de l'hémoptysie de grande abondance à H4 et H12 de l'hospitalisation à l'origine d'une déglobulisation à 7,5 g/dL et une instabilité hémodynamique. L'enfant a eu deux transfusions de culots globulaires iso-groupe iso-rhésus et a été transféré en urgence au service de chirurgie thoracique. Il a été opéré pour un kyste hydatique rompu, avec suites opératoires simples. Il est mis sortant à J 7 post opératoire.

Conclusion:

L'hémoptysie est symptôme toujours pathologique. Notre observation illustre l'intérêt de l'exploration de toute hémoptysie même de faible abondance et non récidivante.

Génétique

P133 - Un syndrome de Di George révélé par une cardiopathie congénitale ! À propos d'un cas

A. Dekhil (1), N. Balhoudi (1), S. Chergui (1), I. Briki (1), H. Mejaouel (1),

Service de Pédiatrie ,CHU Iben Jazzar Kairouan (1),

Introduction:

Le syndrome de Di George, également connu sous le nom de syndrome de délétion du chromosome 22q11.2, est une immunodéficience primaire causée par la délétion du chromosome 22 .Il s'agit d'une maladie autosomique dominante avec un taux de prévalence de 1 sur 4000 naissances vivantes. Ses principales caractéristiques comprennent la dysmorphie, l'hypoparathyroïdie, l'hypocalcémie, l'hypoplasie ou l'aplasie du thymus, les anomalies cardiaques, les anomalies rénales et les anomalies comportementales. L'atteinte cardiaque de type malformation conotruncale est la plus fréquente.

Objectifs:

Insister sur l'importance de dépistage anténatale des malformations néonatales permettant une identification syndromique ainsi une prise en charge précoce et adéquate

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un syndrome de Di George découvert à l'occasion d'une cardiopathie congénitale.

Résultats:

Il s'agit d'un nouveau né de sexe féminin , issue d'un mariage non consanguin , d'une mère âgée de 33ans G4P3A1, d'une grossesse de déroulement normal ,avec découverte fortuite à l'échographie morphologique d'une cardiopathie congénitale .Elle était accouchée par voie basse à un terme de 35 SA avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine, à l'examen clinique , il était eutrophique , eupnéique, souffle systolique à l'auscultation cardiaque , le reste de l'examen somatique était sans particularité ;Le nouveau né était mis en observation pendant 48 heures . L'échographie cardiaque avait confirme le diagnostic de Tétralogie de Fallot avec une large CIV, une aorte à cheval sur les deux ventricules. Le bilan malformatif était fait : l'échographie abdominal et transfontanellaire étaient sans anomalies .Le bilan phosphocalcique et thyroïdien étaient correct. Le caryotype était en faveur de diagnostic avec une micro délétion 22q11.Le nouveau né étaient mis sous traitement conservateur et il a bénéficié d'un cerclage de l'artère pulmonaire. Le dépistage familial était fait montrant une micro délétion 22q11 chez le père. Le nouveau né est toujours suivi régulièrement à notre consultation.

Conclusion:

Le syndrome de Di George est une maladie génétique rare ; Malgré que l'expression clinique est variable, le diagnostic peut être suspecté dès la vie intra-utérine. Dans 20 % des cas il s'agit d'une forme familiale rendant le conseil génétique indispensable.

P134 - Syndrome de Treacher Collins : A propos de deux observations

H. Maalaoui (1), I. Chelly (1), B. Ferchichi (1), W. Barbaria (1), O. Hammami (1), I. Khammassi (1),

Service de pédiatrie Hôpital régional de Bizerte-Bougatfa (1),

Introduction:

Le syndrome de Treacher Collins (STC) ou Syndrome de Franceschetti-Klein est une dysostose mandibulo-faciale de transmission essentiellement autosomique dominante. Son diagnostic est clinique basé sur une dysmorphie faciale caractéristique avec une hypoplasie bilatérale et symétrique du rebord infra-orbitaire et de la mandibule. Il existe une expressivité variable intra et extrafamiliale et une hétérogénéité génétique avec 4 gènes impliqués (TCOF1, POLR1C, POLR1D et POLR1B).

Objectifs:

L'objectif de notre travail était d'étayer le tableau clinique de ce syndrome à travers de deux observations.

Matériel et méthodes:

Deux patients ont été adressés à la consultation de génétique médicale de l'Hôpital régional de Bizerte-Bougatfa pour exploration d'une dysmorphie faciale.

Résultats:

Observation 1 : FBA garçon âgé de 5ans, issu de parents jeunes non apparentés. Il a un développement psychomoteur strictement normal. A l'examen : Eutrophique, il présente une dysmorphie faciale avec une obliquité en bas et en dehors des fentes palpébrales, un colobome de la paupière inférieure, absence des cils inférieurs, hypoplasie malaire bilatérale et symétrique, micro-rétrognathisme, petites oreilles, un pertuis de l'oreille gauche. Pas d'anomalie des extrémités. Scanner du massif facial a montré une agénésie des arcades zygomatiques et une hypoplasie bilatérale des condyles mandibulaires. BER : surdité de transmission de 30dB des deux oreilles. Echographie abdomino-pelvienne était sans anomalies Echographie cardiaque a objectivé une micro-fuite mitrale. Observation 2 : SF fille adressée à J4 de vie, issu d'un mariage non consanguin. Elle présentait une dysmorphie faciale avec des fentes palpébrales obliques en bas et en dehors, un colobome de la paupière inférieure, une hypoplasie malaire, une agénésie bilatérale des conduits auditifs externes (CAE) et des lobules et pavillons des oreilles hypoplasiques. TDM des roches a montré une agénésie bilatérale des CAE, fixation des têtes de marteaux avec fusion uncudo-malléolaire. Pas d'anomalie notable d'oreille interne. Les échographies abdomino-pelvienne et cardiaque étaient sans anomalies. Le développement psychomoteur était strictement normal. La patiente est perdue de vue depuis l'âge de 13 mois. L'étude moléculaire n'a pas pu être réalisée chez nos patients à cause du coût de l'analyse.

Conclusion:

Les enfants porteurs du STC présentent une dysmorphie faciale caractéristique, une surdité de transmission dans 83 % à 96 % des cas. D'autres anomalies peuvent s'y associer et même engager le pronostic vital. Ils doivent être recherchés systématiquement pour une prise en charge pluridisciplinaire optimale. Ce syndrome est associé à un préjudice esthétique qui impacte aussi bien le regard des autres et du patient vers soi-même d'où l'importance d'un accompagnement psychologique du patient et des parents et une prise en charge chirurgicale en cas de besoin.

P135 - Syndrome de fibrose-neurodégénération-angiomatose cérébrale

S. Gatti (1), L. Boughammoura (1)

Service de Pédiatrie Farhat hached Sousse(1),

Introduction:

le syndrome de fibrose-neurodégénération-angiomatose cérébrale est un syndrome qui se caractérise par la présence de symptômes cérébro-pulmonaire entraînant la mort dans la petite enfance par insuffisance respiratoire. Nous rapportons une observation d'un enfant présentant ce syndrome et nous discutons les aspects cliniques et évolutifs de cette pathologie.

Objectifs:

Nous rapportons une observation d'un enfant présentant ce syndrome et nous discutons les aspects cliniques et évolutifs de cette pathologie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation d'un enfant présentant ce syndrome et nous discutons les aspects cliniques et évolutifs de cette pathologie.

Résultats:

M.F, un nourrisson de sexe masculin, hospitalisée dans notre service à l'âge 18 mois pour dyspnée. Il est issu d'un mariage consanguin du 3 eme degré. Dans ses antécédents familiaux, il a une sœur décédée à l'âge de 2 ans dans un tableau de détresse respiratoire aigue. Il ne présentait pas d'antécédent néonatal mais il a été hospitalisé 6 fois pour une dyspnée trainante à partir de l'âge de 15 mois. L'examen clinique a trouvé un nourrisson hypotrophe avec un aspect de cassure de la courbe de croissance. Les anomalies de l'examen pulmonaire (Polypnée, signes de lutte et désaturation à l'air ambiant) ont été objectivé à plusieurs intervalles de son hospitalisation et ont été majoritairement consécutifs à une séquence de fausse route _ trouble de la déglutition. L'exploration a comporté une TDM thoracique montrant un aspect de verre dépoli au niveau des bases en bilatéral, un test à la pilocarpine revenant négatif, une bronchoscopie sans anomalie, un TOGD sans anomalie, un EMG sans anomalie et une IRM cérébro-médulaire normale. L'exploration métabolique des erreurs innées du métabolisme ainsi que l'immunité humorale et cellulaire n'a pas révélé, de même, une anomalie. L'évolution est marquée par la survenue des infections récurrentes, une anémie et le décès dans un tableau d'insuffisance respiratoire. Le séquençage total de l'exome, récupéré en post mortem, a montré la présence à l'état homozygote d'un variant en faveur du diagnostic génétique de syndrome de fibrose-neurodégénération-angiomatose cérébrale.

Conclusion:

Le syndrome de fibrose-neurodégénération-angiomatose cérébrale est un syndrome rare et de pronostic sombre. Sa présentation clinique chevauche avec plusieurs pathologies chroniques

P136 - Limites du bilan métabolique dans les cardiomyopathies dilatées : A propos d'une observation avec errance diagnostique

G. Chtioui (1), A. Ben Chehida (1), Z. Najjar (1), N. Gallouz (2), H. Jilani (3), S. Karoui (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), S. Haj Taeib (4), S. Bekri (5), L. Ben Jemaa (3), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1),

Service de pédiatrie et de maladies métaboliques la Rabta, Tunis (1), pédiatre de libre pratique (2), génétique la marsa (3), Service de Biochimie la Rabta, Tunis (4), service de biochimie Rouen France (5),

Introduction:

La cardiomyopathie dilatée (CMD) est définie par la présence d'une dilatation ventriculaire gauche avec une dysfonction systolique. Le pronostic dépend essentiellement de l'étiologie, de l'âge et du degré d'insuffisance cardiaque au moment du diagnostic. La démarche étiologique est souvent difficile rarement contributive.

Objectifs:

Nous rapportons les difficultés du diagnostic étiologique d'une CMD à travers une observation pédiatrique.

