

LE GROUPE D'ETUDES EN NEONATOLOGIE (GEN)

organise sous l'égide de

LA SOCIETE TUNISIENNE DE PEDIATRIE (STP)

en collaboration avec



6^{ème} Rencontres Franco-Maghrébines de
Néonatalogie
12^{ème} Journées Nationales de
Néonatalogie

18-19
Janvier
2020

Thèmes :

Ethique en périnatalogie
Alimentation du prématuré
Nouveautés en Néonatalogie
Soins du développement
Radiologie néonatale

Hôtel
Sousse Palace
— Sousse —

www.stpediatre.tn

Contact : Samia Kacem
samiakacemba@gmail.com



**6^{èmes} Rencontres Franco-Maghrébines
de Néonatalogie**

12^{èmes} Journées Nationales de Néonatalogie

*Samedi 18 et Dimanche 19 Janvier 2020
Hôtel Sousse Palace - Sousse Tunisie*

Programme
*Liste des communications orales
et des posters affichés*

GEN-STP

MEMBRE D'HONNEUR

REKIK Ahmed

COMITE DE PILOTAGE

DOUAGI Mohamed

GARGOURI Abdellatif

KACEM Samia

MONASTIRI Kamel

SEBOUI Hassen

SOUA Habib

MEMBRES

BEN HAMOUDA Hechmi

BLIBECH Sonia

CHIOUKH Fatma-Zahra

HAMIDA Nadia

MAHDHAOUI Nabiha

NOURI Sonia

REGAIG Ridha

COMITE D'ORGANISATION JNN 2020

AZZABI Ons

BEN HAMOUDA Hechmi

BLIBECH Sonia

HAMIDA Nadia

MAHDHAOUI Nabiha

KACEM Samia: Coordinatrice des JNN

**Résumés des communications orales et des posters affichés
sont téléchargeables sur le site
de la Société Tunisienne de Pédiatrie**

www.stpediatrie.tn

Sommaire

Editorial	5
Programme.....	7
Résumés des communications orales.....	37
Résumés des posters affichés	63
Remerciements.....	263

Editorial

Le GEN, Groupe d'Etudes en Néonatalogie, toujours fidèle à son engagement, n'a cessé d'accompagner l'évolution de la néonatalogie tunisienne par l'organisation d'une telle manifestation (les J.N.N.) où il s'est donné le double objectif : celui d'en faire un espace d'échange d'expériences entre les différentes équipes soignantes et celui d'adapter la prise en charge néonatale à nos conditions d'exercice.

De là, on comprend que le drame vécu par le décès de nouveaux nés en 2019 a imposé comme thème central de ces journées "La prématurité" dans certains de ses aspects : l'état des lieux de l'extrême prématurité en Tunisie, l'évolution de la prise en charge de la très grande prématurité dans le monde, quelles recommandations pour l'alimentation parentérale chez le prématuré dans nos conditions, les conséquences médico-légales éventuelles.

Les recommandations émanant de cette table ronde seront certainement d'une grande utilité pour le soignant et pour le responsable administratif.

On constate par ailleurs le souci permanent du G.E.N à établir des protocoles nationaux de prise en charge, soit par des études multicentriques comme ce fut le cas pour "la prise en charge d'une suspicion d'infection materno-fœtale, ou celui élaboré après un débat concernant "la sortie précoce de la maternité" ou encore "la vaccination du prématuré".

Un vœux...un projet qui sera déterminant pour asseoir une "périnatalité" équitable, de proximité et normalisée, qu'est celui de la mise en place de réseaux de périnatalité couvrant de façon progressive toutes les régions du pays. C'est l'outil capable de nous fournir une évaluation objective de l'état des lieux.

Peut on espérer que l'année "2020" soit "prédestinée" à la réalisation d'un tel projet.

Pr Ahmed Rekik

Programme

12^{èmes} Journées Nationales de Néonatalogie

6^{èmes} Rencontres Franco-Maghrébines de Néonatalogie

Samedi 18 et Dimanche 19 Janvier 2020 Hôtel Sousse Palace, Sousse - Tunisie

Coordination : Dr KACEM Samia

PROGRAMME

Samedi 18 Janvier 2020		
08h00 - 09h00	Accueil 🖐️ & Inscription 📄	
09h00 - 10h30	Salle TUNIS Communications Orales : CO1 - CO9 Modérateurs : <i>R. Regaieg, J. Methlouthi, C. Chouchène</i>	Salle KAIROUAN Communications Orales : CO10 - C18 Modérateurs : <i>H. Soua, E. Ben Hamida, N. Guellouz</i>
	10h30 - 11h00 Pause-café & Visite E-posters Modérateurs : <i>O. Azzabi, A. Ben Hamad, M. Cheour, M. Bellallah</i>	
11h00 - 13h00	Table ronde : Ethique en périnatalogie Modérateurs : <i>A. Rekik, N. Khrouf, M. Douagi, K. Neji, S. Kacem</i>	
15 min	Etat des lieux des extrêmes prématurés en Tunisie	<i>F. Z. Chioukh, T. Khemis, K. Monastiri</i>
45 min	Evolution de la prise en charge de la très grande prématurité dans le monde	<i>J. F. Magny</i>
30 min	Et si on consultait un médecin légiste ?	<i>A. Benzarti</i>
10 min	Propositions de Recommandations	<i>S. Kacem</i>
20 min	Discussion	
13h00 - 14h30	Déjeuner	
14h30 - 15h30	Session 1 : Cas cliniques Modérateurs : <i>H. Ben Hamouda, F. Chioukh, L. Boughammoura, I. Chabchoub</i>	
20 min	Cas clinique 1 : Un train peut en cacher un autre	<i>F. Ayari</i>
20 min	Cas Clinique 2 : Anémie néonatale chez 2 jumeaux	<i>A. Ben Hamad</i>
20 min	Cas Clinique 3 : Trouble métabolique fréquent d'étiologie rare	<i>J. Methlouthi</i>
15h30 - 16h30	Conférence 1 : Ventilation non invasive chez le nouveau-né Modérateurs : <i>A. Gargouri, N. Ben Jaballah, C. Mokrani</i>	<i>P. H. Jarreau</i>
16h30 - 17h00	Pause-café & Visite E-posters Modérateurs : <i>H. Ben Hamouda, J. Methlouthi, H. Ben Hamida</i>	
17h00 - 18h00	Session : Flash infos Modérateurs : <i>S. Abroug, S. Nouri, A. Ben Thabet, S. Gannouni</i>	
15 min	Que peut-on retenir du consensus européen 2019 pour la prise en charge de la MMH ?	<i>M. Chéour - S. Kacem</i>
15 min	Choc septique du nouveau-né : mise au point sur le traitement	<i>H. Ben Salem</i>
15 min	Place de l'échographie en USIN	<i>E. Ben Hamida</i>
15 min	Cathétérismes veineux centraux par voie percutanée écho- guidée chez le nouveau-né	<i>O. Mghirbi</i>
18h00 - 19h00	Conférence 2 : Alimentation parentérale du prématuré : quelles recommandations dans nos conditions ? Modérateurs : <i>K. Monastiri, H. Soua, R. Regaieg</i>	<i>I. Fradi R. Jemai</i>
19h00 - 20h00	Cocktail dinatoire	

12^{èmes} Journées Nationales de Néonatalogie

6^{èmes} Rencontres Franco-Maghrébines de Néonatalogie

Samedi 18 et Dimanche 19 Janvier 2020 Hôtel Sousse Palace, Sousse - Tunisie

Coordination : Dr KACEM Samia

PROGRAMME

Dimanche 19 Janvier 2020		
09h00 - 10h30 Session : Ateliers en parallèle		
Salle CARTHAGE Atelier 1 : Radiologie néonatale : Cas cliniques <i>W. Douira, S. Blibech</i>	Salle KAIROUAN Atelier 2 : Nouveau-né en détresse vitale <i>J. Methlouthi, S. Tilouch</i>	Salle TUNIS Atelier 3 : Soins du développement en Néonatalogie <i>S. Nouri, I. Kacem</i>
10h30 - 11h00	Pause-café & Visite E-posters <i>Modérateurs : N. Kasdallah, A. Ben Thabet, S. Ghanmi</i>	
11h00 - 12h00 Session : Pédiatrie en maternité <i>Modérateurs : N. Hentati, K. Boussetta, J. Bouguila, S. Kacem</i>		
15min	Suspicion d'infection materno-fœtale : Protocole Tunisien	<i>A. Ben Thabet</i>
15min	Œil du nouveau-né : du physiologique au pathologique	<i>S. Ben Amor</i>
15min	Faut-il généraliser la sortie précoce en maternité ?	<i>N. Mahdhaoui</i>
15min	Vaccination du prématuré	<i>O. Azzabi</i>
12h - 13h30 Session 2 : Cas cliniques <i>Modérateurs : A. Gargouri, S. Blibech, J. Chnaina, S. Mazigh</i>		
20 min	Cas Clinique1 : Cause rare d'état de mort apparente	<i>N. Kasdallah</i>
20 min	Cas Clinique 2 : Dilatation digestive de découverte anténatale	<i>I. Selmi - O. Azzabi</i>
20 min	Cas Clinique 3 : Détresse respiratoire néonatale qui traîne	<i>M. Charfi</i>
20 min	Cas Clinique 4 : Hypoglycémie néonatale persistante	<i>S. Ghanmi</i>
13h30	Clôture des 12^{èmes} Journées Nationales de Néonatalogie	

Liste des Communications orales

Samedi 18 Janvier 2020

9h00-10h30

Salle Tunis

Communications orales C1-C9

Modérateurs Drs : R. Regaieg, J. Methlouthi, , CH. Chouchène

- C1** **Le surfactant dans la maladie des membranes hyalines :
« Intubation-Surfactant-Extubation »Versus « Less Invasive
Surfactant Administration ».**
F. Ayari, M. Benali, L. Essid, E. Cherifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar,
M. Cheour, S. Kacem.
- C2** **La ventilation à haute fréquence chez le nouveau-né: Expérience
du service de Réanimation Néonatale de l’HMPIT.**
O. Zitouni, N. Kasdallah, M. Nawar, H. Ben Salem, A. Ayadi,
MY. Aissa, S. Khemiri, A. Amri, J. Ben Hefaiiedh, S. Blibech, M. Douagi.
- C3** **Hypertension artérielle pulmonaire du nouveau-né : Expérience
du service de néonatalogie de Sfax.**
M. Bahloul, A. Ben Thabet, C. Regaieg, M. Charfi, N. Kolsi, D. Abid,
A. Ben Hmed, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.
- C4** **Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des cardiopathies
congénitales dans un service de pédiatrie.**
F. Bahri, W. Barbaria, F. Ben Salah, S. Chargui, I. Chelly, I. Khamassi.
- C5** **Particularités des coarctations de l’aorte chez le nouveau-né**
W.Tabka, J. Mathlouthi, O. Mghirbi, A. Guith, H. Manaa, I.Kacem,
I. Naffeti, S.Nouri, M.Bellalah, N.Mahdhaoui.
- C6** **Mortalité hospitalière des nouveau-nés à terme.**
M. Loukil, M. Charfi, C. Regaieg, A. Ben Hamad, A. Bouraoui,
N. Hamida, R. Regaieg, A. Gargouri.

- C7** **Etude épidémiologique des consultations précoces des nouveaux nés à la salle d'urgence pédiatrique.**
A. Elleuch , A. Abdennadher, M. Weli, F. Charfi, L. Gargouri,
M. Abdelmajid
- C8** **Predictive factors of mortality after surgical management of congenital diaphragmatic hernia.**
M. Belhajmansour, M. Zouari, L. Jarray, H. Zitouni, M. Charfi,
M. Ben Dhaou, A. Gargouri, R. Mhiri.
- C9** **Torsion testiculaire néonatale : à propos de six cas.**
B. Elleuch, T. Khemis , H. Ben Hamida, M. Bizid , FZ. Chioukh,
K. Monastiri.

Samedi 18 Janvier 2020

9h00-10h30

Salle Kairouan

Communications orales C10-C18

Modérateurs Drs : H. Soua, E. Ben Hamida, N. Guellouz

- C10** **Infections bactériennes néonatales précoces : Apport de la procalcitonine au cordon ombilical.**
M. Bellalah, H. Manai, S. Becheur, O. Mghirbi, I. Kacem,
H. Ayache, A. Ghith, S. Nouri, J. Ben Abdallah, K. Limam,
J. Methlouthi, N. Mahdhaoui
- C11** **Osteoarthrites septiques néonatales. a propos de 7 cas.**
J. Ben Hefaiiedh, N. Kasdallah, A. Amri, H. Ben Salem, A. Ayadi,
MN. Ncib, S. Blibech, M. Douagi.
- C12** **La prématurité tardive : situation à risque ?**
Y. Sdiri, S. Thabti, E. Cherifi, F. Ayari, W. Belhajammar,
N. Benameur, M. Cheour, S. Kacem.
- C13** **Prise en charge des prématurés de moins de 34 SA : Expérience d'un service de pédiatrie générale.**
S. Ben Ahmed, MC. Gharbi, F. Mezghani, F. Fedhila, S. Rhayem,
E. Jbebli, S. Hadded, M. Khemiri.
- C14** **Rétinopathie du prématuré : étude descriptive.**
E. Cherifi, K. Bencheickh, F. Ayari, Y. Sdiri, W. Belhajammar,
M. Cheour, S. Kacem.
- C15** **La persistance du canal artériel du prématuré: expérience du service de néonatalogie de Sfax.**
A. Bouraoui, M. Laadhar, M. Charfi, D. Abid, C. Reagaieg,
R. Reagaieg, N. Hamida, A. Ben Thabet, A. Gargouri.

- C16** **Développement neurologique des grands prématurés : prévision du risque par classification de l'électro-encéphalogramme.**
A. El Arbi, A. Bezzine, M. Kchaou, M. Ben Mahmoud, E. Ben Hamida, Z. Marrakchi.
- C17** **Nouveau-nés de mères diabétiques : étude épidémiologique.**
H. Chakroun, S. Zayani, S. Kbaier, I. Fekih Romdhane, H. Ben Hamouda, H. Bouchahda, S. Ghanmi, H. Soua.
- C18** **Hypothyroïdie congénitale : expérience du service de pédiatrie et de néonatalogie de l'Hôpital Mongi Slim La Marsa.**
N. Ben Brahim, I. Selmi, S. Khatteche, E. Marmech, Z. Khlayfia, H. Ouerda, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.

Liste des Posters affichés

Samedi 18 Janvier 2020

Matinée

10h30 - 11h00

Modérateurs *Drs O. Azzabi, A. Ben Hamad, M. Cheour, M. Bellallah*

- P1** **Les arthrites septiques du nouveau-né (à propos de deux observations).**
A. Elleuch, MA. Zghal, M. Wali, M. Bahloul, L. Gargouri, A. Mahfoudh.
- P2** **Les accidents vasculaires ischémiques.** A. Elleuch, M. Bahloul,
L. Gargouri, A. Mahfoudh.
- P3** **Méningite néonatale à entérovirus : savoir y penser.**
O. Mzoughi, F. Friha, K. Larbi, R. Fantassi, F. Maalej, M. Missaoui,
B. Elleuch, I. Ben Fraj, R. Thabti, A. Marzouk, A. Bouaziz.
- P4** **Malformation de Dandy Walker : à propos de quatre observations.**
S. Trabelsi, I. Chelly, H. Sahnoun, F. Ben Salah, W. Barbaria, I. Khamassi.
- P5** **Myéломéningocèle: une malformation fréquente de prise en charge difficile.**
H. Sahnoun, W. Barbaria, A. Dkhil, S. Trabelsi, I. Chelly, I. Khamassi.
- P6** **L'immobilisme Foetal : A Propos de quatre cas.**
E. Cherifi, R. Amdouni, Y. Sdiri, F. Ayari, M. Cheour, S. Kacem.
- P7** **Un déficit en facteur XIII chez un nouveau-né révélé par une hémorragie à la chute du cordon.**
M. Zarrad, R. Ben Rebah S. Yahyaoui, O. Bouyahya, S. Mazigh,
S. Boukthir.

- P8 Tumeurs Rénales Néonatales de Découverte Fortuite Devant Une Distension Abdominale: Etude de Deux Cas.**
B. Dhaouadi, S. Rhayem, H. Khadhraoui, E. Jbebli, F. Mezghani, F. Ben Mansour, S. Haddad, F. Fedhila, M. Khemiri.
- P9 Déficit congénital en facteur VII: A propos d'un cas.** I. Briki, T. Ghedira, D. Brahem, H. Mejaouel, N. Balhoudi.
- P10 Ostéopetrose « maligne » infantile : à propos de deux cas.**
R. Sghir, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Bellalah, H. Ayache, A. Ghaith, H. Menaâ, J. Methlouthi, S. Nouri, N. Mahdhaoui.
- P11 Ictère neonatal revelant un deficit en G6PD : etude sur 4 ans.**
F. Mezghani, N. Ben Aba, L. Essid, B. Dhaouadi, S. Rhaïem, E. Jbebli, F. Fedhila, S. Haddad, M. Khemiri.
- P12 Diarrhée chronique à début néonatal révélant un syndrome IPEX.**
S. Rhayem, MC. Gharbi, S. Ben Ahmed, E. Jbebli, F. Mezghani, F. Ben Mansour, S. Haddad, F. Fedhila, M. Khemiri.
- P13 Entérocolite nécrosante : expérience du service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique de Sfax.**
M. Weli, M. Bahloul, A. Elleuch, B. Maalej, L. Gargouri, A. Mahfoudh.
- P14 Infection maternofoetale avec localisation méningée.**
A. Elleuch, Z. Hadrich, M. Weli, A. Ben Hlima, L. Gargouri, A. Mahfoudh.
- P15 Coqueluche maligne néonatale : A propos de 5 cas.**
M. Nawar, S. Blibech, N. Kasdallah, H. Ben Salem, O. Zitouni, S. Khemiri, H. Najja, M. Ben Moussa, M. Douagi.

- P16** **Candidose congénitale néonatale de la forme localisée à la forme systémique: à propos de deux observations.** C. Regaieg, F. Boudaya, M. Charfi, M. Zghal, N. Kolsi, A. Ben Hamed, A. Ben Thabet, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.
- P17** **Cutis marmorata telangiectatica congenita : case report and review of the literature.**
S. Ben Ahmed, MC. Gharbi, S. Khattech, W. Barbaria, H. Ben Salem, N. Kasdallah, S. Blibech, M. Douagi.
- P18** **Tachycardie supraventriculaire néonatale.** S. Abdelmalek, K. Larbi, H. Hadj Ali, Y. Marzougui, R. Ben Hmida, H. Laajmi.
- P19** **Le syndrome de Beckwith-Wiedemann : à propos d'une observation néonatale.**
S. Ben Ahmed, MC. Gharbi, S. Khattech, H. Ben Salem, N. Kasdallah, S. Blibech, M. Douagi.
- P20** **La maladie des brides amniotiques : à propos d'une observation.**
F. Mezghani, MC. Gharbi, S. Ben Ahmed, F. Fedhila, E. Jbebli, S. Rhayem, S. Hadded, M. Khemiri.
- P21** **Coarctation de l'aorte révélée par une détresse respiratoire secondaire: A propos de cinq observations.**
F. Mezghani, S. Ben Ahmed, MC. Gharbi, F. Fedhila, S. Rhayem, E. Jbebli, S. Hadded, M. Khemiri.
- P22** **L'hypoglycémie néonatale : Clinique et pronostic neurologique.**
F. Mezghani, H. Khadhraoui, B. Dhaouedi, L. Essid, S. Rhayem, I. Jbebli, S. Haddad, F. Fedhila, M. Khemiri.
- P23** **Tumeurs Primitives Hépatiques: Quand Faut-Il S'inquiéter ?**
H. Khadhraoui, S. Rhayem, B. Dhaouedi, I. Jbebli, F. Mezghani, F. Ben Mansour, F. Fedhila, M. Khemiri.

- P24** **SHU atypique néonatal.** A. Ben Halima, M. Weli, A. Elleuch, M. Bahloul, B. Maalej, L. Gargouri, A. Mahfoudh.
- P25** **Abcès hépatique néonatal lié à un cathéter veineux ombilical.** M. Weli, A. Ben Halima, Z. Hadrich, A. Elleuch, B. Maalej, L. Gargouri, A. Mahfoudh.
- P26** **Une complication à ne pas oublier du cathéter veineux ombilical.** M. Weli, M. Bahloul, A. Elleuch, B. Maalej, D. Abid, L. Gargouri, S. Kammoun, A. Mahfoudh.
- P27** **Suivi neurologique des nouveau-nés ayant des anomalies à l'échographie transfontanellaire.** F. Mezghani, A. Ahmed, S. Rhayem, E. Jbebli, F. Fedhila, S. Hadded, M. Khemiri.
- P28** **Nanisme thanatophore : a propos d'une observation.** O. Mzoughi, F. Friha, K. Larbi, F. Maalej (1), R. Fatnassi, B. Elleuch, M. Missaoui, I. Ben Fraj, R. Thabet, A. Marzouk, A. Bouaziz.
- P29** **Bloc auriculo-ventriculaire congénital sur double discordance cardiaque.** R. Fatnassi, R. Thebti, F. Friha, K. Larbi, O. Mzoughi, F. Maalej, M. Missaoui, B. Elleuch, I. Ben Fraj, A. Marzouk, A. Bouaziz.
- P30** **Lymphangiectasies pulmonaires congénitales (à propos d'un cas).** R. Fatnassi, F. Friha, I. Ben Fraj, O. Mzoughi, H. Belhsan, R. Thebti, A. Marzouk, A. Bouaziz.
- P31** **Cholestase néonatale associée à une incompatibilité fœto-maternelle : à propos de 2 cas.** R. Fatnassi, F. Friha, I. Ben Fraj, O. Mzoughi, K. Larbi, F. Maalej, E. Boulbeba, R. Thebti, A. Marzouk, A. Bouaziz.

- P32 Ictère néonatal.**
A. Elleuch, Z. Hadrich, M. Weli, A. Ben Hlima, L. Gargouri, A. Mahfouth.
- P33 Un traumatisme obstétrical rare : (à propos de deux observations).**
M. Charfi, S. Khlif, C. Regaieg, H. Khanfir, N. Kolsi, A. Ben Hamed, A. Ben Thabet, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.
- P34 Diagnostic et prise en charge des hyperglycémies sans cétose à révélation néonatale.**
M. Charfi, D. Louati, C. Regaieg, S. Khlif, N. Kolsi, A. Ben Hamed, A. Ben Thabet, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.
- P35 Déterminants de la mortalité liée à la maladie des membranes hyalines à terme.**
F. Ayari, A. Ayadi, E. Cherifi, R. Amdouni, Y. Sdiri, M. Cheour, S. Kacem.
- P36 Déterminants de survenue du pneumothorax chez le nouveau né.**
F. Ayari, K. Ben Cheikh, E. Cherifi, A. Khalouaoui, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.
- P37 La mortalité néonatale précoce : Etats des lieux dans une unité de soins intensifs.**
F. Ayari, M. Mayel, E. Cherifi, S. Jaouhari, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.
- P38 Forme inhabituelle d'une œso-gastro duodénite néonatale.**
W. Barbaria, I. Hadj Salah, F. Ben Salah, F. Bahri, I. Chelly, I. Khamassi.

- P39 Lymphangiome kystique cervical de découverte anténatale.**
S. Chargui, W. Barbaria, I. Hadj Salah, A. Dkhil, I. Khamassi.
- P40 Les traumatismes obstétricaux extra-crâniens chez le nouveau-né :
Etude rétrospective à propos de 12 cas.**
F. Mezghani, MC. Gharbi, S. Ben Ahmed, S. Rhayem, E. Jbebli,
F. Fedhila, S. Hadded, M. Khemiri.
- P41 L'alvéolite infectieuse chez le nouveau-né à terme : un nouveau
profil bactériologique.**
F. Ayari, M. Rebhi, E. Cherifi, T. Lamouchi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar,
M. Cheour, S. Kacem.
- P42 L'inhalation méconiale : déterminants de la mortalité chez
le nouveau-né à terme.**
F. Ayari, M. Rebhi, E. Cherifi, S. Thabti, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar,
M. Cheour, S. Kacem.
- P43 Devenir des nouveaux nés au cours de la pré-éclampsie sévère.**
F. Ayari, T. Lamouchi, E. Cherifi, A. Khlifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar,
M. Cheour, S. Kacem.
- P44 Syndrome de Turner révélé par un lymphoedème congénital néonatal.**
I. Fekih Romdhane, H. Ben Hamouda, S. Ghanmi, A. Yahyaoui,
S. Mougou, A. Saad, H. Soua.
- P45 Hypothyroïdie congénitale révélée par un ictère néonatal prolongé.**
I. Fekih Romdhane, H. Ben Hamouda, S. Ghanmi , A. Yahyaoui,
H. Bouzidi, H. Soua.

- P46** **Evolution d'une hydranencéphalie de découverte anténatale.**
A. Yahyaoui, H. Ben Hamouda, I. Fekih Romdhane, A. Ouali,
S. Ghanmi, H. Soua.
- P47** **Diagnostic et prise en charge d'un diabète néonatal.**
I. Fekih Romdhane, H. Ben Hamouda, S. Bouguerra, A. Yahyaoui,
H. Bouzidi, S. Ghanmi, H. Soua.
- P48** **Les déterminants de la morbidité néonatale au cours des
pré-éclampsies.**
F. Ayari, T. Lamouchi, E. Cherifi, A. Khlifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar,
M. Cheour, S. Kacem.

Samedi 18 Janvier 2020

Après-Midi

16h30 - 17h00

Modérateurs *Drs H. Ben Hamouda, J. Mathlouthi, H. Ben Hamida*

- P49** **Arthrogryposis-Renal dysfunction-Cholestasis syndrome.**
I. Fekih Romdhane, H. Ben Hamouda, A. Yahyaoui, M. Zayani,
H. Bouzidi, S. Ghanmi, H. Soua.
- P50** **Diagnostic néonatal d'une afibrinogénémie congénitale chez deux sœurs.**
A. Yahyaoui, H. Ben Hamouda, S. Ghanmi, S. Bouguerra, H. Bouzidi,
M. Hassine, H. Soua.
- P51** **La Maladie de Crigler Najjar : à propos de 3 cas.**
M. Bellalah, N. Brini, H. Ayache, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Taamallah,
A. Ghith, N. Boudabbous, S. Nouri, J. Mehtlouthi, N. Mahdhaoui
- P52** **La fistule oeso-trachéale congénitale isolée à révélation néonatale par un tableau de bronchiolite.**
M. Bellalah, S. Gazzeh, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Abdelli, H. Ayache,
A. Ghaith, N. Boudabbous, S. Nouri, J. Methlouth, N. Mahdhaoui
- P53** **Les épanchements péricardiques en réanimation néonatale : une complication redoutable de la pose des microcathéters épicutanéocaves: A propos d'une série.**
M. Bellalah, S. Gazzeh, O. Mghirbi, A. Ghaith, I. Kacem, H. Ayache,
M. Abdelli, N. Boudabbous, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui

- P54 Facteurs de risque de La mortalité néonatale très Précoce.**
F. Ayari, R. Amdouni, E. Cherifi, M. Mayel, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.
- P55 Morbidité et mortalité des nouveau-nés nés par césarienne.**
A. Yahyaoui, S. Ghanmi, M. Zayani, I. Fekih Romdhane, H. Ben Hamouda, H. Soua.
- P56 Penser aux causes rarissimes d'asphyxie périnatale. A propos de 2 observations néonatales.**
J. Ben Hefaiiedh, N. Kasdallah, MY. Aissa, H. Ben Salem, O. Zitouni, A. Amri, S. Blibech, M. Douagi.
- P57 Le nouveau-né de mère diabétique symptomatique : Etude sur six mois.**
A. Ahmed, F. Mezeghani, N. Helali, E. Jbebli, F. Fedhila, S. Hadded, M. Khemiri.
- P58 Hémangiome caverneux du rhinopharynx : cause exceptionnelle de détresse respiratoire néonatale.** S. Khemiri, H. Ben Salem, J. Ben Hefaiiedh, N. Kasdallah, A. Ayadi, R. Ben Mhamed, F. Bougrine, S. Blibech, M. Douagi.
- P59 Lymphangiome kystique et difficultés thérapeutiques : à propos de 2 cas.**
R. Ben Aziza, E. Marmech, I. Selmi, Z. Khlayfia, H. Ouerda, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.
- P60 Appendice caudal chez le nouveau-né : à propos d'un cas de diagnostic postnatal.**
O. Zitouni, N. Kasdallah, S. Blibech, A. Ayadi, S. Khemiri, A. Amri, H. Ben Salem, M. Douagi.

- P61 Hémangiomatose congénitale miliaire. A propos d'un prématuré.**
A. Amri, N. Kasdallah, MY. Aissa, H. Ben Salem, M. Nawar,
S. Blibech, M. Douagi.
- P62 Vitamine K à la naissance : à ne pas négliger.** A. Guizani, I. Selmi,
E. Mermech, Z. Khlayfia, J. Kanzari, H. Ouerda, S. Halioui, A. Maherzi,
O. Azzabi, N. Siala.
- P63 Le syndrome d'interruption de la tige pituitaire et conception par fécondation in-vitro : à propos d'une observation néonatale.**
J. Ben Hefaiedh, N. Kasdallah, S. Blibech, A. Ayadi, S. Khemiri,
O. Zitouni, A. Amri, MY. Aissa, H. Ben Salem, M. Douagi.
- P64 La toxoplasmose congénitale : un cas en 2018.**
N. Brahim, I. Selmi, E. Mermech, H. Ouerda, Z. Khlayfia, J. Kanzari,
S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.
- P65 Myéломéningocèle paralytique et considérations éthiques périnatales.**
A. Amri, N. Kasdallah, A. Ayadi, H. Ben Salem, S. Blibech, M. Douagi.
- P66 Insuffisances de promotion de l'allaitement maternel : Rôle des professionnels de santé.**
M. Benali, F. Ayari, T. Sayari, E. Cherifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar,
M. Cheour, S. Kacem.
- P67 Le travail de la femme et l'allaitement maternel : État des lieux et perspectives.**
M. Benali, F. Ayari, T. Sayari, E. Cherifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar,
M. Cheour, S. Kacem.

- P68 Nævus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire: à propos d'un cas.**
R. Ben Khelifa, I. Selmi, E. Mermech, R. Ben Aziza, Z. Khlayfia, H. Ouerda, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.
- P69 Modalités de prise en charge du pneumothorax dans une unité de réanimation néonatale.**
F. Ayari, R. Amdouni, E. Cherifi, S. Jaouhari, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.
- P70 La mortalité néonatale très précoce : Agir sur les facteurs de risque.**
F. Ayari, R. Amdouni, E. Cherifi, M. Mayel, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.
- P71 La Laryngomalacie néonatale : diagnostic et prise en charge.**
N. Kolsi, H. Kamoun, M. Charfi, C. Regaieg, A. Ben Hmed, A. Ben Thabet, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.
- P72 Evaluation de la technique INSUREX pour l'administration du surfactant exogène.**
R. Abdelkrim, A. Ben Thabet, M. Charfi, C. Regaieg, N. Kolsi, A. Ben Hamed, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, J. Jdidi, A. Gargouri.
- P73 Difficulté de prise en charge d'un tératome congénital du palais associé à une fente palatine.**
C. Regaieg, H. Khanfir, M. Charfi, J. Anouar, N. Kolsi, A. Ben Hamed, A. Bouraoui, N. Hmida, F. Karray, K. Kolsi, A. Ben Thabet, A. Gargouri.

- P74** **Un Pneumothorax Spontané Néonatal révélant une Malformation Adénomatoïde Kystique du Poumon Gauche associée à une Agénésie Lobaire Droite: A propos d'un cas.**
M. Elouaer, K. Lassoued, B. Guedria, K. Chraiet. Fathallah Baccar, J. Kanzari, A. Guedria, K. Chraiet.
- P75** **Anévrisme de la veine de Galien chez le nouveau-né : à propos de trois cas**
R. Sghir, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Bellalah, H. Ayache, A. Ghaith, H. Mena, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.
- P76** **Ictère néonatal à bilirubine non conjuguée : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs.** A. Dkhil, W. Barbaria, H. Sahnoun, S. Trabelsi (1), I. Chelly, I. Khamassi.
- P77** **Aplasia cutanée circonscrite du vertex : A propos d'un cas.**
W. Tabka, O. Mghirbi, M. Bellalah, I. Kacem, H. Ayach, A. Ghaith, R. Labbaoui, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.
- P78** **Beckwith–Wiedemann syndrome: A case report.**
A. Segni, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Bellalah, , H. Ayache, A. Ghaith, M. Taamli, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.
- P79** **Hypertension artérielle néonatale révélant une dysplasie fibromusculaire : A propos d'un cas.**
M. Taamli, O. Mghirbi, M. Bellalah, I. Kacem, H. Ayache, S. Khenissi , S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.
- P80** **Syndrome d'APERT : à propos d'un cas.**
A. Segni, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Bellalah, H. Ayache, N. Brini, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.