Matériel et méthodes:

A propos d'un cas

Résultats:

Il s'agit d'un garçon, issu de parents cousins germains, sans antécédents familiaux, ayant une naissance sans incidents, hospitalisé à l'âge de 5 mois puis 6 mois, pour dyspnée sifflante faisant découvrir une CMD avec une FEVG altérée à 25%. L'examen a objectivé un bon éveil, une hypotonie axiale, des réflexes présents, pas d'amyotrophie, ni de signes d'insuffisance cardiaque. Son développement psychomoteur était normal. Il n'y avait pas d'hypoglycémie, ni cétose, ni hépatomégalie. Le bilan a objectivé une cytolysse à 2 fois la normale sans acidose métabolique. Une cause secondaire (obstacle gauche, shunt gauche droit, troubles du rythme ou de la conduction, anomalie de naissance des artères coronaires) ainsi qu'une cause toxique ou inflammatoire ont été éliminées. Le profil des acyl-carnitines et la chromatographie des acides organiques urinaire (CAOu) faits initialement étaient normaux. Un deuxième profil des acyl-carnitines, adressé à Rouen, a montré un profil compatible avec une forte cétose (hypoglycémie) ou un déficit multiple en acyl-CoA déshydrogénase (déficit en MADD=acidurie glutarique II). Devant cette suspicion d'une anomalie de la bêta-oxydation des acides gras, le nourrisson a été mis sous L-carnitine avec un régime fractionné, restreint en lipides, riche en glucides, légèrement restreint en protéines. A l'âge de 11 mois, devant l'absence de décompensation après un écart du régime, le diagnostic était révisé: l'étude génétique a révélé l'absence de mutations dans les enzymes de la bêta-oxydation des acides gras et la présence à l'état hétérozygote d'un variant probablement

pathogène:c.444>A p(Ser148Arg)du gène MYH7(myosin heavy chain 7),pouvant expliquer l'origine génétique,autosomique dominante de la CMD chez notre patient.Le régime était libéré et la carnitine arrêtée.L'évolution était rapidement fatale à l'âge de 1an dans un tableau d'insuffisance cardiaque congestive occasionnée par une virose.Un complément d'étude génétique a révélé l'absence de ce variant chez les les 2 parents.

Conclusion:

Notre observation illustre les limites du bilan métabolique et l'apport des techniques de séquençage à haut débit dans le bilan étiologique d'une CMD. L'objectif principal reste avant tout la recherche d'une cause curable (déficit primitif en carnitine) et/ou possiblement récurrente impliquant un conseil génétique fiable. L'errance diagnostique se répercute sur la qualité de l'information donnée aux parents, leur vécu de la pathologie de leur enfant et la relation soignant-soigné.

P137 - syndrome de Bohring-Opitz

S. Baccouch (1), B. Briki (1), A. Guerrioui (1), N. Balhoudi (1), J. Hachicha (1), H. Mejaouel (1), H. Yangui (1),

Service de pédiatrie , hôpital ibn jazzar kairouan (1),

Introduction:

Le syndrome de Bohring-Opitz est une anomalie rare du développement, d'origine génétique, de transmission autosomique dominante. Cependant, la plupart des cas sont de novo. Il est causé par à une mutation hétérozygote de la protéine ASXL1 (20q11.21), qui agit comme un modulateur de la chromatine . Il porte le nom de Bohring-Opitz en référence aux deux médecins ayant publié un article scientifique avec la description de certains des premiers cas répertoriés. Les individus atteints par le SBO présentent un large éventail de symptômes.

Objectifs:

Nous rapportons un cas de syndrome de Bohring-Opitz et nous discutons la prise en charge et l'évolution de cette affection

Matériel et méthodes:

Nouveau-né de sexe masculin, hospitalisé à la naissance pour un syndrome dysmorphique . Il est issu de parents non consanguins, de mère âgée de 31 ans, GV, PV, A0 . La grossesse est de déroulement normal . L'accouchement est fait à terme par voie basse avec un score d'Apgar correct. L'examen clinique trouve un nouveau-né ayant un retard de croissance intra utérin avec un poids à 2300 g, une petite taille à 41 cm, une microcéphalie à 28 cm avec trigonocéphalie (fig1) , une dysmorphie faciale avec un faciès hypotonique, des cheveux implantés bas sur les tempes et le front , des yeux globuleux avec des sourcils arqués , paupières tombantes et des fentes palpébrales légèrement inclinées vers le haut , un hypertélorisme , racine du nez déprimée avec une base large , des joues pleines, des oreilles implantées bas et inclinées vers l'arrière, un retromicrognathisme. Il a une fossette coccygienne (fig3) , deux angiome plan au niveau du thorax et au niveau du membre inférieur droit (fig4) Le nouveau né présente une posture particulière caractérisée par une adduction des épaules, flexion des coudes,

flexion des poignets et une déviation ulnaire des poignets (fig 5 et 6) . à la radiographie du thorax , on note une dextrocardie .

Résultats:

l'évolution est marquée par la survenue d'une bronchiolite sévère apneisante avec une infection nosocomiale nécessitant une ventilation assistée. Il est décédé à l'âge de 2 mois suite à un arrêt cardiaque.

Conclusion:

Selon les informations actuellement disponibles, environ 40 % des enfants porteurs du SBO décède en bas âge. Une infection grave constitue souvent la cause du décès . Nous avons bon espoir que l'approfondissement de nos connaissances du syndrome nous permettra de prodiguer de meilleurs soins aux personnes affectées et de réduire ainsi la mortalité infantile.

P138 - Syndrome de Cowden : Génodermatose à risque de transformation maligne

G. Chtioui (1), M. Zribi (1), A. Ben Chehida (1), S. Khatrouch (1), Z. Najjar (1), H. Boudabous (1), MS. Abeldmoula (1),

Service de pédiatrie et de maladies métaboliques la Rabta, Tunis (1),

Introduction:

Le syndrome de Cowden (CS) est une génodermatose rare, à transmission autosomique dominante, caractérisée par des hamartomes multiples se formant dans divers tissus. C'est une affection due aux mutations germinales du gène PTEN récemment identifié comme un gène suppresseur de tumeur (pathologie tumorale sporadique) d'où le risque accru de développement de tumeurs malignes (sein, thyroïde, endomètre, rein, colon, rectum...)

Objectifs:

Nous rapportons les particularités cliniques, génétiques et évolutives d'un garçon atteint de syndrome de Cowden.

Matériel et méthodes:

a propos d'un cas

Résultats:

Il s'agit d'un garçon âgé 7 ans, issu d'un mariage non consanguin, aux antécédents familiaux d'une hyperthyroïdie chez le père, opéré à l'âge de 4ans pour hernie inguinale, puis pour une amygdalectomie, suivi en orthopédie depuis l'âge de 5 ans pour une lipomatose du bras. L'exérèse et l'anapath ont conclu à un lipoblastome. Devant la réapparition rapide d'autres lésions cutanées, l'avance staturopondérale, la macrocranie, la présence de lentiginose au niveau des organes génitaux externes, de papillomatose buccale, de verrues au niveau des pieds et de fibromes des gencives, le syndrome de cowden était suspecté. Le séquençage du gène PTEN n'a pas révélé une mutation délétère mais un variant à l'état hétérozygote a été retrouvé dont la pathogénicité n'est pas encore approuvée

mais le malade obéit aux Critères de diagnostic clinique du syndrome de Cowden. Un suivi clinique, biologique et radiologique régulier de l'enfant était réalisé afin de dépister une éventuelle transformation maligne. Une TDM cérébrale a montré une malrotation de l'hippocampe gauche sans anomalies de signal associées avec un kyste arachnoïdien temporal gauche polaire responsable d'un discret effet de masse sur le parenchyme adjacent. Une échographie thyroïdienne a montré la présence d'une hypotrophie du lobe thyroïdien droit avec 3 nodules gauches classés Eu-TIRADS 3 avec à la cytoponction une cytologie bénigne ainsi qu'une parotidite chronique bilatérale sans signes d'activité d'aspect stable au cours de la surveillance. Le bilan thyroïdien a montré toujours une TSH basse avec une FT4 normale. Au niveau abdominal, l'échographie abdominale ainsi qu'une endoscopie digestive haute et basse étaient normales. Au cours de son suivi, l'enfant était opérée pour un lipoblastome thoracique d'aspect bénigne à l'anapath, les lésions neurologiques et dermatologiques étaient stables. Par ailleurs, il présentait une déficience intellectuelle moyenne et des difficultés de prononciation et d'apprentissage nécessitant une prise en charge

Conclusion:

Le syndrome de Cowden est une cause rare d'affections cutanées et des lésions fibro-papillomateuses d'origine génétique. Le développement des lésions cutané-muqueuses précède souvent l'apparition des affections tumorales bénignes ou malignes qui intéressent principalement le sein et la thyroïde. La prise en charge comprend le traitement de manifestations cliniques et surtout la surveillance pour le dépistage de toute transformation maligne. En raison de la multiplicité des organes atteints, la prise en charge doit être pluridisciplinaire.

P139 - Syndrome de Treacher-Collins : A propos d'une observation

I. Bel Hadj (1), A. Gader (1), I. Trabelsi (1), M. Ben Romdhane (1), S. Hamouda (1), K. Boussetta (1),

Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza - Tunis (1),

Introduction:

Le syndrome de Treacher-Collins est un syndrome rare avec une incidence estimée à 1/50 000 naissances/an. La transmission est autosomique dominante avec une pénétrance de 90% et une expressivité variable. C'est une anomalie congénitale rare du développement crânio-facial caractérisée par une dysplasie oto-mandibulaire bilatérale et symétrique sans anomalies des extrémités, associée à diverses anomalies de la tête et du cou.

Objectifs:

Analyser les caractéristiques cliniques et évolutives d'un cas de syndrome Teacher-Collins.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson suivi depuis sa naissance au service de médecine infantile B pour un syndrome de Treacher-Collins.

Résultats:

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, issu d'un mariage non consanguin, d'une grossesse bien suivie et né à terme avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Le patient a été hospitalisé pour une détresse respiratoire néonatale en rapport avec une détresse transitoire ayant bien évolué sous lunette nasale haut débit. A l'examen, retard de croissance intra-utérin sévère avec une dysmorphie faciale associant des oreilles bas implantées, un rétro micrognathisme, une fente vélaire postérieure, un frein de la langue, un ectropion palpébral et un faciès triangulaire. L'examen a également noté une fossette coccygienne et un hypospadias avec des testicules en place. Devant la dysmorphie, un bilan malformatif a été pratiqué : échographie rénale, abdominale et cardiaque toutes sans anomalie. L'échographie transfontanelle a montré des plages hyperéchogènes péri-ventriculaire prédominant en regard des cornes frontales. Le caryotype fait pendant la période néonatale a confirmé le diagnostic de syndrome de Treacher-Collins. Le patient a eu une prise en charge multidisciplinaire : en chirurgie maxillo-faciale pour sa fente vélaire, en chirurgie pédiatrique pour son hypospadias, en consultation génétique, en ophtalmologie pour son ptosis bilatéral et en pédiatrie. Après un recul évolutif de 12 mois, le nourrisson a présenté une bonne prise pondérale avec un bon développement psychomoteur, il ne présentait pas de fausses routes et la cure de sa fente vélaire a été prévue à l'âge de 2 ans. Pour son ectropion bilatéral, une simple surveillance a été préconisée vu l'absence d'un retentissement ophtalmologique.