- P81** **Le Reflux gastro-oesophagien néonatal massif : Quelle Prise en charge ? A propos d'un cas.**
Mghirbi, M. Bellalah, H. Ayache, A. Ghaith, M. Abdelli, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.
- P82** **Forme sévère de sphérocytose héréditaire à déclaration néonatale.**
M. Missaoui, F. Friha, B. Elleuch, R. Fatnassi, F. Maalej, K. Larbi, O. Mzoughi, I. Ben Fraj, R. Thebti, A. Marzouk, A. Bouaziz.
- P83** **Chylothorax congénital de grande abondance : diagnostic, prise en charge et suites évolutives chez un trisomique 21.**
I. Kacem, S. Gazzeh, O. Mghirbi, M. Bellalah, M. Abdelli, H. Ayache, A. Ghaith, J. Methlouthi, S. Nouri, N. Mahdhaoui.
- P84** **L'hypertension artérielle chez le nouveau-né : Pensez à la coarctation de l'aorte !**
H. F. Friha, O. Mzoughi, F. Maalej, R. Fatnassi, B. Elleuch, M. Missaoui, A. Marzouk, I. Ben Fraj, R. Thabti, A. Bouaziz.
- P85** **Le syndrome de Perlman : A propos d'un cas.**
K. Larbi, H. F. Friha, O. Mzoughi, F. Maalej, R. Fatnassi, B. Elleuch, M. Missaoui, A. Marzouk, I. Ben Fraj, R. Thabti, A. Bouaziz.
- P86** **Un céphalématome néonatal révélant une hémophilie A.**
I. Bel Hadj, F. Nasri, I. Trabelsi, M. Ben Romdhane, S. Hamouda, K. Boussetta.
- P87** **Pneumothorax chez le nouveau-né : une expérience en unité de néonatalogie de niveau II.**
K. Larbi, H. Friha f, O. Mzoughi, F. Maalej, R. Fatnassi, B. Elleuch. M. Missaoui, A. Marzouk, I. Ben Fraj, R. Thabti, A. Bouaziz.

- P88** **Prise en charge de la fièvre néonatale : Expérience d'un service de pédiatrie générale.**
I. Bel Hadj, M. Ben Ali, M. Ben Romdhane, I. Brini, F. Khalsi, K. Boussetta.
- P89** **Granulomatose septique chronique à révélation néonatale : A propos d'un cas.**
K. Larbi, H. Friha f, O. Mzoughi, F. Maalej, R. Fatnassi, B. Elleuch. M. Missaoui, A. Marzouk, I. Ben Fraj, R. Thabti, A. Bouaziz.
- P90** **La mortalité néonatale précoce chez le nouveau-né à terme.**
F. Ayari, S. Thabti, E. Cherifi, M. Rebhi, Y. Sdiri, M. Cheour, S. Kacem.
- P91** **Syndrome de DiGeorge.**
R. Fatnassi, F. Friha, O. Mzoughi, B. Elleuch, M. Missaoui, K. Larbi, F. Maalej, R. Thebti, A. Marzouk, A. Bouaziz.
- P92** **Thrombophlébite cérébrale néonatale: A propos de 3 observations.**
F. Mezghani, L. Essid, N. Ben Aba, I. Jbebli , S. Rhayem, F. Fedhila, S. Haddad, M. Khemiri.
- P93** **Les dents natales et cardiopathie congénitale : à propos d'un cas**
M. Khelfa, E. Marmech, I. Selmi, R. Ben Aziza, H. Ouerda, Z. Khlayfia, J. Kanzari, S. Hlioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.
- P94** **Une complication rare de la manœuvre de Rashkind (à propos d'une observation).**
M. Charfi, M. Zghal, C. Regaieg, H. Charfi, N. Kolsi, A. Bouraoui, A. Ben Hamad, R. Regaieg, N. Hamida, D. Abid, S. Kammoun, A. Ben Thabet, A. Gargouri.

- P95** **Thrombose porte aigue néonatale : A propos de deux observations.**
F. Mezeghani, N. Helali, A. Ahmed, S. Rhayem, E. Jbebli, F. Fedhila,
S. Hadded, M. Khemiri.
- P96** **Déshydratation hypernatrémique néonatale d'origine maternelle.**
B. Elleuch, A. Marzouk, F. Maalej, R. Thabti, I. Ben Fraj, O. Mzoughi,
M. Missaoui, A. Bouaziz.

Dimanche 19 Janvier 2020

Matinée

10h30 - 11h00

Modérateurs *Drs N. Kasdallah, A. Ben Thabet, S, Ghanmi*

- P97** **Facteur de mortalité chez les nouveau-nés ayant un liquide amniotique méconial: Etude analytique.**
E. Cherifi, A. Khalouaoui, Y. Sdiri, F. Ayari, M. Cheour, W. Belhaj Ammar, N. Ben Ameer, S. Kacem.
- P98** **L'intérêt du bilan post mortem lors d'une détresse neurologique.**
F. Maalej, I. Ben Fraj, F. Friha, B. Elleuch, K. Arbi, O. Mezoughi, R. Fatnassi, M. Missaoui, NEH. Sreiri, R. Thabti, A. Marzouk, A. Bouaziz
- P99** **Un arbre qui cache la forêt : Une sphérocytose révélée par une cholestase néonatale.**
M. Khelfa, E. Marmech, I. Selmi, R. Ben Khalifa, H. Ouerda, Z. Khlayfia, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.
- P100** **Transfusion sanguine fœtale intra-utérine : intérêt et pronostic.**
M. Abdelli, J. Methlouthi, O. Mghirbi, A. Guith, S.Gazzeah, M.Kehila, M. Bibi, I. Kacem, H. Ayache, N. Boudabbous, S. Nouri, M.Bellalah, N. Mahdhaoui.
- P101** **Facteur de mortalité chez les nouveau-nés ayant un liquide amniotique méconial.**
E. Cherifi, A. Khouaoui, F. Ayari, K. Bencheikh, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

- P102** **L'anémie néonatale précoce et sévère : apport du test de Kleihauer à propos de deux observations.**
S. Gazzeh, O. Mghirbi, I. Kacem, A. Ghaith , H. Ayache, M. Abdelli, N. Bouddabous, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.
- P103** **Liquide méconial : Etude descriptive dans une maternité de niveau 3**
E. Cherifi, A. Khaouaoui, F. Ayari, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.
- P104** **Nouveau-nés de mère atteinte de la rougeole : prise en charge et évolution**
M. Bellalah, A. Segni, O. Mghirbi, A. Ghaith, I. Kacem, N. Brini, H. Ayache, N. Bouddabou, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.
- P105** **Syndrome d'Ondine : Cause rare d'état de mort apparente en salle de naissance.**
N. Kasdallah, MY. Aissa, H. Ben Salem, S. Blibech, M. Douagi.
- P106** **Difficultés rencontrés lors de la mise en place d'un cathéter central en milieu de réanimation pédiatrique.** M. Loukil, H. Besbes, L. Ghedira, C. Ben Mariem, C. Chouchene, S. Chouchene.
- P107** **Un Pneumothorax Spontané Néonatal révélant une Malformation Adénomatoïde Kystique du Poumon Gauche associée à une Agénésie Lobaire Droite : A propos d'un cas.**
M. El Ouaer, K. Lassoued, B. Baccar, J. Kanzari, A. Guedria, K. Chraiet.
- P108** **Opsismodysplasie : à propos d'un cas.**
MB. Hamada, F. Friha, I. Ben Fradj, R. Thabti, A. Marzouk, A. Bouaziz.

- P109** **Cardiomyopathie hypertrophique congénitale et insuffisance mitrale : Intérêt de l'étude génétique familiale par séquençage d'exome.**
MY. Aissa, N. Kasdallah, M. Nawar, H. Ben Salem, H. Mahfoudhi, W. Fehri, S. Chaouachi, S. Blibech, M. Douagi.
- P110** **Le syndrome de Beckwith-Wiedemann chez un nouveau-né de mère diabétique.**
A. Ayadi, N. Kasdallah, S. Khemiri, H. Ben Salem, O. Zitouni, A. Amri, J. Ben Hefaieth, MY. Aissa, S. Blibech, M. Douagi.
- P111** **Monosomie 1p36 : à propos d'un cas.**
I. Boudiche, I. Selmi, Y. Laaribi, N. Brahim, E. Mermech, Z. Khlayfia, H. Ouerda, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, L. Ben Jemaa, O. Azzabi, N. Siala.
- P112** **Syndrome de Pfeiffer : à propos d'un cas.**
F. Bahri, I. Lazrak, N. Balhoudi, A. Sboui, H. Mejaouel.
- P113** **Syndrome de régression caudale : à propos d'un cas.**
F., Bahri, I. Lazrak N Balhoudi, A Sboui, H. Mejaouel.
- P114** **Association VACTERL : à propos d'un cas.**
F. Bahri, I. Chelly, W. Barbaria, I. Khamassi.
- P115** **Syndrome de Rubinstein-Taybi : à propos de deux cas.**
F. Bahri, I. Chelly, W. Barbaria, I. Khamassi.
- P116** **Le syndrome de Wiskott-Aldrich à début néonatal.**
I. Boudiche, E. Marmech, I. Selmi, S. Khatteche, H. Ouerda, Z. Khlayfia, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.

- P117** **Atrésie duodénale et anomalie de la rotation : une association rare A propos d'un cas.**
D. Brahem, T. Guedira, H. Yengui, I. Briki, N. Soyed, M. Houssein.
- P118** **Bride jéjuno –pariétale : une cause rare d'occlusion néonatale. A propos d'un cas.**
D. Brahem, I. Briki, H. Yengui, N. Soyed, T. Guedira, H. Mejaouel.
- P119** **Le remplacement œsophagien et sa place dans l'arsenal thérapeutique de l'atrésie de l'œsophage.**
M. Massoud, M. Ben Fredj, S. Ben Youssef, S. Mani, S. Sfar, A. Ksaa, S. Lassaad, M. Mekki, M. Belguith, A. Nouri.
- P120** **Découverte néonatale d'un polype vaginale, Intérêt de l'examen systématique à la naissance.**
M. Massoud, S. Mosbahi, M. Ben Fredj, S. Mani, S. Ben Youssef, A. Ksaa, S. Lassaad, M. Mekki, M. Belguith, A. Nouri.
- P121** **La ponction aspiration échoguidée : traitement mini-invasif des kystes ovariens néonataux : à propos de 4 cas.**
M. Massoud, M. Ben Fredj, S. Ben Youssef, S. Mani, N. Kechiche, R. Lamiri, S. Lassaad, M. Mekki, M. Belguith, A. Nouri.
- P122** **Torsion testiculaire anténatale : faut-il l'opérer en urgence ?**
M. Massoud, M. Ben Fredj, S. Ben Youssef, S. Mani, S. Mosbahi, S. Belhassen, S. Lassaad, M. Mekki, M. Belguith, A. Nouri.
- P123** **Diagnostic antenatal et prise en charge néonatale de l'omphalocele.**
I. Ghaddab, S. Smida.

- P124** **Naissance prématurée et séjour en soins déontologiques : quel impact sur les interactions mère-bébé et la sante mentale des mères ?**
R. Khemakhem, I. Selmi, S. Bourgou, E. Mermech, A. Maherzi, A. Belhadj, O. Azzabi, N. Siala.
- P125** **Diagnostic anténatal et prise en charge néonatal de la malformation adénomatoïde kystique du poumon (MKAP).**
I. Ghaddab, H. Mhabrech.
- P126** **Déterminants de la morbidité hospitalière liée aux cardiopathies congénitales révélées à l'âge néonatal.**
F. Ayari, H. Chourou, A. Khlifi, E. Cherifi, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.
- P127** **Mortalité hospitalière des prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée.**
H. Charfi , M. Charfi, C. Regaieg, R. Regaieg, A. Ben Hmed, A. Bouraoui, N. Hmida, A. Ben Thabet, A. Gargouri.
- P128** **L'asphyxie périnatale chez le nouveau né à terme et pré-terme : Evitable mais...**
F. Ayari, K. Ben Cheikh, E. Cherifi, A. Khalouaoui, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem
- P129** **Prise en charge et devenir des grands prématurés au service de néonatalogie de Mahdia.**
A. Ouali, S. Bouguerra, I. Fekih Romdhane, A. Yahyaoui, H. Ben Hamouda, S. Ghanmi, H. Soua.
- P130** **Profil à risque de l'asphyxie périnatale dans une maternité de niveau 3.**
F. Ayari, A. Khalouaoui, E. Cherifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

- P131** **La mortalité hospitalière dans l'asphyxie périnatale chez les nouveau-nés à terme ou pré-terme : Quel profil à risque ?**
F. Ayari, A. Khalouaoui, E. Cherifi, K. Ben Cheikh, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.
- P132** **Ascites as sign of appeal for antenatal meconium peritonitis complicating intestinal atresia in the newborn: a case series.**
R. Labbaoui, O. Mghirbi, M. Bellalah, I. Kacem, H. Ayach, A. Ghaith, W. Tabka, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui
- P133** **Exsanguino-transfusion (EST): Indications et pronostic chez le nouveau-né**
M. Abdelli, J. Methlouthi, O. Mghirbi, I. Kacem, S. Gazzeh, H. Ayeche, M. Bellalah, S. Nouri, N. Mahdhaoui.
- P134** **Anomalie de rotation intestinale à révélation néonatale : à propos d'un cas**
D. Brahem, N. Soyed, K. Mansour, T. Guedira, I. Briki I, H. Yengui, H. Mejaouel
- P135** **Etude épidémiologique rétrospective de la toxoplasmose congénitale.**
M. Bellallah, R. Sghir, O. Mghirbi, I. Kacem, A. Ghith, S. Nouri, S. Ismail, A. Yaacoub, A. Fathallah, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui
- P136** **Results in treatment of omphalocele and gastroschisis : experience in 21 cases.**
M. Belhajmansour, M. Ben Dhaou , L. Jarray , H. Zitouni , R. Mhiri, C. Regaieg, M. Charfi , A. Gargouri.
- P137** **Anorectal malformation Colonic atresia a rare association.**
M. Bel Haj Mansour, M. Ben Dhaou, H. Zitouni, N. Boukhrissa, L. Jarray, M. Charfi, A. Gargouri , R. Mhiri.

- P138 Management of congenital digestive atresia: A 13-year experience.**
M. Belhajmansour, H. Zitouni, C. Regaieg, M. Zouari, M. Ben Dhaou, L. Jarray, M. Charfi, A. Gargouri, R. Mhiri.
- P139 Fetal midgut volvulus with congenital internal hernia: A Case Report.**
M. Belhajmansour, M. Zouari, T. Cheikh Rouhou, H. Zitouni, M. Charfi, M. Ben Dhaou, A. Gargouri, R. Mhiri.
- P140 Neonatal gastric duplication cyst: a case report.**
M. Belhajmansour, S. Ammar, C. Regaieg, S. Sallemi, M. Bendhaou, A. Gargouri, R. Mhiri.
- P141 Prenatal diagnosis and management of a rare form of anorectal malformation: isolated recto-urethral prostatic fistula: case report.**
M. Belhajmansour, S. Ammar, C. Regaieg, S. Sallemi, H. Zitouni, M. Ben Dhaou, A. Ben Hmad, A. Gargouri, R. Mhiri.
- P142 VACTREL association and jejunal atresia: a case report.**
M. Belhajmansour, H. Zitouni, C. Regaieg, M. Ben Dhaou, N. Ben Kraiem, M. Charfi, A. Gargouri, R. Mhiri.
- P143 Obstructions duodénales congénitales: corrélation anatomo-pronostique.**
M. Charfi, M. Hbaieb, C. Regaieg, H. Zitouni, N. Kolsi, A. Bouraoui, A. Ben Hmed, N. Hmida, M. Ben Dhaw, R. Mhiri, A. Ben Thabet, A. Gargouri.
- P144 Masses ovariennes fœtales : diagnostic prénatal et prise en charge.**
N. Kolsi, N. Bouzidi, M. Charfi, M. Zghal, M. Derbel, Ch. Regaieg, D. Louati, A. Ben Thabet, A. Gargouri

RESUMES DES COMMUNICATIONS ORALES

C1 - Le surfactant dans la maladie des membranes hyalines : «Intubation-Surfactant-Extubation» Versus «Less Invasive Surfactant Administration».

F. Ayari, M. Benali, L. Essid, E. Cherifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Introduction

L'INSURE (Intubation-Surfactant-Extubation) et la LISA (Less Invasive Surfactant Administration) sont deux nouvelles techniques d'administration du surfactant qui sont de plus en plus utilisées dans les unités de réanimation néonatales.

Objectifs

L'objectif de ce travail était de comparer les techniques INSURE et LISA en termes de facilité, d'innocuité et d'efficacité.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective randomisée incluant les nouveau-nés ayant nécessité l'administration du surfactant pour une maladie des membranes hyalines. Les malades retenus ont été aléatoirement répartis en deux groupes selon la technique d'administration du surfactant : groupe INSURE et groupe LISA.

Résultats

Chaque technique, LISA et INSURE, a été pratiquée 39 fois. La technique LISA était jugée moins facile (N=4), aussi facile (N=1) ou plus facile (N=5) que la technique INSURE par les dix opérateurs participants à l'étude. La première tentative d'administration du surfactant a échoué dans 17% des cas dans le groupe INSURE et dans 24% des cas dans le groupe LISA. L'opérateur a eu besoin d'une pince de Magill plus fréquemment avec la technique INSURE (97% vs 80% avec la technique LISA, $p=0.044$). Une bradycardie était observée dans 37% des cas dans le groupe LISA (vs 32% dans le groupe INSURE). La désaturation était plus fréquente dans le groupe INSURE que dans le groupe LISA (59% vs 37%, $p=0.09$). La régurgitation, le reflux du surfactant et la toux étaient plus observés avec la

technique LISA ($p=0.001$, $p=0.08$ et $p=0.09$ respectivement). Le recours à la VM dans les 72 premières heures était légèrement plus fréquent dans le groupe LISA (50% vs 37% dans le groupe INSURE, $p=0.29$). Le délai moyen entre l'administration du surfactant et le début de la VM était de 28 ± 19 heures dans le groupe LISA et de 33 ± 19 heures dans le groupe INSURE. La différence n'était pas significative. Dans chaque groupe, environ un tiers des patients (30%) ont nécessité une deuxième dose de surfactant.

Conclusion

Notre étude a montré que les deux techniques INSURE et LISA sont similaires en termes de facilité, d'innocuité et d'efficacité. Ces résultats devraient être confirmés par des études à plus large échelle.

C2 - La ventilation à haute fréquence chez le nouveau-né: Expérience du service de Réanimation Néonatale de l'HMPIT.

O. Zitouni, N. Kasdallah, M. Nawar, H. Ben Salem, A. Ayadi, MY. Aissa, S. Khemiri, A. Amri, J. Ben Hefaidh, S. Blibech, M. Douagi.

Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie.

Introduction

La ventilation à haute fréquence (VHF) permet la réduction du risque de volobarotraumatismes pulmonaire dans les situations où le recours à des pressions d'insufflation élevées en ventilation conventionnelle s'avère indispensable. La VHF est désormais largement répandue en milieu de réanimation néonatale.

Objectifs

Evaluer la pratique de cette technique utilisée depuis 2004.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective sur 2 ans (Janvier 2017 - Décembre 2018). Ont été étudiés les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des nouveau-nés soumis à une VHF.

Résultats

Sur les 274 nouveau-nés (NN) hospitalisés pour détresse respiratoire néonatale, 183 ont nécessité le recours à la ventilation mécanique, dont 50 NN ont été ventilés par VHF. Le sex-ratio était de 1,5. L'âge gestationnel moyen était de 35 SA+3 jours [26-41+1j]. Les NN à terme ont représenté 52% des cas. Pour les 24 prématurés, 12 était des prématurés moyens, 8 des grands prématurés et 4 des très grands prématurés. Le poids de naissance moyen était de 2670 g [760- 4160 g]. Les NN étaient eutrophiques (76% des cas), avaient un retard de croissance intra-utérin (18% des cas) et hypertrophiques dans 6% des cas. La détresse respiratoire était immédiate dans la quasi-totalité des cas. La VHF était indiquée de première intention dans 8,2% des cas. Elle était utilisée comme technique de rescue après échec de la ventilation conventionnelle optimisée dans 91,8%. Les principales indications étaient une hypoxémie réfractaire (59,2% des cas), l'hémorragie alvéolaire (25% des cas), le pneumothorax dans 12,5% des cas et la hernie congénitale du diaphragme dans 6,3% des cas. L'âge moyen de la mise sous VHF était de 54 heures. La durée moyenne de la ventilation en VHF était de 74 heures [6-288 heures]. La survie globale était de 45,5% des cas. La survie était sans complication dans 43% des cas. Des complications neurologiques étaient observées chez 12% des NN. L'hémorragie intraventriculaire a été notée dans 8% des cas.

Conclusion

Dans notre série, la VHF était utilisée de première intention dans le traitement de certaines pathologies pulmonaires graves, ou en sauvetage après échec de la ventilation mécanique comme c'est recommandé. Elle occupe une place dans les stratégies thérapeutiques ventilatoires. Néanmoins, les complications neurologiques de type hémorragique ont été notées chez certains NN, mais l'imputabilité à la VHF est difficile à établir et devra être analysée par des études comparatives

C3 - Hypertension artérielle pulmonaire du nouveau-né : Expérience du service de néonatalogie de Sfax

M. Bahloul (1), A. Ben Thabet (1), C. Regaieg (1), M. Charfi (1), N. Kolsi (1), D. Abid (2), A. Ben Hmed (1), N. Hmida (1), R. Regaieg (1), A. Bouraoui (1), A. Gargouri (1),

Service de Néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax (1)

Service de cardiologie, CHU Hédi Chaker de sfax (2)

Introduction

L'hypertension artérielle pulmonaire du nouveau-né (HTAP) traduit un maintien après la naissance de résistances vasculaires pulmonaires élevées à l'origine d'une hypoxémie souvent redoutable.

Objectifs

Déterminer les caractéristiques cliniques, échographiques et étiologiques de l'HTAP et analyser les modalités thérapeutiques et évolutives de la population étudiée.

Matériel et méthodes

Notre étude est rétrospective descriptive incluant tous les cas d'HTAP, menée sur une période de 8 ans (2010 à 2017) au service de néonatalogie de Sfax.

Résultats

Nous avons colligé 245 nouveau-nés. La fréquence hospitalière était de 1,8%. Un diabète maternel a été noté dans 16,7% des cas. La césarienne a été pratiquée dans 75,9% dont les 2/3 étaient en dehors du travail. Le sexe masculin était prédominant dans 60,4% des cas, le retard de croissance intra utérin a été observé dans 18,4% des cas. La majorité des enfants étaient nés à terme ou proches du terme (75%). Une réanimation en salle de naissance a été nécessaire dans 34% des cas. Le diagnostic d'HTAP a été retenu sur des critères cliniques dans 53,8 % des cas et il s'est basé sur l'échographie dans 46,2 % des cas. Le retard de résorption du liquide amniotique était l'étiologie la plus fréquente (40%), suivie de la maladie des membranes hyalines (16%), des malformations (13%), du syn-

drome d'inhalation méconiale (9%) et des infections (9%). Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire dans 79,6% des cas et au mode de ventilation à haute fréquence dans 61,5 % des cas. La durée moyenne d'oxygénothérapie était de 7,6 jours. L'utilisation de vasodilatateurs pulmonaires était nécessaire chez 39,5% des patients dont 37,1% avaient reçu du monoxyde d'azote. Le taux de mortalité était de 28,2%. L'évolution ultérieure a noté des troubles transitoires du tonus chez 89% des malades, des troubles neurologiques persistants chez 9 patients et un asthme chez un seul enfant.

Conclusion

L'HTAP peut poser un problème de diagnostic étiologique mais surtout de prise en charge qui s'avère parfois difficile pouvant ainsi compromettre le pronostic vital et neurologique de l'enfant. La prévention de cette pathologie est alors indispensable.

C4 - Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des cardiopathies congénitales dans un service de pédiatrie.

F. Bahri, W. Barbaria, F. Ben Salah, S. Chargui, I. Chelly, I. Khamassi.

Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte.

Introduction

Les cardiopathies congénitales représentent les malformations congénitales les plus fréquentes. L'incidence est estimée entre 7 à 8 pour 1 000 naissances. Elles sont caractérisées par des variabilités cliniques et évolutives exposant parfois à des difficultés diagnostiques et de prise en charge.

Objectifs

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des cardiopathies congénitales dans un service de pédiatrie générale.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective descriptive des dossiers de malades porteurs de cardiopa-

thies congénitales hospitalisés au service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital universitaire de Bizerte sur une période de 3 ans (Janvier 2017- Décembre 2019).

Résultats

Nous avons colligé 20 patients pendant la période d'étude. Le sex-ratio était (M/F) était 2,3. L'âge moyen de diagnostic était 29 jours avec des extrêmes entre un jour et 7 mois. Le diagnostic était avant l'âge de 30 jours chez 15 des patients. Aucun patient n'avait des antécédents familiaux de cardiopathies congénitales. Le diagnostic anténatal était effectué chez un seul patient. Le diabète gestationnel compliqué la grossesse dans 8 cas. Le mode de révélation de la cardiopathie était la détresse respiratoire chez 16 enfants dont 7 avaient une cyanose associée. Un souffle cardiaque était présent chez 16 enfants. Une insuffisance cardiaque était notée chez 6 enfants. Un syndrome polymalformatif était retrouvé chez 12 cas dont deux syndromes de Down. La moitié des enfants avait une cardiopathie congénitale complexe. Nous avons noté une interruption de l'arche aortique et une tétralogie de Fallot chez 3 cas, une transposition des gros vaisseaux et une atrésie pulmonaire à septum ouvert chez 2 cas. Une prise en charge chirurgicale était indiquée chez 3 enfants. L'évolution était fatale chez 8 enfants.

Conclusion

La prise en charge des cardiopathies congénitales est multidisciplinaire. Ce travail montre l'insuffisance du diagnostic anténatal qui aboutit parfois à la naissance de nouveau-nés dans des structures inadaptées à la prise en charge de cardiopathies graves. Par ailleurs, l'absence de dépistage néonatal systématique par mesure de l'oxymétrie de pouls ainsi que les sorties précoces de la maternité retardent le diagnostic et la prise en charge des cardiopathies congénitales.

C5 - Particularités des coarctations de l'aorte chez le nouveau-né.

W.Tabka (1), J. Mathlouthi (1,3), O.Mghirbi(1,3), A. Guith (1), H. Manaa, I.Kacem(1,3), I Naffeti(2,3), S.Nouri(1,3), M.Bellalah(1,3), N.Mahdhaoui(1,3).

Service de réanimation et de néonatalogie de Sousse (1),
Service de cardiologie de Sousse (2), Faculté de médecine de Sousse (3)

Introduction

La Coarctation de l'Aorte représente 5 à 7 % des cardiopathies congénitales. Le diagnostic précoce, au mieux en anténatal, est essentiel afin d'améliorer le pronostic

Objectifs

Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, para clinique, thérapeutique et évolutif des Coarctation de l'Aorte chez le nouveau-né dans le centre de maternité et de néonatalogie de Sousse.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, menée au service de néonatalogie de Sousse durant la période allant du 1er Janvier 2003 au 31 Décembre 2018. Durant cette période nous avons inclus tous les nouveau-nés ayant une Coarctation de l'Aorte diagnostiquée et/ou confirmée chez le nouveau-né.

Résultats

57 nouveau-nés étaient inclus dans notre étude. Une discrète prédominance masculine était notée avec un sexe ratio = 1.19. La Coarctation de l'Aorte était découverte durant les 24 premières heures de vie dans 33.3 % des cas et durant la première semaine de vie dans 19.3 % des cas. Le diagnostic a été posé en anténatal chez 7 nouveau-nés. Cette symptomatologie était dominée par la constatation d'une détresse respiratoire inexplicable par une cause pulmonaire dans 29.82 % des cas, une insuffisance circulatoire dans 17.54 % des cas, un souffle cardiaque dans 15.78 % des cas et une cyanose dans 14.03 % des cas. Une différentielle de TA entre membre supérieure et inférieure a été mise en évidence chez 26 nouveau nées soit 45.61%. L'échographie cardiaque a permis de poser le diagnostic de la Coarctation de l'Aorte chez 40 nouveau-nés (70.17 %) et l'a suspecté chez 12 autres (21.1%). Un angio-scanner a été pratiqué pour 18 nou-

veau-nés. Parmi les nouveau-nés de notre cohorte, 35 ont pu être opérés. L'évolution à court terme était favorable pour 31 nouveau-nés. Le décès post-opératoire était survenu dans 24.6% des cas (N=14). L'évolution tardive était marquée par la survenue d'une re-coarctation dans 4 cas nécessitant une re-intervention.

Conclusion

Le pronostic global des Coarctation de l'Aorte à révélation néonatale est généralement bon. Cependant il pourrait être amélioré grâce aux progrès réalisés dans le développement des moyens diagnostiques et thérapeutiques ainsi que l'étroite collaboration entre obstétriciens, néonatalogues, cardiopédiatres et chirurgiens cardio vasculaires.

C6 - Mortalité hospitalière des nouveau-nés à terme.

M. Loukil, M. Charfi, C. Regaieg, A. Ben Hamad, A. Bouraoui, N. Hamida, R. Regaieg, A. Gargouri.

Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax

Introduction

La mortalité néonatale est encore élevée dans notre pays. La plupart des travaux sur cette mortalité n'ont pas séparé les prématurés des nouveau-nés à terme.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de préciser les causes de décès de ces derniers.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les nouveau-nés à terme décédés dans le service de néonatalogie de CHU Hédi Chaker entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2018. Pour les causes de décès, les règles de la classification internationale des maladies ont été suivies.

Résultats

Pendant la période d'étude 93 nouveau-nés à terme étaient décédés dans le service. 68 % étaient nés par césarienne et 24% avaient un faible poids de naissance. Le décès est survenu pendant la première semaine de vie dans 74% des cas. Les principales causes de décès étaient les malformations congénitales (56%) et l'asphyxie périnatale (22%). Le décès était improbable à une infection maternofoetale dans 2 cas seulement.

Conclusion

La connaissance des circonstances et des causes de décès des nouveau-nés à terme permet d'évaluer les pratiques et d'identifier les cibles d'actions prioritaires visant à réduire cette mortalité en particulier le diagnostic anténatal des anomalies congénitales et la surveillance et le déroulement de l'accouchement.

C7 - Etude épidémiologique des consultations précoces des nouveaux nés à la salle d'urgence pédiatrique.

A. Elleuch, A. Abdennadher, M. Weli, F. Charfi, L. Gargouri, M. Abdelmajid.

Service de Pédiatrie, Urgence et de Réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker. Sfax, Tunisie.

Introduction

Le nombre de consultations dans les services d'urgences pédiatriques (SUP) n'a cessé d'augmenter en Tunisie et dans le monde, particulièrement pour les nouveau-nés (moins de 28 jours).

Objectifs

- Déterminer les motifs de consultations des nouveau-nés à la SUP. - Identifier le nombre de consultations qui auraient pu être gérées en ambulatoire. -Rationaliser le flux des consultations.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive et rétrospective portant sur les nouveaux nés (âgés entre 1 jour et 28 jours) ayant consulté à la salle d'urgence pédiatrique du CHU Chédi Chaker, du 01/11/19 au 15/12/19.

Résultats

Nous avons recensé 62 nouveaux nés sur un nombre total de consultants de 4144 (soit une fréquence de 1,49 %), dont 32 garçons et 30 filles (soit un sex ratio de 1.06). Les patients ont consulté à la SUP de manière spontanée (décision des parents) dans 69,3% des cas, adressé par une structure médicale dans 19 % des cas et adressé par un médecin spécialiste dans 11 % des cas. Les consultations se déroulent majoritairement le matin et l'après midi (8h00-18h00) dans 66 % des cas, 33% le soir et la nuit (18h00-08h00). Les motifs de consultations étaient dominés par une symptomatologie respiratoire avec un diagnostic retenu d'une bronchiolite dans 30 % des cas et d'une simple rhinite dans 6% des cas. Le deuxième motif était la fièvre avec suspicion d'infection materno-fœtale dans 16%. Pour le reste des motifs, on les a groupé comme suite : symptomatologie digestive (colique , constipation , reflux) dans 8 % des cas , fausse route et accès de cyanose dans 8 % des cas, masses bénignes (bosses séro-sanguines, céphalématome, mammite, bécégite axillaire 8%, éruptions cutanées physiologiques et anomalies bénigne de l'ombilic (6%), refus de tétée avec mauvais état neurologique (4%), malformations congénitale (3%), , ictère pathologique (3%), 1 cas de tachycardie supraventriculaire, 1 cas de conjonctivite , un cas d'intoxication au stérogyl. L'indication d'hospitalisation a été posée dans 70,9% des cas avec décision d'admission dans un secteur de réanimation d'emblée dans 4 cas.