Conclusion:

Le diagnostic du syndrome de Treacher-Collins repose sur les données de l'examen clinique et des examens complémentaires. Les tests moléculaires confirment le diagnostic. La prise en charge est pluridisciplinaire et le pronostic pour les formes modérées est favorable avec un traitement adéquat.

Chirurgie Pédiatrie

P140 - Intérêt de drainage péritonéal dans les états septiques sévères néonatales

S. Mani (1), MO. Beji (1), R. Laamiri (1), N. Kechiche (1), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiaa (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), M. Belghith (1),

Service de chirurgie pédiatrique de Monastir (1),

Introduction:

L'entérocolite aigue nécrosante est une pathologie très grave chez les bébés prématurés. Le traitement standard consiste souvent à ouvrir chirurgicalement l'abdomen pour retirer l'intestin malade ou nécrosé. L'insertion d'un drain dans l'abdomen, au lieu de pratiquer une ouverture chirurgicale, a été évaluée dans le traitement de cette pathologie.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est d'évaluer les avantages du drainage péritonéal par rapport à la laparotomie en tant que traitement chirurgical initial de l'entérocolite aigue chez le nouveau-né prématuré.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant quatre nouveaux nés prématurés qui ont été hospitalisés avec le diagnostic d'entérocolite aigue nécrosante grave entre l'année 2016 et 2018.

Résultats:

Le traitement initial était une aspiration nasogastrique, une correction des troubles hydroélectrolytiques et une antibiothérapie à large spectre. Tous ces malades ont nécessité une intubation orotrachéale avec l'introduction des drogues vasoactives. L'évolution a été marquée par l'aggravation clinique avec apparition de pneumopéritoine à la radiographie thoraco-abdominale. A cause de l'instabilité majeure de l'état hémodynamique et respiratoire, le transport de ces malades vers un service de chirurgie était impossible. La conduite à tenir était donc de mettre une lame ondulée de drainage en regard de la fosse ilaque droite permettant d'évacuer l'épanchement intra-péritonéal et par la suite de diminuer la pression intra-abdominale. L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique et biologique, reprise du régime alimentaire dans un délai moyen de 15 jours avec une bonne tolérance digestive. Un seul malade a nécessité une exploration chirurgicale à J21 post drainage et qui a été décédé en post opératoire.

Conclusion:

Le drainage péritonéal peut être un geste de sauvetage en cas d'entérocolite aigue nécrosant grave chez les prématurés. Il permet une amélioration clinique systématique avec stabilisation rapide de l'état hémodynamique. Parfois, Il peut être un traitement définitif en évitant une laparotomie qui serait donc inutile. Néanmoins, aucune recommandation définitive ne peut être présentée aux cliniciens. Des essais contrôlés randomisés multicentriques avec des échantillons plus importants sont nécessaires afin de mieux mettre en valeur les avantages de drainage péritonéal.

P141 - Appendicite aigue et Covid

S. Mani (1), MO. Beji (1), R. Laamiri (1), N. Kechiche (1), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiao (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), M. Belghith (1),

Service de chirurgie pédiatrique de Monastir (1),

Introduction:

L'année 2020, marqua l'émergence d'un nouveau virus à tropisme respiratoire : le SARS-Cov-2. Les appendicites aigues sont les urgences chirurgicales les plus fréquentes.

Objectifs:

Nous avons réalisé une étude évaluant l'impact de cette nouvelle maladie sur la prise en charge des appendicites aigues.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective sur les appendicites aigues a été menée de Juin 2019 à Novembre 2020 inclus, au service de Chirurgie pédiatrique de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir. Les patients étaient classés, selon la date d'hospitalisation, en deux groupes (période pré-Covid et période Covid). Nous y avons comparé, les caractéristiques épidémiologiques, la présentation clinique, les examens

paracliniques, la forme compliquée ou non de l'appendicite, et les suites postopératoires (durée d'hospitalisation et éventuelles complications).

Résultats:

L'étude a inclus 210 patients (102 cas en période pré-Covid et 108 cas durant la pandémie). Pas de différence notée concernant les données épidémiologiques entre les 2 périodes ni le nombre de consultants. On a remarqué toutefois, un allongement du délai de consultation en période covid (35.6 h vs 44.4 h: $p=0.190$) surtout au-delà de la 72ième h ($p=0.038$). Nous n'avons pas objectivé de différence notable concernant les données de l'examen clinique et des explorations para-cliniques. Par ailleurs, le groupe durant la pandémie présentait un taux plus important des appendicites aiguës compliquées (25 % vs 39% : $p = 0.025$). Ce groupe a également présenté une augmentation de la durée d'hospitalisation (3 jours vs 4 jours, $p=0.007$) mais aussi 02 décès imputables à un retard dans la prise en charge.

Conclusion:

La pandémie au Covid-19, a impacté de façon non négligeable la gestion des soins d'une manière générale, et particulièrement des soins d'urgence. Un allongement du délai de consultation, de la durée d'hospitalisation et une augmentation du nombre de cas compliqués furent notés, ainsi que 02 décès imputables à une pathologie réputée bénigne.

P142 - Superior Mesenteric Artery Syndrome: A Case Report

S. Trabelsi (1), T. Cheikhrouhou (2), K. Mekki (1), M. Hsairi (1), M. Ben Dhaw (2), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgence et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1), chirurgie pédiatrique CHU Hédi Chaker Sfax (2),

Introduction:

Superior mesenteric artery (SMA) syndrome is a rare disease defined as compression of the third portion of the duodenum between the abdominal aorta and the superior mesenteric artery. Conservative management for SMA syndrome often fails, and laparoscopic duodenojejunostomy proves to be safe and effective as the optimal definitive treatment.

Objectifs:

The aim of this case report was to analyze the clinical characteristics and management of SMAS in a child.

Matériel et méthodes:

We report a case of SMA syndrome in a previously healthy 12-year-old girl who presented to the emergency department with recurrent vomiting and epigastric pain, with weight loss.

Résultats:

Palpation of his abdomen revealed generalized tenderness, but no guarding, and no abdominal masses were detected. Blood tests, including blood count, chemistries, liver function tests, inflammatory markers, coeliac disease serology, and inflammatory bowel disease serology panel were normal. The abdominal ultrasound showed no abnormalities other than a sterchoral stasis. The patient was diagnosed with SMA syndrome based on the findings of a contrasted CT of the abdomen that revealed a dilated proximal duodenum and an abrupt caliber change in the third portion of the duodenum. The aortomesenteric angle and distance were 11° (normal range: < 20) and 4 mm (normal range: 10–28 mm), respectively. Furthermore, the third part of the duodenum passed anterior to the aorta in the retroperitoneal space. The patient only underwent observation with intravenous hydration. After seven days, this treatment was considered ineffective and a laparoscopic gastrojejunostomy was performed. The patient was discharged on the seventh postoperative day. At the follow-up visit, the patient had a complete resolution of his preoperative symptoms.

Conclusion:

SMA syndrome is a rare cause of duodenal obstruction. CT is a noninvasive tool for diagnosis. First-intention treatment is conservative management but surgery may necessary. Duodenojejunostomy should be the preferred technique as it seems to offer the best outcome.

P143 - Localisations musculaires et des tissus mous du kyste hydatique : description de cinq cas

S. Mani (1), MO. Beji (1), R. Laamiri (1), N. Kechiche (1), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiaa (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), M. Belghith (1),

Service de chirurgie pédiatrique de Monastir (1),

Introduction:

Bien que les kystes hydatiques puissent avoir n'importe quelle localisation, les localisations musculaires et des tissus mous sont rares.

Objectifs:

L'objectif de notre essai est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques du kyste hydatique primaire dans ces localisations inhabituelles.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective menée dans le département de chirurgie pédiatrique de Monastir a rapporté 5 cas de kyste hydatique primaire des muscles et des tissus mous cervicaux traités entre 1995 et 2020.

Résultats:

Il y avait 4 filles et un garçon avec un âge moyen de 9 ans. Les kystes étaient situés dans le muscle psoas droit dans 2 cas, dans le muscle diaphragmatique dans un cas et dans les tissus mous cervicaux dans 2 cas. Une association avec d'autres localisations habituelles dans le poumon ou le foie a été signalée dans 3 cas. La symptomatologie n'était pas spécifique dans 3 cas. L'examen clinique a permis de détecter une masse cervicale dans deux cas. Les résultats radiologiques ont confirmé le diagnostic

dans tous les cas. Les kystes hydatiques musculaires du psoas ont été traités par chirurgie laparoscopique dans un cas, l'autre cas a été traité par Albendazole pendant une période de 12 mois. Une approche chirurgicale classique a été réalisée pour le kyste diaphragmatique et un kyste cervical. Pour l'autre kyste cervical, le patient a reçu un traitement médical. Avec une période de suivi moyenne de 1 an et 7 mois, aucune récurrence n'a été signalée.

Conclusion:

les localisations inhabituelles de kyste hydatique chez l'enfant sont une condition rare. Le diagnostic est souvent difficile. L'imagerie permet le diagnostic topographique précis. Le traitement de choix reste la chirurgie lorsqu'elle est indiquée associée à un traitement médical.

P144 - SAM dans les suites opératoires d'un abcès appendiculaire : une observation rare

MO. Beji (1), R. Laamiri (1), N. Kechiche (1), T. Ghedira (2), H. Besbes (2), S. Mani (1), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksaa (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), S. Chouchene (2), M. Belghith (1),

Service de chirurgie pédiatrique CHU Fattouma Bourguiba Monastir (1), service de Pédiatrie CHU Fattouma Bourguiba Monastir (2),

L'empyème thoracique et l'appendicite aiguë sont rarement associés.

Objectifs:

Nous rapportons l'observation d'un enfant présentant un épanchement pleural purulent secondaire à un abcès appendiculaire tout en précisant les mécanismes physiopathologiques expliquant cette association atypique.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons l'observation d'un enfant présentant un épanchement pleural purulent secondaire à un abcès appendiculaire tout en précisant les mécanismes physiopathologiques expliquant cette association atypique.

Résultats:

Il s'agit d'un garçon âgé de 3 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a été hospitalisé pour douleur abdominale et vomissement évoluant dans un contexte fébrile. La biologie avait montré un syndrome inflammatoire biologique. L'échographie abdominale était en faveur d'une appendicite aiguë compliquée. L'exploration chirurgicale avait révélé un abcès appendiculaire avec un appendice non perforé. Les suites opératoires étaient marquées par la persistance d'une fièvre chiffrée à 40°C. A l'examen clinique, la plaie était propre, l'abdomen était souple et dépressible. L'orifice de drainage ramenait du liquide séreux. Un scanner thoracoabdominal avait révélé une collection sous phrénique gauche de 8 mm et une autre au niveau de la fosse iliaque droite de 10 mm. Les coupes passant par le thorax avaient montré un épanchement pleural gauche de moyenne à grande abondance échogène, cloisonné avec un collapsus total du lobe inférieur gauche. La ponction pleurale ramenait un liquide

trouble exsudatif avec des éléments blancs élevés. La décision était d'adapter l'antibiothérapie. l'enfant a développé par la suite un syndrome d'activation macrophagique secondaire d'origine infectieux traité par transfusion de veino-globuline. L'évolution était favorable avec une amélioration clinique et radiologique. Il était mis sortant à J28 post opératoire.