Conclusion

Il faut insister sur l'importance d'éduquer les parents dès la sortie de la maternité sur certains aspects physiologiques du nouveau (érythème fessiers , colique ...) et surtout sur les mesures préventives de la bronchiolite aigue puisque la gêne respiratoire reste le principal motif de consultation.

C8 - Predictive factors of mortality after surgical management of congenital diaphragmatic hernia.

M. Belhajmansour (1), M. Zouari (1), L. Jarray (1), H. Zitouni (1), M. Charfi (2), M. Ben Dhaou (1), A. Gargouri (2), R. Mhiri (1),

Service de chirurgie pédiatrique sfax (1)

Service de Néonatalogie sfax (2)

Introduction

In spite of advances in management of congenital diaphragmatic hernia (CDH), the mortality and morbidity of this condition remains high

Objectifs

The aim of the present study was to identify predictive factors of mortality after surgical management of CDH.

Matériel et méthodes

A retrospective study of all cases of CDH in the department of pediatric surgery from 2012 to 2016 was conducted.

Résultats

During the 5-year period, 35 neonates were operated on for CDH. Twenty-two (63%) patients were male and 37% were female. Antenatal diagnosis was performed in only 20% of cases (n=7). Postoperative mortality was 20/35. There was no statistically significant difference between survival and death groups in terms of sex, prenatal diagnosis of CDH, Gestational age, Apgar score 1 min, Apgar score 5 min, left side of CDH, Pulmonary hypertension, Intrathoracic liver herniation, Admission blood gas PO₂, Admission blood gas PCO₂, Admission blood gas pH, Inhaled nitric oxide, delay to surgery, and surgical duration. However, birth weight < 2800 g was independently associated with postoperative mortality

Conclusion

Despite advances in neonatal reanimation, mortality for CDH remains high. Our study showed that low birth weight is a risk factor for mortality after surgical management of CDH.

C9 - Torsion testiculaire néonatale : à propos de six cas.

B. Elleuch, T. Khemis, H. Ben Hamida, M. Bizid, FZ. Chioukh, K. Monastiri.

Service de Réanimation et de Médecine Néonatale, Centre de Maternité et de Néonatalogie, CHU Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Tunisie.

Introduction

La torsion testiculaire néonatale est une pathologie rare qui pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de décrire les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant six observations de torsions testiculaires néonatales colligées dans le service de néonatalogie de Monastir entre 2011 et 2019.

Résultats

Tous les nouveaux nés avaient une torsion testiculaire anténatale. On a noté une prédominance du côté gauche des torsions (cinq cas sur six). Tous les nouveaux nés étaient macrosomes, Quatre étaient issus d'une mère diabétique. Tous les Nouveaux nés étaient nés à terme avec une bonne adaptation initiale à la vie extra utérine. La symptomatologie clinique a été dominée par la tuméfaction scrotale constatée dans tous les cas. L'hydrocèle vaginale bilatérale a été retrouvée chez cinq nouveaux nés. Le testicule était douloureux à la palpation dans deux cas. L'échographie doppler testiculaire a été pratiquée chez tous les Nouveaux nés montrant une échostructure testiculaire hétérogène avec des plages hypoéchogènes et une absence du flux artério-veineux au niveau de tous les testicules tordus. Un tour de spire a été objectivé dans un cas. L'exploration chirurgicale a été pratiquée dans cinq cas. L'abstention thérapeutique a été optée dans un seul cas. Le type de torsion a été exclusivement extra vaginal. L'orchidectomie a été pratiquée dans quatre cas. L'orchidopexie controlatérale a été réalisée dans quatre cas. Les suites opératoires étaient simples pour tous les nouveaux nés.

Conclusion

La torsion testiculaire néonatale survient in utéro. Elle est extravaginale. Son diagnostic est évoqué cliniquement et radiologiquement et confirmé chirurgicalement. Le diabète gestationnel et la macrosomie semblent être des facteurs de risque

C10 - Infections bactériennes néonatales précoces : Apport de la procalcitonine au cordon ombilical.

M. Bellalah (1), H. Manai (1), S. Becheur (2), O. Mghirbi(1), I. Kacem (1), H. Ayache (1), A. Ghith (1), S. Nouri (1), J. Ben Abdallah (2), K. Limam (2), J. Methlouthi (1), N. Mahdhaoui (1)

Service de néonatalogie, CHU FarhatHached Sousse (1),
Service de Biochimie, CHU Farhat Hached Sousse (2), Faculté de médecine de Sousse.

Introduction

L'infection néonatale bactérienne précoce (INBP) demeure une cause importante de morbidité et de mortalité périnatales. Tout retard dans la prise en charge thérapeutique peut en assombrir le pronostic. La quête d'un marqueur précoce et optimal en termes de sensibilité et de spécificité est donc d'actualité

Objectifs

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'apport de la procalcitonine (PCT) dosée au sang du cordon ombilical dans le diagnostic précoce des INBP.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude d'évaluation prospective réalisée sur une période de 12 mois. Nous avons inclus tous les NN avec facteurs de risque d'INBP et asymptomatiques enregistrés au centre de maternité et de néonatalogie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse. Nous avons procédé à un dosage de la PCT au cordon avec un seuil de positivité fixé à 0.5 ng /ml. Les NN inclus ont été pris en charge selon un algorithme bien établi. A posteriori et sans considérer la valeur de la PCT, les NN

ont été classés en trois groupes : groupe d'INBP certaine, probable et infirmée selon les critères du service. Les NN dont le diagnostic était une infection certaine ou probable étaient considérés comme infectés.

Résultats

Parmi les 9685 naissances vivantes (NV) enregistrés durant la période d'étude, 1235 situations à risque d'INBP ont été colligées, soit 12.7% NV. Au final, 279 NN ont été inclus. Le diagnostic d'INBP a été retenu dans 20 cas soit 1.61% des situations à risque et 2.06‰ NV. La chorioamniotite était le seul facteur de risque statistiquement corrélé à l'INBP ($p=0.003$). A une valeur seuil de 0.5 ng/ml, la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN) de la PCT au cordon étaient de 55%, 96.5%, 55% et 96.5% respectivement. La valeur seuil de la PCT retrouvée par la courbe ROC était de 0.415 ng /ml. Pour ce seuil, nous avons démontré une sensibilité de 60% et une spécificité de 96.5%.

Conclusion

L'intégration de la PCT dosée au cordon ombilical au sein d'un algorithme de prise en charge des nouveaux nés suspects d'INBP et asymptomatiques paraît intéressante du fait de son excellente spécificité et VPN, permettant ainsi de repérer les nouveaux nés sains parmi ceux à risque d'INBP et de leur éviter une antibiothérapie inutile sous réserve d'une surveillance clinique rapprochée.

C11 - Osteoarthrites septiques néonatales. A propos de 7 cas.

J. Ben Hefaieth (1), N. Kasdallah (1), A. Amri (1), H. Ben Salem (1), A. Ayadi (1), MN. Ncib (2), S. Blibech (1), M. Douagi (1)

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie (1), Service d'Orthopédie Infantile. Hôpital d'Enfants Bechir Hamza de Tunis (2).

Introduction

Les infections ostéo-articulaires chez le nouveau-né (NN) sont rares et graves. Leur incidence est estimée à 1 à 3 cas pour 1 000 admissions en néonatalogie.

Leurs caractéristiques cliniques, radiologiques et bactériologiques sont différentes de celles du nourrisson et de l'enfant.

Objectifs

Souligner les facteurs de risque, les particularités cliniques, radiologiques, microbiologiques et évolutives des ostéo-arthrites néonatales et rappeler la prise en charge médico-orthopédique.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective des cas d'ostéoarthrites néonatales diagnostiqués et pris en charge entre 1998 et 2019.

Résultats

Sept cas ont été colligés. Il s'agissait de 5 prématurés et de 2 nouveau-nés à terme. Le contexte était septique nosocomial dans 5 cas. Le diagnostic était suspecté par la clinique dans tous les cas, confirmé dans les atteintes des grosses articulations par l'échographie. Les arthrites ont concerné les hanches dans 4 cas dont un cas bilatéral, les genoux dans 2 cas, l'épaule gauche dans un cas. Dans un cas l'atteinte était multifocale. La scintigraphie osseuse a été pratiquée dans tous les cas et en a exclu une atteinte épiphysaire. Les germes retrouvés étaient : le staphylocoque (2 cas), klebsiella pneumoniae (1 cas), Escherichia Coli (1cas), Proteus mirabilis (1 cas) candida (1 cas). Les 7 NN ont bénéficié d'un traitement médical prolongé. L'arthrotomie évacuatrice a été pratiquée dans tous les cas sauf dans l'arthrite de l'épaule. Il n'y avait pas de séquelles orthopédiques dans 4 cas avec un recul de 3 mois à 18 ans. Un malade a été perdu de vue depuis l'âge de 2 ans dans un tableau de paralysie cérébrale.

Conclusion

Les arthrites septiques néonatales sont des localisations secondaires rares des septicémies nosocomiales bactérienne et mycosique chez les prématurés. De prise en charge lourde, le pronostic est lié à la précocité diagnostique et thérapeutique.

C12 - La prématurité tardive : situation à risque ?

Y. Sdiri, S. Thabti, E. Cherifi, F. Ayari, W. Belhajammar, N. Benameur, M. Cheour, S. Kacem.

Service de néonatalogie CMNT.

Introduction

La prématurité tardive (âge gestationnel entre 35 et <37 SA) est une situation fréquente en néonatalogie. Ces nouveau-nés présentent une morbidité et une mortalité néonatales plus importantes que celles des nouveau-nés à terme en rapport avec leur immaturité physiologique et métabolique bien que dans la plupart du temps ils présentent des caractéristiques anthropométriques similaires à des nouveau-nés à terme.

Objectifs

Etudier la mortalité et la morbidité néonatale chez les nouveau-nés « proches du terme » comparativement aux nouveau-nés à terme.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique de type cas témoin menée au service de néonatalogie du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de 6 mois allant du 1er janvier jusqu'au 30 juin 2019. Nous avons inclus dans le groupe « cas » les prématurés vivants nés à un terme de (35-37 SA) ayant nécessité un séjour en unité de soins intensifs (165 cas). Nous avons inclus dans le groupe « témoin » des nouveau-nés à terme avec les mêmes caractéristiques (374 cas). Nous avons relevé les caractéristiques liées au déroulement de la grossesse, anthropométriques ainsi que les différentes pathologies présentées par ces nouveau-nés durant leur séjour en néonatalogie.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 966 admissions dans le service dont 165 ayant un âge gestationnel compris entre 35 et <37 SA soit 17,1%. Une DRNN était retrouvée dans 15,7 % versus 4,5 % dans le groupe des nouveau-nés

à terme. Une ventilation invasive était nécessaire dans 2,7 % des cas dans le groupe des prématurés. Les apnées étaient observées parmi 2,2 % du groupe « cas » versus 0,53 % dans le groupe « témoin ». Le recours à une alimentation parentérale au cours du séjour en néonatalogie était observée dans 20,3% dans le groupe cas versus 7,48% chez les témoins, $p < 0,05$. Une hypoglycémie était notée dans 16,8 % dans le groupe des prématurés versus 2,1% dans le groupe des nouveau-nés à terme, $p = 0,028$.

Conclusion

La prématurité tardive constitue une situation à risque de morbidité et de mortalité néonatale. Dans notre étude elle était significativement associée à la survenue d'une DRNN, d'apnée, d'hypoglycémie et du recours à une alimentation parentérale durant la période de séjour en néonatalogie.

C13 - Prise en charge des prématurés de moins de 34 SA : Expérience d'un service de pédiatrie générale.

S. Ben Ahmed, MC. Gharbi, F. Mezghani, F. Fedhila, S. Rhayem, E. Jbebli, S. Haddad, M. Khemiri.

Service de médecine infantile A - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis

Introduction

La prématurité demeure un problème préoccupant en médecine périnatale. La prise en charge des prématurés est optimale lorsque la naissance a lieu à proximité d'une unité de réanimation néonatale, mais cette opportunité n'est pas toujours possible.

Objectifs

Préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des prématurés de moins de 34 SA pris en charge dans un service de pédiatrie générale.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les nouveau-nés prématurés de moins de 34 SA hospitalisés dans l'unité de néonatalogie du service de médecine infantile A de l'hôpital d'Enfants de Tunis durant la période du 1er janvier 2018 au 1er décembre 2019.

Résultats

Nous avons colligé 50 nouveau-nés prématurés de moins de 34 SA, nés à un terme moyen de 32 SA + 1 jour [23 SA + 4 jours - 33 SA + 6 jours] avec un sex-ratio de 1.27. La grossesse était compliquée de diabète gestationnel et d'hypertension artérielle gravidique respectivement chez 10% et 14% des femmes. Les trois principales causes de la prématurité étaient la pathologie infectieuse (24%), la grossesse multiple (22%) et la pré-éclampsie (14%). La corticothérapie anténatale était administrée chez 62% des nouveau-nés. Le poids de naissance moyen était de 1847,3 g [670 - 2700 g]. Le score d'Apgar était inférieur à 7 à la cinquième minute dans 22% des cas. L'examen initial a noté une détresse respiratoire dans 46 cas dont 15 cas de maladie des membranes hyalines, une hypothermie (27 cas) et une hypoglycémie (24 cas). Les autres complications de la prématurité étaient comme suit : l'ictère (26 cas) dont cinq cas d'ictère cholestatique, l'anémie (18 cas), la survenue d'apnées (7 cas), les complications digestives (5 cas) et l'hypocalcémie (2 cas). Le transfert à un service de réanimation néonatale n'était possible que chez 12 nouveau-nés. La caféine ainsi que l'alimentation parentérale initiale étaient prescrites chez tous les nouveau-nés, 42% ont eu une oxygénothérapie par lunettes nasales à haut débit, 24% ont reçu des antibiotiques, 16% ont été transfusés et 52% ont eu une photothérapie. Des anomalies à l'échographie transfontanellaire ont été notées chez 7 nouveau-nés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14 jours et l'évolution était favorable dans 78% des cas.

Conclusion

La prématurité reste une cause importante de morbidité et de mortalité néonatale. La prévention et la gestion des facteurs de risque sont primordiales. Le dépistage et la prise en charge des complications liées à la prématurité doivent être une action de santé publique prioritaire.

C14 - Rétinopathie du prématuré : étude.

E. Cherifi, K. Bencheikh, F. Ayari, Y. Sdiri, W. Belhajammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de néonatalogie CMNT.

Introduction

Les progrès récents de la médecine périnatale en Tunisie et l'amélioration des soins intensifs néonataux ont permis la survie croissante des nouveaux nés prématurés et de faible poids de naissance. Cette population est exposée à plusieurs complications dont la rétinopathie du prématuré ou Retinopathy of prematurity (ROP) d'où la nécessité d'un dépistage systématique de cette pathologie.

Objectifs

Étudier les caractéristiques épidémiologiques des nouveau-nés présentant une rétinopathie du prématuré et déterminer les facteurs de risque de la rétinopathie du prématuré.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude cas témoin rétrospective menée au service de médecine et réanimation néonatale au Centre de Maternité et Néonatalogie de Tunis, incluant 952 patients ayant un âge gestationnel ≤ 32 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou un poids de naissance (PN) ≤ 1500 g et/ou une instabilité clinique, sur une période de 08 ans (2012–2019). La méthode utilisée était l'ophtalmoscopie binoculaire initialement relayée par la Retcam depuis Mai 2016.

Résultats

Neuf cent cinquante-deux nouveau-nés prématurés ont été inclus. La prévalence de la ROP était estimée à 17.9% des patients. L'analyse comparative des différents facteurs de risque anténatals montre que la rupture prématurée et prolongée des membranes, la chorioamniotite ainsi que le caractère induit de la grossesse se sont révélés des facteurs de risque statistiquement significatifs de survenue de ROP. La comparaison des facteurs péri et néonataux a conclu que la survenue d'une ROP est inversement proportionnelle au poids à la naissance et l'âge gestationnel. Une oxygénothérapie de plus de 10 jours et la ventilation mé-

canique étaient également des facteurs de risque de la ROP. L'instabilité hémodynamique était significativement plus fréquente dans le groupe « ROP » comparativement au groupe « Non ROP », 32,2% vs 20% respectivement. Le groupe « ROP » était aussi significativement plus exposés aux facteurs suivants : Infections, entérocolite ulcéro-nécrosante, transfusions par Culots Globulaires Rouges et Plasma Frais Congelé et hémorragies intra-ventriculaires de grades 3 et 4. La prise en charge thérapeutique a consisté en une simple surveillance dans 68% des cas, 20% rétines atteintes ont bénéficié de photocoagulation au laser et 22% des rétines ont eu une injection intra-vitréenne d'anti-facteur de croissance vasculaire endothélial ou anti-Vascular endothelial growth factor (anti-VEFG).

Conclusion

Le dépistage de la ROP doit être effectué chez tous les prématurés d'âge gestationnel ≤ 32 SA et /ou un PN ≤ 1500 g ainsi que chez tout prématuré de moins de 37 SA ayant une évolution clinique instable. L'étude des facteurs de risque de la ROP a permis de diminuer sa prévalence : 25% en 2018 contre 11% en 2019.

C15 - La persistance du canal artériel du prématuré: expérience du service de néonatalogie de Sfax

A. Bouraoui (1), M. Laadhar (1), M. Charfi (1), D. Abid (2), C. Reagaieg (1), R. Regaieg (1), N. Hamida (1), A. Ben Thabet (1), A. Gargouri (1),

Service de Néonatalogie de Sfax (1), Service de Cardiologie de Sfax (2),

Introduction

La persistance du canal artériel (PCA) chez le grand prématuré est une complication fréquente qui augmente la morbi-mortalité néonatale. La prise en charge reste à l'heure actuelle non consensuelle.

Objectifs

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer l'incidence de la PCA hémodynamiquement significative (CAHS) chez le grand prématuré en se basant sur des critères cliniques et écho-cardiographiques et de détailler leur prise en charge

thérapeutique.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective incluant les grands prématurés d'âge gestationnel < 32 SA et de poids de naissance < 1500 g hospitalisés au service de néonatalogie de Sfax CHU Hédi Chaker sur une période de 4 mois (1/3/2018 au 30/6/2018).

Résultats

Nous avons inclus 51 nouveau-nés, l'incidence de la persistance du CAHS était de 45.1%. Cette incidence était inversement proportionnelle à l'âge gestationnel et au poids à la naissance. Sur le plan clinique, la détresse respiratoire était présente chez tous les prématurés. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le CAHS et l'hypotension diastolique ($p=0.003$), l'hyper pulsativité précordiales et des pouls périphériques ($p=0.001$). L'auscultation cardiaque trouvait un souffle chez 55% des prématurés ayant un CAHS. L'échographie cardiaque faite au lit du malade nous a permis de faire le diagnostic de la PCA d'une part. D'autre part, elle nous a permis de différencier le CA non significatif du CAHS. En effet, ce dernier s'est associé à hémorragie alvéolaire dans 40% des cas et d'intolérance digestive dans 47%. Concernant la prise en charge, cinq parmi 23 nouveau-nés ayant un CAHS ont nécessité de l'ibuprofène pour fermer leur CA et 14 ont bien évolué sous traitement conservateur. Dix nouveau-nés sont décédés, la PCA était responsable du décès chez 4 cas.

Conclusion

La PCA est associée à une morbidité néonatale importante, sans pour autant être décrite comme la cause ou la conséquence d'autres facteurs associés à la prématurité. Traiter ou non la PCA reste jusqu'à nos jours un sujet à controverse puisque le CA peut soit se fermer spontanément ou entraîner des complications respiratoires et hémodynamiques pouvant être fatale.

C16 - Développement neurologique des grands prématurés : prévision du risque par classification de l'électro-encéphalogramme.

A. El Arbi (1), A. Bezzine (2), M. Kchaou (3), M. Ben Mahmoud (3),
E. Ben Hamida (1), Z. Marrakchi (1),

Service de réanimation néonatale hôpital Charles Nicolle de Tunis (1)

Service de néonatalogie hôpital Aziza Othmana (2)

Service de Neurologie hôpital Charles Nicolle de Tunis (3)

Introduction

Le progrès de la réanimation néonatale a permis l'amélioration de la survie des grands prématurés. Toutefois, la grande prématurité expose à des séquelles neurologiques et des morbidités néonatales.

Objectifs

L'objectif de notre travail était d'étudier la corrélation entre l'activité électrique enregistrée par électroencéphalogramme (EEG) à terme corrigé et le devenir neurologique des grands prématurés à 18 mois.

Matériel et méthodes

Étude rétrospective descriptive et analytique menée sur deux ans, du 01/01/2015 au 31/12/2016, en collaboration avec le service de Néonatalogie et de Neurologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Nous avons inclus tous les nouveau-nés d'âge gestationnel < 33SA hospitalisés au service de réanimation néonatale en moins de 24h de vie et ayant effectué un EEG à terme corrigé disponible pour relecture. Le développement neurologique était jugé à 18 mois d'âge corrigé.

Résultats

Quatre-vingt seize nouveau-nés étaient inclus. Leur âge gestationnel moyen était de $30 \pm 1,54$ SA (26SA-32 SA+6 j). Le poids de naissance moyen était de $1557,2 \pm 389$ g (840g-2690g). L'âge corrigé moyen à la réalisation de l'EEG était de $38 \pm 3,6$ SA (34-44 SA+3j) et le suivi était assuré jusqu'à 18 mois d'âge corrigé. Le devenir sans séquelle était noté dans 87,5% des cas. Le principal handicap d'origine périnatale était l'infirmité motrice cérébrale, retrouvée dans 5,2% des cas. Les principaux paramètres de l'EEG prédictifs de séquelles neurologiques à 18

mois étaient les anomalies du tracé de fond (la discontinuité ($p<0,01$) et l'aréactivité ($p<0,05$)), les grapho-éléments pathologiques (ondes thêta amples ($p=0,01$) et ondes lentes ($p<0,01$)) ainsi que les anomalies paroxystiques (Pointes ondes ($p<0,01$) et polypointes ondes ($p<0,01$)).

Conclusion

La pratique de l'EEG en néonatalogie représente un moyen d'investigation à la fois facile et fiable dans la détection des anomalies neurologiques et dans l'évaluation du développement neurologique chez les grands prématurés. Sa réalisation à terme est nécessaire afin d'établir leur pronostic neurologique.

C17 - Nouveau-nés de mères diabétiques : étude épidémiologique

**H. Chakroun (1), S. Zayani (1), S. Kbaier (1), I. Fekih Romdhane (1),
H. Ben Hamouda (1), H. Bouchahda (2), S. Ghanmi (1), H. Soua (1),**

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (1),

Service de gynécologie-obstétrique, CHU Tahar Sfar, Mahdia (2),

Introduction

Le diabète chez la femme enceinte peut avoir des conséquences graves chez le nouveau-né.

Objectifs

Évaluer la morbidité et la mortalité des nouveau-nés de mères diabétiques (NNMD) et d'identifier les facteurs de risques néonataux.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, cas témoin, descriptive et analytique réalisée sur 6 mois à la maternité et au service de néonatalogie du centre hospitalier universitaire Tahar Sfar de Mahdia, entre le 01/01/2018 et le 30/06/2018. Les NNMD ont été comparés à un groupe témoin de nouveau-nés non issus de mères diabétiques choisis par ordre chronologique.

Résultats

Au total 237 NNMD ont été colligés au cours de la période d'étude correspondant

à un taux de 107 pour 1000 Naissances vivantes. Le taux d'accouchement par césarienne était significativement plus important chez les NNMD (62,4%) que celui du groupe témoin (49,4%). Le terme moyen d'accouchement chez les NNMD était de 38 SA + 5 j contre un terme moyen de 39 SA + 3 j dans le groupe témoin. Le taux de prématurité était plus important chez les NNMD (11,4%) que celui des témoins (7,2%). Le taux d'hospitalisation était significativement plus important dans le groupe des NNMD (21,5%) contre 15,6% dans le groupe témoin. Chez les NNMD, la morbidité était significativement représentée par les complications métaboliques à savoir l'hypoglycémie et l'hypocalcémie ($p < 0,00001$). Les malformations congénitales étaient plus fréquentes chez les NNMD (4,2%) par rapport au groupe témoin (1,7%). Le taux de mortalité était le même dans les deux groupes (0,4%).

Conclusion

Les NNMD sont exposés à des complications parfois graves au cours et au décours de l'accouchement nécessitant une surveillance et une prise en charge précoce.

C18 - hypothyroïdie congénitale : expérience du service de pédiatrie et de néonatalogie de l'Hôpital Mongi Slim La Marsa.

N. Ben Brahim, I. Selmi, S. Khatteche, E. Marmech, Z. Khlayfia, H. Ouerda, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie Hôpital Mongi Slim La Marsa.

Introduction

L'hypothyroïdie congénitale est, avec une prévalence de 1 sur 3 500 nouveau-nés, la principale cause de retard mental évitable. Elle peut être permanente ou transitoire. L'hypothyroïdie congénitale permanente est principalement provoquée par une dysgénésie thyroïdienne. Dans les pays industrialisés, elle peut être diagnostiquée dès la naissance grâce aux méthodes de dépistage de masse.

Objectifs

Préciser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des hypothyroïdies congénitales.

Matériel et méthodes

Etude descriptive rétrospective des malades présentant une hypothyroïdie congénitale suivis au service de pédiatrie CHU Mongi Slim La Marsa pendant la période 2008-2019.

Résultats

Nous avons colligé 30 nouveaux nés et nourrissons à prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,5. La prématurité était présente dans seulement 8 cas. Les nouveaux nés étaient eutrophiques dans 86 % des cas avec un poids moyen à la naissance de 2900 g. Une consanguinité parentale a été retrouvée chez 4 malades dont 2 de premier degré. Une mère atteinte de pathologie thyroïdienne a été retrouvée dans 6 cas. L'âge moyen des patients au moment du diagnostic de l'hypothyroïdie congénitale était de 32 jours (3-180 jours). Les circonstances de découvertes étaient l'ictère néonatal prolongé dans 11 cas, les antécédents familiaux de dysthyroïdie dans 4 cas, l'hypotonie dans 5 cas, une fontanelle antérieure large dans 3 cas, l'exophtalmie dans un cas, l'hypothermie inexpliquée dans un cas, un tableau d'occlusion avec ballonnement abdominal chez une patiente et une découverte fortuite chez un seul patient. 3 patients atteints de trisomie 21 ont été diagnostiqués suite à un bilan systématique. Le bilan thyroïdien a permis le diagnostic chez tous les patients avec TSH moyenne à 69,3 avec des extrêmes entre 6 et 624 mU/L. Le traitement a été entamé chez tous les patients dès la pose du diagnostic par L.Thyroxine à la dose moyenne de 7.41 μ g/kg/J. L'échographie cervicale a été pratiquée dans 86 % des cas se révélant normale dans 88% des cas, montrant une hypoplasie de la glande thyroïde dans un seul cas, un goitre dans un cas et une agénésie de la glande thyroïdienne dans un autre cas. La scintigraphie a mis en évidence une agénésie thyroïdienne dans 2 cas, des troubles de l'hormonogénèse dans 4 cas, une ectopie thyroïdienne dans un cas et une hypoplasie de la glande dans un cas. Le suivi régulier chez 83% de nos patients a permis de détecter un bon développement psychomoteur dans 80% des cas et un bon développement statur pondéral dans 72% des cas.

Conclusion

Le pronostic des enfants traités précocement est excellent. L'évolution neurocognitive peut être moins bonne chez les enfants traités après l'âge de 30 jours ou atteints d'une hypothyroïdie sévère. D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et notamment le dépistage systématique qui, seul permet des données fiables sur l'épidémiologie et d'améliorer le pronostic de cette affection.

RESUMES DES POSTERS AFFICHES

P1 - Les arthrites septiques du nouveau-né (à propos de deux observations)

A. Elleuch, MA. Zghal, M. Wali, M. Bahloul, L. Gargouri, A. Mahfoudh.

Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

L'arthrite septique est une urgence pédiatrique. La prise en charge doit être rapide et précoce. Le germe le plus fréquent est le staphylocoque doré

Objectifs

Rapporter une pathologie rare chez le nouveau-né

Matériel et méthodes

Il s'agit de deux cas d'arthrites septiques hospitalisés au service de Pédiatrie Urgences et Réanimation de Sfax

Résultats

Nous rapportons 2 cas d'arthrites septiques du nouveau-né colligés dans le service de pédiatrie urgence et réanimation CHU Hédi Chaker. Le premier cas est un nouveau-né de sexe féminin âgé de 21 jours aux antécédent d'une prématurité à 33 SA. La symptomatologie révélatrice était l'apparition d'un œdème en regard du coude droit avec limitation de la mobilité (suite à la mise d'un abord veineux). L'échographie des parties molles a montré un épanchement intra-articulaire du coude droit avec infiltration des parties molles en regard. La ponction articulaire a ramené 4 ml de liquide louche dont la culture est négative. L'antibiothérapie prescrite était à base de claforan /Targocid/Genta. Pour le 2^{ème} cas, il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin âgé de 27 jours sans antécédents pathologiques particuliers. Le motif de consultation était une douleur à la mobilisation du membre inférieure droit dans un contexte fébrile. Le diagnostic d'arthrite septique du genou droit a été mis en évidence par la TDM. Il a bénéficié d'un prélèvement bactériologique, la culture du liquide articulaire était positive à staphylocoque doré. Il a été mis sous claforan /fosfomycine. Le drainage chirurgical a été pratiqué dans les 2 cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 20 jours. L'évolution était favorable.

Conclusion

L'arthrite septique est une urgence médicochirurgicale en pédiatrie. La difficulté d'isolement bactériologique est un véritable problème d'où la nécessité de multiplier les prélèvements. Le pronostic dépend de la précocité de prise en charge.

P2 - Les accidents vasculaires ischémiques

A. Elleuch, M. Bahloul, L. Gargouri, A. Mahfoudh,

Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

L'accident vasculaire cérébral (AVC) périnatal est une pathologie, dont la fréquence est estimée autour de 1/4 000 naissances vivantes. Il s'agit de la cause principale des infirmités motrices cérébrales. Bien que certains facteurs de risque soient identifiés, leur rôle précis dans la genèse de ces AVC reste mal compris. Par conséquent, les stratégies thérapeutiques et préventives restent controversées.

Objectifs

Déterminer les caractéristiques cliniques, paracliniques et étiologiques des accidents vasculaires ischémiques

Matériel et méthodes

Tous les cas des accidents vasculaires cérébraux néonataux et chez les nourrissons de moins de 3 mois, hospitalisés au service de pédiatrie, urgences et réanimation de Sfax sur une période de 5 ans (2015-2019).

Résultats

Nous rapportons 4 cas d'AVC colligés dans le service de pédiatrie urgence et réanimation CHU HédiChaker. Il s'agit de 2 cas d'AVC néonatal et 2 cas d'AVC chez deux nourrissons de 2 et 3 mois respectivement. Le sexe ratio était de 1. Aucun cas d'asphyxie périnatale n'était rapporté. Les crises épileptiques étaient le mode de révélation dans tous les cas, elles étaient focales dans la moitié des cas. Le diagnostic a été confirmé par la TDM cérébrale dans tous les cas. L'EEG pratiqué dans 2 cas a montré des anomalies de l'activité de fond. Sur le plan étiologique

on a identifié 1 cas de thrombophilie, un cas de leucémie aigue lymphoïde et un cas d'origine traumatique. Les explorations étaient non concluantes pour un cas. Les séquelles motrices ont intéressé 2 cas, une évolution favorable était notée dans 1 cas et le dernier cas était perdu de vue.

Conclusion

L'accident vasculaire ischémique est un événement crucial grevé d'une mortalité importante. Le diagnostic précoce est difficile en raison de la variabilité des symptômes d'appel. Une prise en charge rapide et une réhabilitation adéquate permettent de limiter au mieux les séquelles tardives et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles.

P3 - Méningite néonatale à entérovirus : savoir y penser

O. Mzoughi, F. Friha, K. Larbi, R. Fantassi, F. Maalej, M. Missaoui, B. Elleuch, I. Ben Fraj, R. Thabti, A. Marzouk, A. Bouaziz

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie de l'hôpital régional de Ben Arous

Introduction

Les méningites néonatales à entérovirus sont relativement fréquentes et souvent bénignes mais sous estimées.

Objectifs

Insister sur l'intérêt du diagnostic précoce des méningites néonatales à entérovirus afin de limiter une antibiothérapie abusive et souligner l'importance de la réaction en chaîne par polymérase PCR dans le liquide céphalorachidien LCR pour le diagnostic.

Matériel et méthodes

Un examen rétrospectif des dossiers médicaux des nouveau-nés hospitalisés dans le service de pédiatrie de Ben Arous pour méningite à entérovirus durant 2019.