Conclusion:

Bien que très rare, un empyème thoracique peut accompagner une appendicite aiguë. Ceci est expliqué par l'anatomie de l'espace de Morgagni-Larrey qui met en communication le médiastin antérieur et la cavité abdominale, ainsi que la direction de flux lymphatique et la différence de pression entre le thorax et l'abdomen.

P145 - L'abcès ovarien rompu : une rare étiologie de péritonite généralisé.

MO. Beji (1), R. Laamiri (1), A. Bochra (1), N. Kechiche (1), H. Ben Aoun (2), N. Balhoudi (2), M. Ben Fredj (1), MS. Sfar (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksiao (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), H. Metjawel (2), M. Belghith (1),

Service de chirurgie pédiatrique CHU Fattouma Bourguiba Monastir (1), service de Pédiatrie Hopital universitaire Kairouan (2), service de pédiatrie CHU Fattouma Bourguiba Monastir (3),

Introduction:

Les infections génitales chez l'adolescente sont peu fréquente ce qui est à l'origine d'un diagnostic le plus souvent tardif.

Objectifs:

Nous allons rapporter le cas d'une patiente opérée pour péritonite généralisé secondaire à un abcès ovarien rompu afin de souligner les difficultés diagnostique et thérapeutique de cette infection.

Matériel et méthodes:

Nous allons rapporter le cas d'une patiente opérée pour péritonite généralisé secondaire à un abcès ovarien rompu afin de souligner les difficultés diagnostique et thérapeutique de cette infection.

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 13 ans, sans antécédents pathologiques notables, pubère consulte les urgences pédiatriques pour douleurs abdominales associées à des vomissements alimentaires et une fièvre chiffré à 39°C évoluant depuis 3 jours avant son hospitalisation. A l'examen, l'enfant était fébrile, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et une défense abdominale généralisé à la palpation. La biologie montre un syndrome inflammatoires biologique et une imagerie par TDM abdominale conclu à un aspect en faveur d'une péritonite aigue généralisée. Une réanimation première a été entamée puis l'enfant a été acheminé au bloc opératoire. L'exploration chirurgicale a objectivé un épanchement intra-péritonéal de grande abondance avec présence de fausse membrane, un appendice inflammatoire d'allure réactionnel et un kyste ovarien de l'ovaire gauche surinfecté et

rompu sans torsion ovarienne. Une kystectomie avec une toilette péritonéale a été pratiquée. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à un abcès ovarien. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion:

Bien que rare un abcès ovarien chez l'adolescente peut se voir. Passé inaperçu il peut se compliquer et être à l'origine d'un état septique grave. Une prise en charge adéquate et à temps permet un pronostic favorable.

P146 - Surinfection d'une cavité résiduelle d'un kyste hydatique du foie.

MO. Beji (1), R. Laamiri (1), S. Laaribi (1), N. Kechiche (1), T. Ghedira (2), S. Zayeni (2), MS. Sfar (1), M. Ben Fredj (1), S. Ben Youssef (1), S. Mosbahi (1), A. Ksaa (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (1), S. Chouchene (2), M. Belghith (1),

Service de chirurgie pédiatrique CHU Fattouma Bourguiba Monastir (1), service de Pédiatrie CHU Fattouma Bourguiba Monastir (2),

Introduction:

Le kyste hydatique est une pathologie parasitaire bénigne dont le traitement chirurgical reste le gold standard. Les complications de la chirurgie de kyste hydatique hépatique sont variés et imprévisibles.

Objectifs:

Nous allons rapporter le cas d'un garçon opéré pour kyste hydatique du foie compliqué en post-opératoire tardif d'un abcès de la cavité résiduelle ainsi que les difficultés rencontrés dans sa prise en charge thérapeutique.

Matériel et méthodes:

Nous allons rapporter le cas d'un garçon opéré pour kyste hydatique du foie compliqué en post-opératoire tardif d'un abcès de la cavité résiduelle ainsi que les difficultés rencontrés dans sa prise en charge thérapeutique.

Résultats:

Un garçon âgé de 9 ans, aux antécédents d'hydatidose pulmonaire et hépatique opérés, suivie régulièrement dans nos consultations externes avec aux contrôles échographiques persistance d'une cavité résiduelle du dôme hépatique de 54 x 41 mm. Il consulte les urgences pédiatriques à 8 mois post-opératoires pour toux productive associée à une altération de l'état général. L'examen clinique note une température à 37.1 °C, une déshydratation stade I, une abolition des murmures vésiculaires à droite et un abdomen sensible au niveau de l'hypochondre droit. Les examens complémentaires conclus à un syndrome inflammatoire biologique et un aspect d'un bilome probablement surinfecté et doute sur une brèche diaphragmatique. Un drainage scanno-guidé a été fait ayan conclus à un abcès hépatique du dôme hépatique avec isolement d'un staphylococcus aureus à la culture. Un traitement par antibiothérapie en IV pendant 3 semaines a été indiqué avec bonne évolution initiale. A J15 d'hospitalisation, l'enfant a présenté une douleur thoracique avec orthopnée dans contexte d'apryexie

avec ré-ascension de la CRP. Un complément par une TDM thoracique avait conclu à une régression en taille de l'abcès hépatique, une pneumopathie en cours d'abcédation du lobe moyen associé à une lame d'épanchement pleural droit et apparition d'un épanchement péricardique confirmé par échographie cardiaque. Le diagnostic d'une péricardite compliquant un abcès sous phrénique est retenu traité médicalement avec bonne évolution. Un switch vers une antibiothérapie à large spectre (Tienam + Vancomycine + Amiklin) a été décidé reçu pendant 21 jours avec disparition de toute plainte fonctionnelle au bout de 40 jours d'hospitalisation.

Conclusion:

Les complications de la chirurgie des kystes hydatiques du foie sont très variées et peuvent avoir des conséquences graves. Une surinfection de la cavité résiduelle doit être évoquée et traitée convenablement en cas de tableau clinique évocateur afin d'éviter toute aggravation.

P147 - Hernie rétro-costo-xyphoïdienne: Cause inhabituelle de dyspnée sifflante chez le nourrisson

S. Zeddini (1), W. Barbaria (1), L. Ferchichi (1), O. Hammami (1), S. Sahli (2), I. Ganzoui (3), I. Khamassi (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie- Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte (1), Service de chirurgie pédiatrique A- Hôpital D'enfants Bechir Hamza de Tunis. (2), Service de radiologie- Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (3),

Introduction:

La hernie rétro-costo-xiphoidienne est une malformation congénitale rare. Le diagnostic de cette malformation est souvent retardé puisqu'elle reste longtemps asymptomatique. Nous rapportons l'observation d'un nourrisson ayant une hernie rétro-costo-xiphoidienne révélée par une dyspnée sifflante récurrente.

Objectifs:

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson ayant une hernie rétro-costo-xiphoidienne révélée par une dyspnée sifflante récurrente.

Matériel et méthodes:

Etude du dossier médical d'un nourrisson hospitalisé pour dyspnée sifflante en rapport avec une hernie rétro costo xiphoidienne

Résultats:

Nourrisson de sexe masculin, âgé de 6 mois, consulte les urgences pédiatriques de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte pour troisième épisode de dyspnée sifflante. Il est issu de parents non consanguins, sans antécédents notables. Le suivi de la grossesse et l'accouchement étaient sans anomalies. Il n'a pas d'antécédents périnataux particuliers. Il a présenté deux épisodes de dyspnées sifflantes traités symptomatiquement à l'âge de 3 mois et 5 mois. L'histoire actuelle est faite de toux et difficultés respiratoires depuis 24 heures. A l'examen, il était eutrophique et apyrétique. Il avait un

léger tirage sous costal. L'auscultation pulmonaire a révélé des râles sibilants au niveau des bases pulmonaires. L'examen abdominal et neurologique était sans anomalies. La radiographie de thorax a montré une image claire de l'angle cardiophrénique droit évoquant la présence de clartés digestives intra-thoraciques. Le diagnostic était celui d'une hernie rétro-costo-xiphoïdienne. Le patient a été adressé au service de chirurgie pédiatrique où il a bénéficié d'une fermeture de l'orifice diaphragmatique avec réintégration des anses intestinales dans l'abdomen. Les suites opératoires étaient simples. Le bilan des malformations associées était négatif. Actuellement, il est âgé de deux ans, il est asymptomatique.

Conclusion:

La hernie rétro-costo-xiphoïdienne est une entité rare, de découverte le plus souvent fortuite. La dyspnée sifflante en est un signe révélateur exceptionnel. La radiographie standard permet un diagnostic de certitude.

P148 - Triple acute intussusception of the small bowel reveals a Peutz-Jeghers syndrome

K. Ben Mansour (1), N. Jelalia (1), F. Haouas (1), MY. Aissa (1), M. Ben Dhia (1),

Service de Pédiatrie hôpital régional de Nabeul (1),

Introduction:

Peutz-Jeghers is a rare genetic disease exhibiting autosomal dominant transmission. The syndrome involves mucocutaneous pigmentation, hamartomatous polyps of the small intestine and a family history. We report a rare case of triple intussusception on hamartomatous polyps in a 12-year-old patient who consulted for abdominal pain.

Objectifs:

To value the early diagnosis of this disease and its treatment through a new pediatric case.

Matériel et méthodes:

CASE REPORT

Résultats:

This is a 12-year-old boy, with no notable pathological history, who was admitted for abdominal pain associated with digestive signs (vomiting and diarrhea) since 24 hours. On clinical examination, the patient was in good general condition, periumbilical tenderness on abdominal palpation, a skin hyperpigmentation in the cheeks with no other associated abnormalities. The biological assessment showed a biological inflammatory syndrome (WBC at 22000/mm³, CRP at 78 mg/l and VS at 100 mm). The SARS-COV2 PCR was negative. The evolution was marked by the persistence of digestive signs, an abdominal scan showed a triple acute intussusception of the small bowel the largest on measured 25 cm. At the resumption of the interrogation with the parents, it turned out that the patient's mother was followed for a peutz-jeghers syndrome, and were operated at the age of 13 years-old for an intussusception of the small bowel. The patient was transferred to pediatric surgery department and a

disinvasion was practiced. The confirmation of the diagnosis by molecular biology is actually in progress.