Résultats

Nous avons colligé 4 observations de méningite à entérovirus entre le mois de

mai et le mois de septembre 2019, il s'agissait de deux garçons et deux filles, les malades sont âgés respectivement de 06 jours, 10 jours, 23 jours et 46 jours. Les quatre malades étaient admis pour fièvre, un geignement a été noté dans un cas. La ponction lombaire avait objectivé une cellulorachie à prédominance lymphocytaire dans trois cas (95 éléments/mm³, 150 éléments /mm³ et 368 éléments /mm³ respectivement) et une formule mixte (200 éléments /mm³ : 50% lymphocytes) dans un cas, avec une chimie normale. Le diagnostic a été confirmé par la détection du génome virale de l'entérovirus par PCR dans le LCR. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 13 jours avec des extrêmes de 10 à 19 jours. L'évolution était favorable dans tous les cas. L'échographie transfontanelle était normale chez tous les malades. Aucune complication n'a été rapportée.

Conclusion

Les méningites à entérovirus chez les nouveau-nés devraient être identifiées dès que possible par une PCR sur le LCR, cela pourrait à réduire l'administration d'antibiotiques et la durée de l'hospitalisation.

P4 - Malformation de Dandy Walker : à propos de quatre observations

S. Trabelsi, I. Chelly, H. Sahnoun, F. Ben Salah, W. Barbaria, I. Khamassi,

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte

Introduction

La malformation de Dandy Walker est une entité caractérisée par l'association de trois signes : une hydrocéphalie, l'absence partielle ou complète du vermis cérébelleux et un kyste de la fosse postérieure en communication avec le quatrième ventricule. Elle est rare avec une incidence de 1 pour 100 000 naissances vivantes. Elle est plus fréquente chez le garçon. Cette malformation peut être isolée ou associée à d'autres malformations rentrant dans le cadre d'une maladie génétique ou infectieuse. Le pronostic dépendra de l'étiologie.

Objectifs

Nous rapportons dans notre travail quatre cas de malformation de Dandy Walker avec des présentations cliniques différentes, tous de sexe masculin.

Matériel et méthodes

Etude des dossiers de quatre enfants ayant une malformation de Dandy Walker

Résultats

Dans notre série, la malformation de Dandy Walker a été diagnostiqués en anténatal dans 2 cas et en postnatal dans les 2 autres cas. Un mariage consanguin a été rapporté dans les trois premiers cas. Concernant les cas anténataux, le diagnostic a été porté par l'échographie du 2ème trimestre. Pour le 1er cas, l'anomalie a été découverte à 24 SA associée à une hydrocéphalie tri ventriculaire, un septum lucidum élargi; pas d'autre malformations viscérales associées. L'enquête étiologique est négative. Les parents ont décidé d'interrompre la grossesse. Pour le 2ème cas, le diagnostic a été porté à 27 SA par l'échographie et confirmée par l'IRM fœtale qui a montré l'association avec une hypoplasie du corps calleux et des anomalies de la gyration. Le caryotype fœtal est normal. Les parents ont décidé de poursuivre la grossesse. Le nouveau-né a présenté un retard de croissance harmonieux, un nystagmus et une détresse respiratoire néonatale. L'évolution a été marquée par la persistance de la microcéphalie, l'apparition de crises convulsives à l'âge de 10 mois et un retard global de développement. L'IRM cérébrale faite à l'âge de 7 mois était en faveur d'une anomalie de Dandy Walker associée à une ventriculomégalie supra tensorielle sans signe d'activité avec des anomalies de gyration à type de pachygyrie latéro-frontale bilatérale et polymicrogyrie frontale droite. Le 3ème cas, le diagnostic a été porté à l'âge de 2 ans devant l'apparition de troubles de la marche avec des chutes fréquentes, un élargissement du polygone de sustentation et une baisse de l'acuité visuelle avec héméralopie chez un garçon qui n'a pas d'antécédent particulier et un développement psychomoteur normal. Le scanner cérébral a montré une malformation de Dandy Walker qui a été confirmée par l'IRM cérébrale. L'exploration ophtalmologique a montré une rétinite pigmentaire. A l'âge de 6 ans, l'enfant était malvoyant avec limitation de l'autonomie. Le 4ème cas est issu d'un mariage non consanguin. Grossesse et accouchement normaux. Il a présenté une hypotonie axiale pour laquelle il a eu une échographie trans-fontanelle qui a montré un aspect échographique évoquant une anomalie de Dandy Walker. L'IRM cérébrale a confirmé cette anomalie qui était associée à une hydrocéphalie sus-tentorielle, et une atrophie corticale frontale. Le développement psychomoteur était normal initialement et le nourrisson a été perdu de vue à l'âge de 9 mois.

Conclusion

La malformation de Dandy Walker est caractérisée par une hétérogénéité cli-

nique en rapport avec une variabilité étiologique qui conditionne le pronostic et le conseil génétique. Elle nécessite un diagnostic précoce dans le meilleur de cas anténatal à fin d'instaurer une meilleure prise en charge de ces familles.

P5 - Myéloméningocèle: une malformation fréquente de prise en charge difficile

H. Sahnoun, W. Barbaria, A. Dkhil, S. Trabelsi, I. Chelly, I. Khamassi,

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte

Introduction

Les myéloméningocèles(MMC) désignent un ensemble de malformations congénitales résultant d'un défaut de fermeture du tube neural lors de la 4e semaine de développement embryonnaire. C'est la forme la plus fréquente mais aussi la plus sévère des anomalies de fermetures du tube neurale

Objectifs

L'objectif de notre observation était de rapporter le cas d'un nouveau-né ayant un diagnostic anénatal tardif de MMC de mauvais pronostic.

Matériel et méthodes

Observation d'un nouveau-né ayant une MMC.

Résultats

R, B était un nouveau-né de sexe féminin issue d'un mariage non consanguin et d'une 2ème grossesse bien suivie. L'échographie anténatale pratiquée à 27semaines d'aménorrhées (SA) a montré une MMC. L'IRM foétale a confirmé le diagnostic à 31 SA. Ainsi, l'interruption médicale de la grossesse n'était pas possible et l'accouchement était programmé par voie haute à un terme de 39 SA. A la naissance, le nouveau-né était eutrophique sans malformation congénitale apparente. L'examen du rachis a mis en évidence une MMC lombosacrée, paralytique faisant 4 cm de grand axe avec perte de substance. Par ailleurs, elle avait une macrocéphalie avec un périmètre crânien à 37cm. Une TDM cérébrale, faite à H26 de vie, a montré une hydrocéphalie tri ventriculaire active. Il n'y avait pas d'indication neurochirurgicale. L'échographie abdominale, rénale et cardiaque était sans anomalies. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'hydrocé-

phalie aboutissant à une augmentation rapide du périmètre crânien atteignant 53 cm en 5 mois et par l'hospitalisation de la malade à 3 reprises dans un tableau de fièvre traitée comme méningite. Aucune indication neurochirurgicale n'a été posée. Le nourrisson est décédé à l'âge de 5 mois dans un tableau de choc septique réfractaire à la réanimation.

Conclusion

La MMC est une malformation fréquente dont le diagnostic est devenu aisé grâce à l'échographie anténatale et l'IRM fœtale. Sa prise en charge est multidisciplinaire et difficile. Le diagnostic anténatal précoce de cette affection permet de proposer une interruption médicale de la grossesse et d'éviter la double souffrance du nouveau-né et de ses parents.

P6 - L'immobilisme Fœtal : A Propos de quatre cas.

E. Cherifi, R. Amdouni, Y. Sdiri, F. Ayari, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale. centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

Le syndrome d'immobilisme fœtal résulte d'un ensemble d'affections ou de malformations responsables d'une diminution ou d'une abolition des mouvements actifs fœtaux. Les causes et mécanismes physiopathologiques sont hétérogènes. Dans environ 50% des cas, il s'agit d'un syndrome récessif autosomique, dans d'autres cas on trouve une myasthénie maternelle ou autres causes plausibles d'immobilité (myogène, neurogène, ischémique/anoxique).

Objectifs

Souligner les difficultés diagnostic de cette séquence hétérogène avec les problèmes thérapeutiques

Matériel et méthodes

une étude rétrospective menée au service de réanimation néonatale au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de un an.

Résultats

OBSERVATIONS

*1ère observation : A.F, nouveau-né (nné) de sexe masculin issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse mal-suivie né par césarienne à un terme de 39 SA. Le poids de naissance est 2850g, l'accouchement sans incident, avec un score d'apgar 9/9/10. Le nné a été admis dans notre service pour hypotonie axiale et faible succion, à l'examen une dysmorphie faciale, un visage amimique. Il a été mis initialement sous antibiothérapie à doses méningée arrêtée devant des bilans négatifs et une ponction lombaire normale. Une ETF a été faite montrant une hémorragie intraventriculaire grade 1. Un EEG fait revenant normal avec un EMG en faveur d'une neuropathie motrice sans signes de dénervations active. Une étude génétique faite résultats en cours.

*2ème observation : N.A, nné de sexe féminin issue d'un mariage non consanguin et d'une grossesse mal-suivie avec à l'interrogatoire notion de diminution de mouvements actifs fœtaux. Elle est née par césarienne à un terme de 36SA +4jours avec une asphyxie intubée en salle de naissance. A l'examen, le bébé était scléromateux avec une attitude en batracien, des pieds équins et un visage amimique. Dès son admission, le nné était intubé en mode VACI, ayant reçu le surfactant et une antibiothérapie devant les scléromes et la prématurité spontanée. La radiographie de thorax montre des côtes grêles avec une maladie des membranes hyalines stade 4. Une ETF faite à J2 montrant une ectasie triventriculaire avec échogénicité périventriculaire asymétrique. L'évolution a été marquée par l'aggravation sur le plan respiratoire et hémodynamique et malgré le recours aux drogues vasoactives et la ventilation en OHF le nné est décédé à J9 de vie dans un tableau de défaillance respiratoire et hémodynamique. Une étude génétique a été faite mais résultats en cours.

*3ème observation : B.K nné de sexe masculin issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse mal-suivie mère G5P5 0enfants vivants avec des décès néonataux, né par césarienne à terme, admis dans notre service pour mauvaise adaptation avec un score d'apgar à 3/4/7. A l'examen nné très hypotonique, visage amimique dysmorphie faciale, pieds bots varus équins, ectopie testiculaire bilatérale. L'évolution a été marquée par l'aggravation sur le plan respiratoire intubé à j3 de vie. Un EMG a été fait montrant une atteinte myogène sévère avec à l'étude génétique pas d'amyotrophie spinale. Le bébé a été décédé à J19 de vie dans un tableau d'hémorragie alvéolaire.

*4ème observation : S.K, sœur de B.k, née à un terme de 32SA dans un tableau d'asphyxie périnatale avec une détresse respiratoire en rapport avec une MMH intubé dès son admission. A l'examen bébé en attitude de batracien, un visage lisse amimique, pieds bots, dysmorphie faciale, hypertélorisme. Il est décédé à J4 de vie dans un tableau de défaillance respiratoire. Une étude génétique a été faite mais résultats en cours.

Conclusion

Depuis les descriptions de Péna et Shokeir en 1974 de nombreuses observations a été rapportées. On estime sa fréquence de 1/3000 à 1/10000 naissances. Cette immobilité fœtal peut être isolée ou dans le cadre d'un syndrome polymalformatif avec dans certain cas un risque de récurrence entre 0.1% et 25%. Les étiologies sont multiples et variés et le pronostic dépend certes de l'étiologie mais aussi de l'âge gestationnel d'apparition de l'akinésie et de son évolution.

P7 - Un déficit en facteur XIII chez un nouveau-né révélé par une hémorragie à la chute du cordon

M. Zarrad, R. Ben Rebah S. Yahyaoui, O. Bouyahya, S. Mazigh, S. Boukthir.

Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Tunis

Introduction

Le déficit en facteur XIII est une maladie héréditaire rare révélée le plus fréquemment par une hémorragie à la chute du cordon ombilical et une incidence inhabituellement élevée d'hémorragies intracrâniennes.

Objectifs

Nous rapportons ici un cas de déficit en facteur XIII chez un nouveau né présentant un saignement lors de la chute du cordon ombilical.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'un nouveau né de sexe féminin qui a été admise dans notre service de médecine infantile C de l'hôpital d'enfants de Tunis à j 15 de vie pour saignement lors de la chute du cordon , soit 4 jours avant son admission , avec notion de récurrence du saignement ce qui a amené la famille à consulter nos urgences.

Résultats

Il s'agissait d'un nouveau né issue d'un mariage consanguin de premier degré, sans antécédents familiaux notables notamment pas de pathologies de l'hémostase dans la famille, née à terme par césarienne pour macrosomie. A l'examen, elle était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, Devant le

saignement actif elle a bénéficié d'un cerclage ombilical. A la biologie : Hb=7.2, VGM=98, TCMH=34, plaquettes=150 000 (ce qui a nécessité sa transfusion par du sang phénotypé). TP=91%, TCA=1.1, fibrinogène =3.35 g/l (normal) Devant un TP TCK normaux (bilan d'hémostase correct) avec absence de thrombopénie on a pensé à éliminer une thrombopathie on a complété alors par un frottis au doigt qui a montré un amas plaquettaire ce qui n'était pas en faveur d'une thrombopathie. On a complété aussi par le dosage du facteur XIII à la recherche d'un déficit en facteur XIII, qui a été dosé dans le laboratoire d'hématologie de l'hôpital aziza othmana, le taux est revenu à 2.6 % (abaissé) d'où la confirmation du diagnostic du déficit en facteur XIII. Elle a été adressée alors au service d'hématologie hôpital Aziza Othmana pour complément de prise en charge.

Conclusion

Le déficit en facteur XIII de la coagulation est une anomalie rare qu'il convient d'évoquer devant une hémorragie inhabituelle en période néonatale et une hémorragie lors de la chute du cordon .Une substitution en régime de prophylaxie de longue durée est recommandée dès le diagnostic pour éviter la survenue d'hémorragie intracérébrale .

P8 - Tumeurs Rénales Néonatales de Découverte Fortuite Devant Une Distension Abdominale: Etude de Deux Cas

B. Dhaouadi, S. Rhayem, H. Khadhraoui, E. Jbebli, F. Mezghani, F. Ben Mansour, S. Haddad, F. Fedhila, M. Khemiri.

Service de médecine infantile A - Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis.

Introduction

Les tumeurs rénales néonatales sont extrêmement rares. Le néphroblastome est de loin la tumeur maligne rénale la plus fréquente de l'enfant. La tumeur rhabdoïde moins fréquente est plus agressive et de moins bon pronostic. Bien qu'il existe des similitudes radiologiques entre les différentes tumeurs rénales néonatales, certaines particularités permettent de suggérer un diagnostic spécifique.

Objectifs

Rappeler les particularités cliniques et radiologiques des tumeurs rénales néonatales.

Matériel et méthodes

Etude de deux observations de nouveau-nés présentant une tumeur rénale.

Résultats

Première observation : Nouveau-né de sexe féminin, adressée à notre service pour exploration d'une masse abdominale de découverte fortuite sans autres signes à l'examen ou à la biologie. L'échographie abdominale a montré une volumineuse masse rétro péritonéale bien limitée pouvant cadrer avec un néphroblastome. Une néphrectomie a été pratiquée dont l'examen anatomopathologique a conclu à un néphroblastome de type blastémateux sans anaplasie. Le bilan d'extension était normal. Elle a été mise sous chimiothérapie adjuvante avec bonne évolution clinico-échographique. Deuxième observation : Nouveau-né de sexe féminin adressée aussi pour exploration d'une masse de l'hypochondre droit. Aucun antécédent tumoral familial n'a été signalé. L'examen clinique trouve en dehors d'un abdomen distendu, une masse palpable du flanc droit. L'échographie abdominale a visualisé une masse rénale droite d'échostructure hétérogène. La TDM abdominale a confirmé l'origine rénale de cette masse spontanément hypodense. L'exploration chirurgicale a retrouvé la tumeur manifestement maligne, rompue à sa face antérieure. L'examen de la pièce de néphrectomie a conclu au diagnostic de tumeur rhabdoïde. La patiente a reçu une chimiothérapie adjuvante mais l'évolution a été marquée par l'apparition des œdèmes des membres inférieurs avec voussure abdominale en regard du flanc droit. L'échographie a confirmé la rechute loco-régionale et pariétale de la tumeur avec envahissement de la veine cave inférieure au-delà de toute ressource thérapeutique.

Conclusion

la prise en charge des tumeurs rénales prénatales et néonatales nécessite l'extension de l'équipe multidisciplinaire habituelle d'oncologie pédiatrique à des obstétriciens et néonatalogistes pour assurer les meilleurs soins. Une intervention chirurgicale minimale est souvent la meilleure option initiale. Un traitement par chimiothérapie peut être justifié dans certains cas; cependant, les soins palliatifs sont aussi parfois l'option la plus intéressante. Dans ce contexte difficile, il est important que chaque membre de l'équipe médicale apporte son expertise et noue constamment des alliances thérapeutiques avec les parents des patients.