Conclusion:

Acute intussusceptions are rare in PJS and their multiplicities are exceptional. However, this syndrome must be evoked in front of abdominal pain recurrent in patients with mucocutaneous pigmentation. The high frequency of neoplasia in this disease must encourage early recognition of clinical symptoms, histological confirmation and monitoring narrow.

P149 - Malformation d'Abernethy de diagnostic anténatal : A propos d'un cas

M. Mabrouk (1), Z. Najar (1), H. Boudabous (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), A. Ben Chehida (1), S. Abdelmoula (1),

CHU La Rabta, Service de médecine infantile métabolique (1),

Introduction:

La malformation d'Abernethy est un shunt porto-systémique congénital extra-hépatique. C'est une anomalie congénitale très rare, son incidence est estimée à 1 sur 30 000 naissances.

Objectifs:

Décrire cette malformation ainsi que les modalités thérapeutiques actuelles.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de malformation d'Abernethy chez un nourrisson de sexe masculin, découverte en anténatal

Résultats:

Observation : Il s'agit d'un nourrisson actuellement âgé de 11 mois. Le diagnostic de malformation d'Abernethy a été fait par l'échographie systématique du deuxième trimestre de la grossesse. En post natal, la maladie s'est manifestée par une détresse respiratoire néonatale, ayant nécessité la ventilation mécanique. Le diagnostic a été confirmé par l'ETT et l'angioscanner thoraco-abdominal. L'ETT a objectivé : une communication interauriculaire ostium secundum, un canal aorto-pulmonaire restrictif avec shunt gauche-droit, une structure veineuse large faisant 8 mm communiquant le système porte avec les veines sous-hépatiques. L'angioscanner thoraco-abdominal postnatal a montré : un shunt porto-systémique responsable du détournement de la circulation spléno-mésentérique en dehors du foie vers la veine cave inférieure, entrant dans le cadre d'un syndrome d'Abernethy de type 1B, avec une hyperartérialisation compensatrice du foie, et une hypertension artérielle pulmonaire. L'évolution est compliquée d'une hypertension artérielle pulmonaire à l'âge de 5 mois, d'une dyspnée stade III-IV de NYHA, d'une hypotrophie sévère et plusieurs épisodes de dyspnée sifflantes nécessitant la ventilation par lunettes à haut débit, béta2 mimétiques, anticholinergiques et corticothérapie. Il est sous diurétiques de l'anse et inhibiteur de la 5-phosphodiesterase au long cours, en attente d'une fermeture percutanée de la CIA dans un premier temps, une correction chirurgicale et/ou une transplantation hépatique dans un deuxième temps.

Conclusion:

Ce cas clinique illustre la gravité de la malformation d'Abernethy, dont le diagnostic peut être apporté par l'échographie morphologique anténatale systématique et la complexité de sa prise en charge.

P150 - Incidence des infections du site opératoire en chirurgie pédiatrique. A propos d'une étude prospective au CHU Fattouma Bourguiba Monastir

A. Toumi (1), S. Belhassen (1), H. Rouag (2), M. Ben Fredj (2), S. Ben Youssef (2), A. Ksia (1), L. Sahnoun (1), M. Mekki (2), M. Belghith (1),

Service de Chirurgie pédiatrique, Hôpital fattouma Bourguiba Monastir (1), Service de Pédiatrie Monastir (2),

Introduction:

Les infections de site opératoire (ISO) sont des infections associées aux soins (IAS) survenant dans les 30 jours qui suivent à une intervention chirurgicale non prothétique. Les ISO sont la première complication post opératoire ayant des conséquences lourdes sur le patient en terme de comorbidité et de mortalité et sur la communauté en terme économique. Les études d'incidence qui se sont intéressées à la population pédiatrique sont rares.

Objectifs:

mesurer le taux d'incidence des ISO dans le service de chirurgie pédiatrique de Monastir, de connaître les principales caractéristiques des ISO et de proposer des protocoles et des recommandations pratiques afin de contrôler et prévenir les ISO.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective, réalisée dans le service de chirurgie pédiatrique de Monastir durant une période de 4 mois, du 1er février au 1er juin 2017. Les définitions utilisées sont celles retenues par les Centres For Disease Control (CDC) en 1992 . On a revu tous les patients opérés et suivis au service de chirurgie pédiatrique et on a exclu ceux qui ont subi des actes invasifs à visée diagnostique, des actes de radiologie interventionnelle, des ré interventions au niveau d'une même localisation opératoire sauf si le temps écoulé entre les deux interventions est supérieur à 30 jours, des circoncisions, des incisions d'abcès cutané superficiels ou des pansements de brûlure

Résultats:

414 patients ont été inclus dans notre étude. 58,7% de la population était des enfants âgés de plus de 2 ans. Le sexe ratio était de 1,4 et 79,5% des patients, tous types de chirurgie, ont été revus à la consultation externe dans les 30 jours post opératoires. Pour la chirurgie ambulatoire, 83% des patients pédiatriques ont été revus alors que pour la chirurgie non ambulatoire 73,5% ont été revus. Le nombre des cas d'ISO était de 11, ce qui correspond à un taux d'incidence de 3,3 %. La densité d'incidence a été estimée à 11.9 cas pour 1000 journées d'hospitalisation. La distribution des ISO selon le siège montrait que 4 cas étaient des infections superficielles et 7 cas étaient des infections de l'organe ou d'espace. Le délai d'apparition de l'infection après l'intervention variait de 1 à 22 jours avec une médiane de 9 jours. L'infection s'est déclarée après la sortie du service pour 4 patients (36

%) dont 1 a été ré-hospitalisé. Sept patients ont présenté des signes cliniques en faveur de l'ISO au cours de leurs séjours à l'hôpital dont 1 a nécessité une reprise chirurgicale et les 6 autres ont été traité par des antibiotiques. L'évolution était favorable dans 10 cas et défavorable dans 1 cas de décès. L'examen bactériologique a été effectué auprès de 4 patients aboutissant à l'identification de 5 microorganismes (Escherichia coli, Enterobacter cloacae, staphylocoque coagulase négative (BMR), Klebsiella pneumoniae et Candida Tropicalis). L'estimation du coût direct global qui serait imputable aux seuls cas d'ISO est estimée à 53291,870DT, ce qui fait en moyenne 4844,715DT par patient infecté. L'étude des facteurs de risque individuels a montré que les nouveaux nés et les nourrissons sont plus à risque de développer une ISO ($p=0.039$). La présence d'un drain ou d'un sondage gastrique était associée à un risque élevé des ISO. Pour les facteurs de risques liés à l'intervention chirurgicale, on a trouvé que la chirurgie du grêle est la plus pourvoyeuse des ISO (27%)

Conclusion:

La lutte contre ces infections passe avant tout par l'application stricte des recommandations d'hygiène, un usage raisonné des antibiotiques, et la mise en place d'une surveillance pour fournir des indicateurs épidémiologiques permettant d'en évaluer l'efficacité. Ces mesures s'inscrivent dans une politique globale d'amélioration de la sécurité des patients tout au long de leur parcours de soins

Autre

P151 - BCGite chez l'enfant dans sa forme localisée et disséminée : profil clinique et étiologique

H. Hammami (1), H. Hrizi (1), C. Bouassida (1), R. Guedri (1), L. Essadem (1), M. Dahmouni (1), Z. Fitouri (1), S. Ben Becher (1),

Service de Pédiatrie urgences et consultation Hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

Les BCGites sont des complications rares spécifiques du vaccin par le bacille de Calmette et Guérin BCG. Elles se présentent souvent sous la forme de réaction locale bénigne. Des formes disséminées peuvent survenir sur un terrain de déficit immunitaire ou même immunocompétent.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la BCGite chez l'enfant dans ses deux formes locale et disséminée.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les cas de BCGite chez des enfants hospitalisés dans le service de Pédiatrie urgences et consultation de l'hôpital d'enfants de Tunis sur une période de 6 ans allant du janvier 2017 à octobre 2022.

Résultats:

Nous avons colligé 9 enfants d'âges différents allant de 4 mois à 21 mois avec une moyenne de 8 mois. Ils étaient tous sans antécédents particuliers. Les lésions de BCGite sont apparues en moyenne 3 mois après la vaccination par le BCG. Dans 6 cas, elle était loco-régionale sous forme de tuméfaction sous-cutanée avec une ou plusieurs adénopathies satellites. Les lésions se sont fistulisées dans 4 cas. Une exérèse n'a été réalisée que dans 2 cas et l'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de BCGite. Trois enfants avaient une BCGite disséminée sous forme d'atteinte cutanée et ganglionnaire à localisations multiples avec ou sans fièvre. Un bilan immunitaire a été réalisé chez tous les enfants. On a retenu le diagnostic du syndrome de susceptibilité mendélienne aux infections mycobactériennes chez un seul nourrisson. Le traitement a consisté en une quadrithérapie antituberculeuse chez 2 cas et une bithérapie chez deux autres cas pendant une période variable de 3 à 10 mois. L'évolution était bonne dans tous les cas.

Conclusion:

La BCGite doit être évoquée chez tout enfant vacciné par le BCG ayant des lésions cutanées évocatrices ou ayant résisté aux ATB habituels. La BCGite locale banale est généralement due à une mauvaise technique d'injection du vaccin et la BCGite disséminée est généralement due à un déficit immunitaire qu'il faut chercher systématiquement.

P152 - Acidurie glutarique de type I : à propos de 4 observations

K. Mekki (1), A. Elleuch (1), Z. Hadrich (1), L. Jallouli (1), L. Gargouri (1), A. Mahfoudh (1),

Service urgence et réanimation pédiatrique CHU hédi Chaker Sfax (1),

Introduction:

L'acidurie glutarique de type I (AG-I) est une maladie héréditaire du métabolisme. Elle est liée à une mutation du gène GCDH, de transmission autosomique récessive. La forme infantile se caractérise par un début brutal survenant préférentiellement pendant un épisode fébrile ou un épisode de jeûne pendant la petite enfance.

Objectifs:

Décrire les circonstances diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de l'AG-I

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée sur 5 ans (janvier 2012- décembre 2016) ayant colligé 4 enfants hospitalisés au sein du service d'urgence et réanimation pédiatrique de l'hôpital Hédi Chaker de Sfax et pour lesquels le diagnostic d'une AG-I a été retenu.

Résultats:

Nous avons colligé 4 nourrissons (2 filles et 2 garçons). L'âge moyen du début de la symptomatologie était de 9 mois. Une consanguinité et des cas similaires dans la famille ont été retrouvés respectivement dans trois quarts des cas et dans un quart des cas. Il n'y avait pas d'antécédents néonataux en dehors d'une asphyxie périnatale grade 1 chez un seul enfant. Un retard des acquisitions psychomotrices était retrouvé dans la moitié des cas. Le mode de révélation était à type de décompensation neurologique

aigue dans deux cas : convulsion (1 cas), refus de tété et apathie (1 cas) et insidieuse dans les deux autres cas (hypotonie d'installation progressive). L'examen retrouvait une dysmorphie faciale (2 cas), une macrocéphalie (3 cas), une hypotonie axiale (4 cas), une hypertonie périphérique (1 cas) et une hépatomégalie (1 cas). Dans tous les cas, l'IRM cérébrale a montré des anomalies du signal bilatérales des noyaux gris centraux ou de la substance blanche et la chromatographie des acides aminés sanguins et des acides organiques urinaires a montré une accumulation massive de l'acide glutarique avec présence anormale du 3 hydroxy glutarique. Le traitement était basé sur le régime pauvre en lysine et la supplémentation en L carnitine. L'évolution était émaillée par la survenue de décompensations (2 en moyenne) secondaires à un écart du régime (2 cas), un décès et encéphalopathie (1 cas). Le recul moyen était de 9 ans.

Conclusion:

L'AG-I est une maladie métabolique rare et peut être grave. Un diagnostic anténatal en plus de l'adhésion au régime en lysine et l'observance du traitement pourraient éviter les crises métaboliques et améliorer le pronostic à long terme

P153 - L'acrodermatite entéropathique, le déficit transitoire ou acquis ? : à propos d'un cas

A. Jelassi (1), A. Msaddek (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), S. Yahiaoui (1), R. Ben Rebah (1), S. Boukthir (1),

Service de pédiatrie C de l'hôpital d'enfants de Tunis (1),

Introduction:

Le zinc est un oligoélément indispensable pour le bon fonctionnement de plusieurs systèmes ainsi que pour l'intégrité de la peau et des phanères. Le déficit en zinc est rare et peut engager le pronostic vital en absence de traitement.

Objectifs:

Discuter les étiologies du déficit en zinc à travers une observation.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un déficit en zinc transitoire chez un nourrisson hospitalisé au service de pédiatrie C de l'hôpital d'enfants de Tunis.

Résultats:

Il s'agissait d'un nourrisson âgée de deux mois et demi, née à terme d'une première grossesse d'un couple non consanguin. Elle était sous allaitement maternel exclusif. Elle a présenté à l'âge de 2 mois une stomatite non améliorée par un traitement antifongique, suivie par l'apparition de lésions bulleuses de la face et du siège non améliorées par des antibiotiques, ainsi qu'une diarrhée. A l'examen, elle était eutrophique, irritable. Elle avait des lésions érosives érythémato-croûteuses et bulleuses péri-buccales, péri-auriculaires et périnéales. Une Onycholyse au niveau des doigts et des orteils. A la biologie, elle avait des phosphatases alcalines basses à 81 U/l, zincémie basse à 55 µg/100ml. Le dosage du zinc dans le lait maternel et l'étude génétique sont en cours. Le nourrisson a

été mis sous sulfate de zinc à la dose de 3mg/kg/j de zinc élémentaire. L'évolution a été rapidement favorable avec une nette régression des lésions cutanées dès J4 de traitement et disparition totale à J15.

Conclusion:

Le déficit en zinc détermine des lésions dermatologiques fortement évocatrices. Le pronostic a été totalement modifié par la supplémentation en zinc dont la durée est fonction de l'étiologie. Par cette observation, nous voulons attirer l'attention sur la possibilité de survenue de signes de déficit en zinc chez les nourrissons exclusivement allaités au sein : c'est la forme transitoire.

P154 - La Tyrosinémie héréditaire de type 1 : Difficultés diagnostiques

B. Ferchichi (1), Y. Ben Rejeb (1), R. Amdouni (1), M. Rabhi (1), H. Barakizou (1),

Service de Pédiatrie Hôpital militaire de Tunis (1),

Introduction:

La tyrosinémie héréditaire de type 1 est une maladie sévère du foie causée par un déficit de l'activité de la fumarylacétoacétate hydrolase (FAH). Il en résulte une accumulation de métabolites toxiques dans l'organisme pouvant avoir de multiples effets néfastes sur le foie, le rein et le système nerveux. Bien que la présence de Succinylacétone à des taux élevés lors de la Chromatographie dans le sang et les urines soit pathognomonique, certaines études ont montré que les anomalies de ce métabolite ne sont pas toujours présentes et détectables.

Objectifs:

Faire le point sur un cas de tyrosinémie révélé par une hépatite virale avec une chromatographie des AA dans le sang et les urines normale.

Matériel et méthodes:

A propos d'un cas de nourrisson de 14 mois hospitalisée pour ballonnement abdominal avec des épistaxis à répétition

Résultats:

Il s'agit d'un nourrisson de sexe féminin et âgée de 14 mois issue d'un mariage consanguin de deuxième degré aux antécédents familiaux de décès en bas âge par maladie de Gaucher. Elle a été hospitalisée dans notre service pour exploration d'un ballonnement abdominal avec des épistaxis constatés depuis l'âge de 4 mois. L'examen initial trouve un nourrisson eutrophique avec une hépatomégalie à 9cm, un abdomen distendu et un œdème palpébral. Son bilan initial montre une insuffisance hépatocellulaire avec TP = 14%, TCA = 3.5, Facteur V bas à 19%, fibrinogène 0,62g/L avec une cytolyse hépatique ASAT/ALAT= 86/58, une hypoprotidémie à 46g/L et une hyperammonémie à 195 ainsi qu'une anémie normochrome normocytaire et une thrombopénie. Dans le cadre du bilan étiologique, un dosage de la beta glucosidase est revenu normal, un bilan d'hépatite auto-immune était sans anomalies. Dans le

cadre de la recherche d'une hépatite virale, la PCR de l'HSV était revenue positive d'où la mise du nourrisson sous aciclovir intraveineux . L'évolution a été marquée cliniquement par une régression de l'hépatomégalie passée à 7cm avec la persistance de l'insuffisance hépatique et de l'hyperammonémie. La chromatographie dans le sang et les urines n'a pas objectivé de succinylacetone. Le profil des acylcarnitines sur papier guthrie était normal. Le dosage des succinylacetones urinaires par méthode indirecte a montré un taux élevé à 115 umol/L. Le diagnostic de la tyrosinémie type 1 a été retenu et le nourrisson a été mis sous NTBC à la dose de 2mg/kg/j à J25 d'admission. L'évolution était marquée par larégression des œdèmes ainsi qu'une amélioration de l'insuffisance hépatique (le TP a passé à 22% et le taux de facteur V à 25%) à J6 de NTBC. Actuellement, nous avons un recul de 2 ans avec un bilan hépatique strictement normal.

Conclusion:

La tyrosinémie a des conséquences désastreuses sur le foie, le rein et le système nerveux. Une chromatographie normale n'élimine pas le diagnostic. La possibilité que cette maladie soit démasquée par une hépatite virale reste à considerer.

P155 - Tentatives de suicides chez les enfants : expérience du service de pédiatrie Farhat Hached (2021-2022)

Y. Smaoui (1), N. Jaballah (1), R. Kebaili (1), A. El Amri (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), S. Ghorbel (1), A. Tej (1), S. Tilouch (1), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1),

Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse (1),

Introduction:

De nos jours, la fréquence des comportements suicidaire ne cesse d'augmenter d'une manière alarmante surtout chez les enfants à un âge de plus en plus jeune. Ces tentatives de suicide chez les jeunes, ont un retentissement psychologique et social très lourd, il est donc impératif de repérer et de reconnaître les facteurs de risque incriminés afin de les prévenir.

Objectifs:

L'objectif de notre étude est de décrire le profil sociodémographique, clinique et de déterminer les facteurs de risque des tentatives de suicide chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur les tentatives de suicide chez les enfants âgés de moins de 15 ans, qui ont été hospitalisé dans le service de pédiatrie du CHU Farhat Hached Sousse, entre 1 janvier 2021 et 31 octobre 2022 (sur une période de 22 mois).

Résultats:

Au total, nous avons colligé 18 cas de tentatives de suicide avec une nette prédominance féminine. L'âge moyen de notre population était de 13 ans et demi avec des extrêmes de 9 à 14 ans. Cinq de nos patients avaient des antécédents familiaux de pathologies psychiatriques, 2 parmi ces 5 avaient des antécédents de tentative de suicide dans la famille. Concernant les antécédents personnels, 4 patients

étaient victimes d'une maltraitance, et 2 autres étaient suivis en pédopsychiatrie. Il s'agissait d'une récurrence dans 2 cas. Les facteurs de risque les plus incriminés étaient les mauvaises conditions socio-économiques (12 cas), la notion de conflit familial (15 cas), le divorce des parents (7 cas) l'échec scolaire (4 cas) et le redoublement (9 cas), le suivi pour une pathologie chronique (7 cas) La prise médicamenteuse était le moyen le plus utilisé (17 cas). Sur le plan clinique, 6 patients étaient asymptomatiques, 9 patients étaient symptomatiques mais ne présentaient pas de signes de gravité et 3 patients ont nécessité une hospitalisation en unité de réanimation. Sur le plan psychiatrique, la majorité de ces tentatives de suicide (15 cas) étaient réactionnelles, Un épisode dépressif majeur était retrouvé dans 3 cas et un seul cas a nécessité une hospitalisation ferme dans un service de pédopsychiatrie.

Conclusion:

Cette série confirme le fait que la conduite suicidaire est rattachée le plus souvent à un contexte environnemental particulier et à une vulnérabilité psychique sous-jacente. Après une première tentative de suicide, la réitération demeure un risque majeur d'où l'importance d'une prise en charge psycho-sociale pour éviter les récurrences

P156 - Déficiences de la β -oxydation mitochondriale des acides gras : aspects cliniques et évolutifs

G. Chtioui (1), A. Ben Chehida (1), S. Ben Youssef (1), M. Zribi (1), S. Khatrouch (1), H. Boudabous (1), MS. Abeldmoula (1), S. Haj Taieb (2), M. Fekih (2),

Service de pédiatrie et de maladies métaboliques la Rabta, Tunis (1), Service de Biochimie la Rabta, Tunis (2),

Introduction:

La β -oxydation des acides gras (β -OAG) est un processus biochimique indispensable pour le métabolisme énergétique de l'organisme. Le déficit de l'une de ses étapes est responsable d'un dysfonctionnement d'un ou plusieurs organes, grands consommateurs d'AG : le foie, le cœur et les muscles. Malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques récents, ces pathologies sont souvent sous-diagnostiquées et gardent un pronostic sévère.

Objectifs:

décrire les phénotypes clinico- biologiques de 5 observations de déficiences de la β -OAG

Matériel et méthodes:

Etude descriptive de 5 observations de patients suivis dans notre service pour déficiences de la β -OAG

Résultats:

Il s'agit de cinq enfants (3 garçons), issus de couples consanguins. L'anamnèse a révélé un décès en bas âge dans la famille dans deux cas (frères et sœur). La présentation clinique était néonatale dans un seul cas faite de détresse neurologique (hypotonie généralisée et refus de tétée), avec une hypoglycémie sans acétonurie, ni hépatomégalie. Le bilan fait au moment de l'hypoglycémie était

normal (lactacidémie, ammoniémie, transaminases, GDS, CPK et LDH) en dehors d'une augmentation de C16, C18 et C18 :1 au profil des acyls carnitines, en faveur d'une anomalie de la β -OAG à chaînes longues. Pour les autres cas, la révélation s'est faite entre l'âge de 1,5 mois et 5 mois, par une détresse neurologique et/ou un syndrome de Reye-like. Le bilan métabolique était en faveur d'un déficit en MCAD (AG à chaînes moyennes) dans 3 cas et d'un déficit en VLCAD dans un cas. Le bilan de retentissement a révélé une cardiomyopathie hypertrophique modérée (CMH) dans 2 cas, une atteinte musculaire dans 3 cas et une neuropathie périphérique dans un seul cas. La confirmation génétique a été possible dans un seul cas (homozygote pour la substitution p.Arg281Gly dans le gène ACADM, responsable du déficit en MCAD). Dans tous les cas, un traitement par la carnitine et un régime adapté au déficit étaient instaurés. L'évolution était fatale dans 2 cas (MCAD) à l'âge de 3 et 6 mois. Les 3 autres cas sont encore vivants et suivis, âgés de 5 mois, 5 ans et 12 ans. Ils ont un développement psychomoteur et staturo-pondéral satisfaisant et n'ont pas refait de décompensation.

Conclusion:

Les déficits de la β -OAG représentent des pathologies potentiellement graves puisqu'elles comprennent un risque de mortalité, de décompensation aiguë sévère et d'atteinte cardiaque. Elles doivent être suspectées devant toute hypoglycémie hypocétotique ou un syndrome de Reye ou une CMH, et ce d'autant plus que leur pronostic est lié à la précocité de mise en route d'un traitement spécifique.

P157 - Masse abdominale révélatrice d'une maladie de Kawasaki : A propos d'un cas

H. Gandouz (1), Z. Khlayfia (1), J. Abid (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),

Introduction:

La maladie de Kawasaki, bien connue des pédiatres, est une vascularite multisystémique aiguë touchant les vaisseaux de moyens calibres avec une prédilection pour les artères coronaires. Parfois, le tableau clinique est trompeur pouvant faire errer le diagnostic et retarder la prise en charge.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'une fille ayant une maladie de Kawasaki révélée par une masse abdominale.

Matériel et méthodes:

Observation de maladie de Kawasaki diagnostiquée et suivie au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa en 2022.

Résultats:

Fille âgée de 8 ans, issue d'un mariage non consanguin sans antécédents familiaux ou personnels particuliers ayant un bon développement psychomoteur et staturo-pondéral, consulte pour fièvre évoluant depuis 8 jours avec éruption cutanée rapidement extensive et tuméfaction douloureuse de l'hypochondre droit. Elle était fébrile à 38,8°C, eupnéique avec un état hémodynamique stable et un

bon état neurologique. Elle présentait un subictère avec une éruption cutanée au niveau du tronc et du dos à type de macules et de papules érythémateuses. La langue était framboisée. L'examen de l'abdomen a objectivé une hépatomégalie, une sensibilité de l'hypochondre droit avec présence d'une masse faisant 10 cm de grand axe douloureuse et mobile sans splénomégalie ni adénomégalie. Le bilan a montré un syndrome inflammatoire biologique, une thrombocytose, une cytolysé hépatique, une cholestase sans insuffisance hépatocellulaire. Le taux de fibrinogène et les D-Dimères étaient élevés. Les sérologies des hépatites A, B, EBV et Covid-19 étaient négatives. L'échographie abdominale a montré une image d'hydrocholécyste sans lithiases ni dilatation des voies biliaires. L'échographie cardiaque et la radiographie du thorax étaient normales. Devant ce tableau clinique, une maladie de Kawasaki a été fortement suspectée et l'enfant a reçu des immunoglobulines polyvalentes à la dose de 2 g/kg, de l'acide acétylsalicylique (Aspégic®) à dose anti-inflammatoire puis à dose anti-agrégante, de l'acide ursodésoxycholique (Ursolvan®) et de la vitamine K. L'évolution a été marquée par l'obtention rapide de l'apyrexie avec normalisation progressive du bilan hépatique et disparition du SIB et de l'hydrocholécyste.

Conclusion:

La maladie de Kawasaki représente la principale étiologie d'hydrocholécyste chez l'enfant. Elle doit être évoquée devant toute masse de l'hypochondre droit dans un contexte de fièvre prolongée et d'éruption cutanée.

P158 - Hémangiome orbito-palpébral : prise en charge thérapeutique

O. Hammami (1), M. Ezzine (1), W. Barbaria (1), W. Hadj Ali (1), I. Khamassi (1),

Service de Pédiatrie Bizerte (1),

Introduction:

Les hémangiomes capillaires représentent les tumeurs vasculaires les plus fréquentes chez l'enfant avec une incidence de 1 à 3 %. Bien que ces tumeurs bénignes évoluent vers la disparition, leur présence au cours de la période cruciale du développement de la fonction visuelle impose une prise en charge rapide et adaptée. Ainsi, les indications du traitement sont la menace de la fonction visuelle par amblyopie et le préjudice esthétique.

Objectifs:

nous rapportons à travers un cas d'hémangiome capillaire palpébral et orbitaire géant les résultats de l'usage de bêta-bloquants par voie orale dans la prise en charge de cette pathologie

Matériel et méthodes:

Suivi d'un cas sur l'aspect clinique et évolutif suivi à la consultation externe

Résultats:

Une fillette de 2 mois nous a été adressée pour prise en charge d'une tuméfaction rapidement évolutive de la paupière supérieure droite débutant par une lésion rouge et plane de la paupière supérieure à l'âge de 15 jours. L'interrogatoire ne trouve aucun antécédent familial ou personnel. Un

examen ophtalmologique complet a été réalisé montrant une tuméfaction de couleur rouge framboise, large, diffuse, infiltrant la paupière supérieure de l'œil gauche et la région frontale et faisant une taille de 6 cm de grand axe. Cette tumeur entraînait une occlusion palpébrale quasi-totale. L'examen ophtalmologique était accessible. Une échographie fontanelle était revenue normale, le diagnostic d'hémangiome orbitopalpebral a été retenu et le traitement par b bloquant a été introduit après avoir effectué un bilan pré thérapeutique progressivement jusqu'à 2 mg/kg /j. L'évolution a été marquée par la régression de la couleur et de la tuméfaction avec ouverture totale de l'œil droit et ce a partir de la deuxième semaine de traitement, l'examen ophtalmologique a été refait après un mois d'évolution était revenu sans anomalies.

Conclusion:

Le risque d'amblyopie impose souvent une prise en charge urgente et rapide. Les bêtabloquants par voie orale permettent une évolution rapide et favorable pour des lésions volumineuses et profondes et nécessitent une surveillance étroite

P159 - Le rachitisme carenciel : ça existe encore ?

S. Laajili (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouerda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie hôpital Mongi Slim la Marsa (1),

Introduction:

Le rachitisme carenciel est un défaut de minéralisation du tissu pré-osseux nouvellement formé (tissu ostéoïde) de l'organisme en croissance, dû à une carence en vitamine D. Sa fréquence a nettement diminué grâce à la prévention par l'administration systématique d'une supplémentation par la vitamine D dès la naissance. Cependant, le rachitisme demeure une pathologie grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

Objectifs:

Nous rapportons le cas d'une fille de 19 mois qui a consulté nos urgences pour des signes respiratoire avec découverte à l'examen clinique des signes de rachitisme.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'une fille de 19 mois qui a consulté nos urgences pour des signes respiratoire avec découverte à l'examen clinique des signes de rachitisme.

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 19 mois, issue d'un mariage non consanguin, vivant dans des conditions socio-économiques précaires. Elle a présenté des épisodes récurrents de dyspnée sifflante associés à un retard des acquisitions motrices. Elle n'a pas reçu de supplémentation par stérogyl depuis sa naissance. A l'examen, la patiente était eutrophique pour son âge. Elle avait une pâleur cutanéomuqueuse, une polypnée à 50 cycles/minutes avec un tirage sous costal, un chapelet costal et des bourrelets épiphysaires au niveau des chevilles et des poignets. La radio thorax a montré un

élargissement au niveau des articulations chondro-sternales avec un aspect en bouchon de champagne et un syndrome bronchique sans distension thoracique. A la biologie, le dosage de la 25(OH)vitamineD3 était bas à 10,75 µg/l, la calcémie était normale à 2,44 mmol/l, la phosphorémie était à 35mg/l, des phosphatases alcalines élevées à 1785UI/l, une parathormone élevée à 122pg/ml, et une anémie hypochrome microcytaire arégénérative. La patiente a été mise sous Stérogyl 10 gouttes /j associée à une supplémentation calcique par 500mg/j et mise sous traitement martial avec des contrôles cliniques et biologiques réguliers.

Conclusion:

Le rachitisme carenciel est devenu rare dans le monde ainsi qu'en Tunisie grâce à la prévention par la supplémentation systématique par la vitamine D et l'exposition solaire. Cependant, des campagnes de sensibilisation demeurent d'un grand apport dans l'application des protocoles de prévention.

P160 - Syndrome du tourniquet dans une présentation inhabituelle : à propos de 2 cas

M. Zarrad (1), M. Ezzine (1), H. Ben Salem (1), N. Kasdallah (1), M. Douagi (1), S. Blibech (1),

Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale - Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1),

Introduction:

Le syndrome du tourniquet ou du « cheveu étrangleur » est la conséquence de la strangulation d'un appendice corporel par un lien constricteur. Dans la majorité des cas les liens sont des cheveux, des fibres textiles, végétal ou autre. Les appendices concernés sont le plus souvent des orteils, des doigts, organes génitaux externes (pénis, petite ou grande lèvre, clitoris). Il faut faire le diagnostic rapidement afin d'agir le plus tôt possible pour éviter l'évolution vers la nécrose ou l'amputation spontanée ou chirurgicale de l'extrémité ischémisée.

Objectifs:

Nous rapportons le cas de 2 enfants ayant présenté un syndrome du tourniquet.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas de 2 enfants ayant présenté un syndrome du tourniquet.

Résultats:

Nourrisson Y.G de sexe masculin âgé de 4 mois, ancien prématuré de 33 SA, PN=2000 g, consulte pour œdème inflammatoire d'installation brutale du 4ème orteil du pied droit en dehors d'un contexte traumatique. A l'examen, le nourrisson avait une strangulation annulaire du 4ème orteil du pied droit par un cheveu enroulé à quatre fois autour du repli entre phalange-phalangine La conduite à tenir était le retrait du cheveu, l'évolution était favorable après ablation du poil. Une nécrose ischémique a été évitée. Observation 2 : Nouveau-né de sexe masculin premier jumeau, prématuré de 34 semaines d'aménorrhée (SA). La grossesse était par procréation médicalement assistée sur utérus bicorne et cerclée à 14 SA. L'accouchement a eu lieu par césarienne pour présentation de siège et rupture prématuré des membranes (RPM) de 4 jours. Il avait un PN 1910g et un talon droit dédoublé et

strangulé par un fil noir. Les suites étaient marquées par la récupération d'un talon normal au bout de 15 jours de vie après retrait du fil. Le diagnostic de fil de cerclage migrant vers le talon à l'occasion de la RPM a été retenu.

Conclusion:

Le syndrome du tourniquet est une urgence diagnostique, il faut savoir repérer les éléments suspects afin d'éviter le risque de nécrose et d'amputation partielle ou totale. Sa survenue à la naissance par un fil de cerclage sur le talon n'a jamais été décrite dans la littérature.

P161 - Le déficit en dihydrolipoamide déhydrogénase : à propos d'un cas

S. Laajili (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), Z. Khlayfia (1), J. Kanzari (1), S. Khlif (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1)

Service de pédiatrie et de néonatalogie hôpital Mongi Slim La Marsa (1)

Introduction:

Le déficit en dihydrolipoamide déhydrogénase (DLD) est une maladie autosomique récessive extrêmement rare. C'est un sous-type du déficit en pyruvate déshydrogénase caractérisé par l'atteinte de la sous-unité E3. Elle se manifeste par une acidose lactique à un stade de début et engendre une atteinte neurologique invalidante une dysfonction hépatique à un stade plus tardif.

Objectifs:

L'objectif de cette observation est de décrire les différentes caractéristiques cliniques, biologiques et les éléments du diagnostic positif de cette pathologie.

Matériel et méthodes:

L'objectif de cette observation est de décrire les différentes caractéristiques cliniques, biologiques et les éléments du diagnostic positif de cette pathologie.

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 10 ans issue d'un mariage consanguin avec antécédents familiaux de décès en bas âge chez un frère à l'âge de 13 jours dans un tableau d'ictère et d'une cousine paternelle à l'âge de 40 jours de cause non étiquetée. L'histoire de notre patiente remonte à l'âge de 7 ans, marquée par l'installation d'épisodes récurrents de vomissements pour lesquels elle a été hospitalisée à 3 reprises, jugulés par un traitement symptomatique par perfusion intraveineuse de sérum glucosé. A la biologie, elle avait une cytolyse concomitante aux épisodes de vomissements atteignant 16 fois la normale, une élévation des enzymes musculaires une ammoniémie à 61 $\mu\text{mol/l}$ et une alcalose respiratoire secondaire. L'intervalle entre les différents épisodes était caractérisé par l'absence de toute anomalie clinique et biologique. A l'examen, elle avait une hépatomégalie douloureuse sans hypoglycémie ni acétonurie avec un bon état neurologique. Les explorations étiologiques initiales nous ont permis d'éliminer une origine infectieuse et auto-immune de l'atteinte hépatique, un déficit en alpha1 antitrypsine et la maladie de Wilson. A l'échographie abdominale le foie était d'échostructure homogène hyperéchogène. Le profil des acylcarnitines, a montré une augmentation modérée de la

carnitine libre(Co) avec baisse modérée de la palmitoyl carnitine (C16), et une chromatographie des acides organiques urinaires normale , une chromatographie des acides aminés plasmatiques non concluante. Une étude génétique a permis de retenir le diagnostic de déficit en DLD.

Conclusion:

Le déficit en DLD est une maladie métabolique héréditaire grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital par une défaillance multiviscérale. Elle peut se révéler à la période néonatale.

P162 - Le syndrome de pseudo-Bartter révélant une mucoviscidose: à propos de deux observations

H. Mnasri (1), W. Barbaria (1), M. Bourcheda (1), A. Eleuch (1), O. Hammami (1), T. Messoud (2), I. Khamassi (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie- Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte (1), Service de biochimie-Hôpital d'enfant Bechir Hamza Tunis (2),

Introduction:

Le syndrome de pseudo-Bartter est une complication rare mais bien connue de la mucoviscidose. Il est le plus souvent présent en période estivale chez les nouveau-nés. Il est rarement révélateur d'une mucoviscidose chez l'enfant.

Objectifs: Préciser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives d'un syndrome de pseudo-Bartter révélant une mucoviscidose à l'âge de 5 mois et 6 ans.

Matériel et méthodes:

Etude du dossier médical de deux enfants hospitalisés pour syndrome de pseudo-Bartter révélant une mucoviscidose.

Résultats:

Première observation: Nourrisson âgée de 5 mois issue de parents non consanguins, hospitalisée au mois d'Aout pour vomissements, asthénie et refus de tété. Le déroulement de la grossesse et l'accouchement étaient sans anomalies. Elle avait une plicature gastrique diagnostiquée à l'âge de 1 mois suite à des accès de cyanose et vomissements itératifs. A l'examen, elle était eutrophique, apyrétique avec déshydratation modérée et refus de tété. Les organes génitaux externes étaient de type féminin. La glycémie au talon était 1,12. L'examen à la bandelette urinaire était négatif. La biologie a montré une alcalose métabolique hypochlorémique hypokaliémique avec hyponatrémie corrigée à 2 reprises. Le bilan urinaire était sans anomalies avec une acidurie paradoxale. Ainsi le syndrome de pseudo-Bartter était retenu. Le test de la sueur a révélé un taux de chlore sudoral à 115mmol/L. L'étude génétique du gène CFTR a montré une mutation 542X à l'état homozygote. La patiente était mise sous extraits pancréatiques avec un régime hypercalorique et supplémentation sodique pendant l'été. Actuellement, âgée de 2 ans et 7 mois, elle est suivie dans nos consultation externe avec une bonne croissance staturopondérale. Deuxième observation: Enfant âgé de 6 ans, issu de parents non consanguins, hospitalisé au mois d'Aout pour vomissements incoercibles avec état de choc hypovolémique. Il était suivi pour asthme du nourrisson depuis l'âge de 8 mois mis sous traitement

bronchodilatateur inhalé. Il était hospitalisé à deux reprises pour vomissements incoercibles avec diagnostic de sortie gastroentérite. L'examen à l'admission a montré un enfant eutrophique apyrétique avec état général altéré. Il était tachycarde, les extrémités froides avec hypotension artérielle. Il était stable sur le plan neurologique. La glycémie et la bandelette urinaire étaient sans anomalies. La conduite en urgence était de faire un remplissage vasculaire et de mettre sous perfusion intra veineuse. La biologie ét

Conclusion:

La mucoviscidose est une maladie autosomique récessive dont le dépistage néonatal est systématique dans les pays développés. Le syndrome de pseudo Bartter en est une complication exceptionnelle dans ces pays puisque la prise en charge débute dès les premiers mois de vie. N'est-il pas temps d'intégrer ce dépistage dans notre pays à fort taux de consanguinité?

P163 - La cardiomyopathie dilatée : Rentabilité de l'enquête étiologique dans une série de 26 cas

Z. Najar (1), A. Ben Chehida (1), G. Chtioui (1), S. Khatrouch (1), M. Zribi (1), S. Haj Taieb (2), F. Ouarda (3), M. Fekih (2), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1),

Service de pédiatrie CHU La Rabta (1), Service de biochimie CHU La Rabta (2), Service de cardiologie pédiatrique CHU La Rabta (3),

Introduction:

Les cardiomyopathies sont définies comme une atteinte primitive ou secondaire du muscle cardiaque. Les erreurs innées du métabolisme sont une origine non négligeable des cardiomyopathies dilatées (CMD) primitives, en particulier les déficits énergétiques.

Objectifs:

Décrire les explorations étiologiques des CMD et leur rentabilité dans un service de pédiatrie et de maladies héréditaires du métabolisme

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive des cas de CMD adressés au service de pédiatrie de la RABTA pour exploration métabolique entre 2011 et 2022.

Résultats:

Nous avons colligé 26 cas avec un sexe ratio =1. La moyenne d'âge au diagnostic de la CMD était de 25 mois. La dyspnée a été la circonstance de découverte la plus fréquente (19 cas). Une insuffisance cardiaque initiale a été retrouvée chez 5 patients. La FEVG a été en moyenne de 28% (extrêmes : 10% à 45%). L'enquête étiologique a comporté : un bilan cardiologique dans tous les cas (ETT± coroscanner, ECG et/ou Holter rythmique) ayant permis d'exclure les causes secondaires (ischémie, anomalie de naissance des coronaires, troubles du rythme cardiaque). Le bilan endocrinien et les sérologies virales étaient réalisés dans 9 cas, chacun. Le bilan métabolique a été pratiqué dans 24 cas. Le délai moyen entre le diagnostic de la CMD et les explorations métaboliques était de 3 mois. Tous

les patients ont été mis sous L-carnitine (75-100mg/K/j) en attendant le résultat du bilan métabolique. Au terme de ce bilan, 12 des CMD explorées étaient étiquetées sur le plan étiologique. Une cause virale a été retenue chez 2 patients et un syndrome de Wolf Parkinson White dans un cas. Une origine génétique (mutation au niveau du gène MYH7) a été retrouvée dans un cas exploré par WES après un bilan non contributif. L'origine métabolique a été retenue dans 8 cas : 4 cas de déficit en carnitine, 1 cas de déficit de la bêta oxydation des acides gras (VLCAD), 1 cas d'alcaptonurie et 2 suspicions d'anomalies de la chaîne respiratoire.

Conclusion:

La cardiomyopathie dilatée de l'enfant est une pathologie grave, d'origine très diverse. Une enquête exhaustive doit être menée à la recherche d'une cause curable ou récurrente, génétique ou métabolique, en particulier le déficit en carnitine, traitable. Notre étude a souligné les difficultés et les insuffisances des explorations étiologiques dans notre pays : métaboliques et non métaboliques. Une coordination multidisciplinaire (entre pédiatres, cardio-pédiatres, métaboliciens, biochimistes, généticiens et radiologues) est nécessaire afin d'établir un protocole national d'exploration

Remerciement

GOLD



SILVER



BRONZE



INFECTIOLOGIE PÉDIATRIQUE & PÉDIATRIE AMBULATOIRE

**Hôtel Elkasbah
Kairouan**

10 Décembre 2022



الجمعية التونسية لطب الأطفال
Société Tunisienne de Pédiatrie

Journée des Spécialités