P9 - Déficit congénital en facteur VII: A propos d'un cas.

I. Briki, T. Ghedira, D. Brahem, H. Mejaouel, N. Balhoudi.

Service de Pédiatrie - Kairouan.

Introduction

La déficience en facteur VII est une maladie héréditaire de la coagulation du sang qui se transmet selon le mode autosomique récessif. Sa prévalence est estimée à 1/300000. Le tableau clinique est très variable allant d'une simple épistaxis à l'hémorragie intra cérébrale.

Objectifs

l'objectif de notre présentation est de mettre l'accent à travers un cas sur cette pathologie rare : particularités clinique, biologique et thérapeutique ainsi que les aspects évolutifs.

Matériel et méthodes

un cas de déficit en facteur VII hospitalisé dès la naissance au service de néonatalogie - pédiatrie de kairouan en Novembre 2019.

Résultats

Israa, a été hospitalisée dès la naissance pour suspicion de déficit en facteur VII. Elle est issue d'un mariage consanguin, avec comme ATCDs familiaux trois décès dans la fratrie à l'âge de 3 mois, 20 jours et 4 mois respectivement, par déficit en facteur VII. Elle avait par contre deux frères vivant en bon état de santé. L'examen somatique était sans particularités. Un bilan d'hémostase a trouvé un temps de prothrombine bas à 8% et un temps de céphaline active normal. On a complété par le dosage du facteur VII qui était à 1%. Le taux du facteur VII chez les deux parents était normal. Devant l'absence de tout syndrome hémorragique (ETF et échographie abdominale sans anomalies) le nouveau-né a été mis sortant à J8 de vie mais rapidement rehospitalisé à j10 de vie dans un tableau d'hypotonie et de mauvaise succion. Une ETF faite en urgence a montré une hémorragie intra ventriculaire grade I, avec un épanchement intra péritonéal de moyenne abondance à l'échographie abdominale. Elle a reçu une dose de Novoseven en urgence avec une surveillance hémodynamique et neurologique stricte. Au bout de 48h, elle a présenté une crise convulsive ayant cédé sous phéno-barbital. Une TDM cérébrale a révélé une hémorragie intra ventriculaire de

moyenne abondance située au V3 et du V4 avec une hémorragie méningée sous tentorielle associée. Malgré les mesures thérapeutiques le nouveau né a présenté par la suite un état de mal convulsif réfractaire puis a été décédé.

Conclusion

Le déficit en facteur VII est généralement de bon pronostic, mais cette pathologie reste très invalidante voire mortelle chez les sujets présentant les formes les plus sévères. La découverte d'un cas impose le dépistage familial. L'existence d'un premier enfant atteint de manifestations sévères doit conduire à proposer un diagnostic anténatal lors des grossesses antérieures.

P10 - Ostéopetrose « maligne » infantile : à propos de deux cas

R. Sghir, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Bellalah, H. Ayache, A. Ghaith, H. Menaa, J. Methlouthi, S. Nouri, N. Mahdhaoui.

Service de réanimation et de médecine néonatale, centre maternité et néonatalogie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie.

Introduction

L'ostéopétrose « maligne » infantile est une maladie congénitale rare de la résorption osseuse caractérisée par une densification généralisée du squelette. Son incidence est estimée à 1/200 000 naissances vivantes. sa transmission est autosomique récessive et le diagnostic est établi sur la base de critères cliniques et radiologiques. .

Objectifs

Nous rapportons à travers deux observations le mode de révélation, ses caractéristiques clinico-biologiques et son mauvais pronostic

Matériel et méthodes

Etude rétrospective à propos de deux cas

Résultats

Observation 1 : un nouveau-né (Nné) de sexe masculin, eutrophique, Issu d'une mère suivie pour lupus et d'un mariage consanguin de 2ème degré, né par c/s

pour SFA à terme avec un score d'Apgar 5/8/9. il a été admis en USI pour DRNN sévère nécessitant l'intubation et la ventilation mécanique. L'examen clinique a montré une hépatomégalie à 3cm du rebord costal. Le Nné a été pris en charge en IMF qui a été confirmée. A la biologie, il y avait une thrombopénie sévère sans CIVD nécessitant des transfusions de culot plaquettaires. Cette thrombopénie mise initialement sur le compte d'une infection sévère mais devant sa persistance à j10 de vie, avec un Nné bien portant avec ATCD de lupus chez la mère, l'origine immunologique a été évoquée et le Nné a reçu des immunoglobulines. Au cours de son hospitalisation, une dysmorphie faciale était devenue de plus en plus évidente avec des bosses frontales, un palais ogival, un microorganisme et devant une hépatosplénomégalie et la thrombopénie trainante, une Rx du crâne a été demandée objectivant un aspect de condensation des os de base de crâne en faveur d'ostéopétrose. Le bilan de retentissement a été fait et la biologie moléculaire est en cours. Observation 2 : Nné de sexe féminin, issue d'un mariage consanguin de 2e degré, aux ATCDS d'un frère décédé à l'âge de 4 mois dans un contexte infectieux et d'aplasie médullaire, né à terme par V/B, admis en USI pour détresse respiratoire immédiate et modérée. On a noté à l'examen une dysmorphie faciale à type de front bombant avec hypertélorisme. L'évolution a été marquée par l'installation d'une hypocalcémie, une thrombopénie et apparition d'une hépatosplénomégalie. Au bilan malformatif, l'échographie cardiaque était normale, l'échographie abdominale a montré une splénomégalie homogène, le bilan radiologique a montré une condensation osseuse importante au niveau des os longs et au niveau des os du crâne. Le diagnostic d'ostéopétrose a été retenu. Le BER, PEV, et l'examen ophtalmologique, étaient sans anomalie. Le Nne était HLA identique à sa mère et a été transféré au centre de greffe à Tunis à l'âge de 51 jours pour une greffe de la moelle osseuse. La biologie moléculaire est en cours.

Conclusion

L'ostéopétrose « maligne » infantile est une maladie rare mais grave. Le diagnostic prénatal peut être réalisé à la fin du 2e trimestre de grossesse par échographie, mais le diagnostic moléculaire est indispensable à la prise de décision, d'où l'intérêt du conseil génétique. Le pronostic est sombre en l'absence de la transplantation de moelle osseuse.

P11 - Ictère neonatal revelant un deficit en G6PD : etude sur 4 ans

F. Mezghani, N. Ben Aba, L. Essid, B. Dhaouadi, S. Rhaïem, E. Jebli, F. Fedhila, S. Haddad, M. Khemiri.

Service de Médecine Infantile A - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis.

Introduction

Le déficit en G6PD est l'enzymopathie érythrocytaire la plus répandue dans le monde, La Tunisie est classée par l'OMS parmi les pays modérément atteints par cette affection. La crise hémolytique aigüe est sa principale circonstance de découverte. On y pense rarement devant un ictère néonatal.

Objectifs

Etudier le profil clinique et cytogénétique du déficit en G6PD de révélation néonatale.

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective sur 4 ans et demi colligeant tous les cas d'ictère néonatal révélant un déficit en G6PD dans le service de médecine infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis.

Résultats

Pendant la période d'étude, le diagnostic de déficit en G6PD a été porté chez 5 nouveaux nés dont 4 filles et un seul garçon. Le motif d'hospitalisation était un ictère à bilirubine libre de révélation néonatale dans tous les cas, celui-ci était constaté en moyenne à J03 de vie (extrêmes 2 et 6 jours). Un nouveau né était en détresse neurologique en rapport avec un ictère nucléaire, il s'agit d'une fille ayant par ailleurs une incompatibilité O\A, avec TCD et test d'éluion négatifs. Une anémie normochrome normocytaire était notée chez 3 patients, le taux moyen de bilirubine libre était de $430\mu\text{mol/l}$ (extrêmes 344 et $647\mu\text{mol/l}$). Le dosage de l'activité enzymatique de la G6PD a révélé un déficit sévère chez deux nouveaux nés et modéré chez les autres.

Conclusion

La découverte néonatale d'un déficit en G6PD, à l'occasion d'un ictère néonatal inexplicé, permet de prévenir les crises hémolytiques en informant très tôt les parents des précautions à prendre et des aliments et médicaments à éviter.

P12 - Diarrhée chronique à début néonatal révélant un syndrome IPEX.

S. Rhayem, MC. Gharbi, S. Ben Ahmed, E. Jbebli, F. Mezghani, F. Ben Mansour, S. Hadded, F. Fedhila, M. Khemiri.

Service De Médecine Infantile A - Hôpital D'enfants Béchir Hamza De Tunis.

Introduction

Les entéropathies auto-immunes à révélation néonatale sont des maladies digestives rares et sévères. La forme la plus emblématique est le type 1 ou syndrome IPEX (Immune dysregulation, Polyendocrinopathy, Enteropathy, X-linked) qui ne touche que les garçons et est liée à une mutation du gène Foxp3. Elle se manifeste par l'apparition séquentielle de la triade entéropathie, maladie auto-immune et atteinte cutanée.

Objectifs

Mettre le point sur les difficultés de diagnostic et de prise en charge du syndrome IPEX.

Matériel et méthodes

Nous rapportons le cas d'un nourrisson admis à l'âge de 2 mois pour diarrhée chronique à début néonatal révélatrice d'un syndrome IPEX.

Résultats

Z.W est issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents familiaux pathologiques en dehors d'un asthme chez la mère. Il est né eutrophique, à terme d'une grossesse menée sans dysgravidies. Il était sous allaitement artificiel depuis la naissance. La symptomatologie remonte à J15 de vie marquée par une diarrhée liquidienne non glairo-sanglante, une mauvaise prise pondérale et l'apparition d'une éruption cutanée généralisée eczématiforme. L'examen à l'admission a noté : une dénutrition sévère, une déshydratation stade 3, des œdèmes des membres inférieurs sans protéinurie et des lésions eczématiformes généralisées. A la biologie : une acidose métabolique, une insuffisance rénale fonctionnelle avec hyponatrémie, une thrombopénie avec un nadir à 20000/mm³ et un volume plaquettaire normal, une cytolysé hépatique et une hypo albuminémie. La

prise en charge était initialement symptomatique. Au terme des explorations étiologiques, le diagnostic du syndrome IPEX était évoqué devant : le sexe masculin, la diarrhée à début néonatal avec entéropathie exsudative, le retard de croissance, l'eczéma sévère, la thrombopénie, la cytolyse hépatique et l'hypothyroïdie associée. Cette hypothèse diagnostique était confortée par le taux très élevé des IgE (855 U/ml). L'évolution était par ailleurs marquée par un sepsis sévère compliqué de CIVD avec une issue fatale au bout d'un mois de prise en charge.

Conclusion

En l'absence de diagnostic et de traitement approprié, l'entéropathie auto-immune de type 1 est fatale au cours des deux premières années de vie. Le seul traitement curatif de l'IPEX est la transplantation de cellules souches hématopoïétiques, qui est d'autant plus efficace aux stades précoces de la maladie.

P13 - Entérococolite nécrosante : expérience du service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique de Sfax

M. Weli, M. Bahloul, A. Elleuch, B. Maalej, L. Gargouri, A. Mahfoudh.

Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

L'entérococolite nécrosante (EN) est une inflammation intestinale qui touche principalement les nouveau-nés prématurés et hypotrophes. Elle survient dans environ 1 à 8% des admissions en USI néonatale. Sa pathogénie est multifactorielle et sa symptomatologie clinique est très variable. Le pronostic est sévère avec un taux de décès de 20 à 30%. Le traitement varie, selon sa gravité, d'une approche thérapeutique conservatrice à la chirurgie.

Objectifs

Déterminer les facteurs de risque de l'entérococolite nécrosante, ainsi que les caractéristiques diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

Matériel et méthodes

Etude descriptive rétrospective incluant tous les cas d'entérococolite nécrosante

hospitalisés au service des urgences et réanimation pédiatrique de Sfax sur une période de 9 ans (2010-2019).

Résultats

Nous avons colligés 8 cas d'EN sur une période de 9 ans. L'âge moyen était de 33 jours. Le sexe ratio était de 0,6. Dans les antécédents, nous avons noté une prématurité dans 2 cas, une asphyxie périnatale dans 2 cas, une maladie de Hirshprung dans 2 cas, une erreur du régime dans 1 cas et une cardiopathie congénitale à type de coarctation de l'aorte dans un cas. La maladie s'est révélée par des vomissements, une diarrhée verdâtre et un ballonnement abdominal dans tous les cas. Une déshydratation sévère associée à un état de choc étaient objectivés dans 5 cas. L'abdomen sans préparation a montré une pneumatose intestinale dans 1 cas et une aérocolie dans les autres cas. Une échographie abdominale pratiquée dans 1 cas a révélé un épanchement intestinal de moyenne abondance. La prise en charge s'est basé, outre le traitement étiologique de la cardiopathie et de la maladie de hirshprung, sur le repos digestif, les aspirations nasogastriques, la réhydratation hydro-électrolytique et l'antibiothérapie à large spectre dans tous les cas. Le recours aux tonicardiaques était nécessaire dans 5 cas. L'évolution ultérieure était marquée par la survenue du décès dans 5 cas, une guérison était notée chez 2 patients et un patient était sorti contre avis médical.

Conclusion

L'incidence de l'EN est en augmentation permanente actuellement. Il est donc indispensable d'agir en amont chez les nouveau-nés ayant des facteurs de risque d'EN, en favorisant les mesures de prévention notamment l'allaitement maternel et l'administration des probiotiques.

P14 - Infection materno foetale avec localisation méningée

A. Elleuch, Z. Hadrich, M. Weli, A. Ben Hlima, L. Gargouri, A. Mahfouth.

Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

L'infection néonatale est une cause majeure de morbidité et de mortalité. Le diagnostic doit être précoce afin de faire débiter rapidement un traitement efficace

Objectifs

Notre objectif est d'analyser les caractéristiques cliniques, biologiques, étiologiques et thérapeutiques de la méningite chez le nouveau-né

Matériel et méthodes

Etude rétrospective menée sur une période de 10 mois (janvier 2019 - octobre 2019) ayant colligé 6 cas de méningite néonatale hospitalisés dans le service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique de Sfax.

Résultats

Cinq filles et 1 garçon ont été colligés. L'âge moyen était de 22j (5 j- 30j). Quatre sont nés par voie basse alors 2 sont nés par césarienne. Un malade est prématuré. Une anamnèse infectieuse est notée chez tous les malades. Le délai de consultation était dans tous les cas inférieur à 3jours de début des symptômes. Alors que la durée moyenne d'hospitalisation était de 13j (1j-24j). Le tableau clinique a été marqué par une fièvre chez 4 patients ; une hypothermie chez deux ; une conscience altérée dans 2 cas ; une hypotonie chez tous les malades ; l'état hémodynamique et respiratoire étaient instable dans 3 cas Sur le plan biologique, tous les malades avaient un syndrome inflammatoire biologique. La PL était faite chez tous les malades, pathologiques dans tous les cas (EB : 120-2500) ; une hypoglycorrhée et une hyperproteïnorrhée sont notées dans 4 cas. La culture était négative chez tous les malades Deux malades ont bénéficié d'un scanner cérébral alors que 4 malades ont bénéficié d'une ETF Un malade a été intubé; 4 malades ont reçu C3G+amoxicilline+gentamycine et 2 malades ont reçu C3G+amoxicilline+gentamycine+ofloxacine. La durée moyenne de traitement était de 17 jours (extrême 12- 21jours) L'évolution était favorable dans 5 cas et fatales dans 1 cas. Des complications à type de convulsion sont observées dans 2 cas.

Conclusion

Les méningites néonatales posent les problèmes diagnostiques et thérapeutiques les plus difficiles des infections néonatales. Elles constituent une urgence médicale, une des plus dangereuses infections néonatales responsables de séquelles lourdes, surtout si le traitement n'a pas été instauré rapidement

P15 - Coqueluche maligne néonatale : A propos de 5 cas

M. Nawar (1), S. Blibech (1), N. Kasdallah (1), H. Ben Salem (1), O. Zitouni (1), S. Khemiri (1), H. Naija (2), M. Ben Moussa (2), M. Douagi (1).

Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunisie (1)

Service de Bactériologie-Virologie.Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunisie (2).

Introduction

La coqueluche est une infection respiratoire bactérienne (*Bordetella pertussis*) grave et contagieuse. Malgré la vaccination systématique de masse, elle demeure grave chez les nouveau-nés et les nourrissons de moins de 3 mois non ou partiellement vaccinés. Le tableau initial peut demeurer trompeur en période d'épidémie d'avec la bronchiolite néonatale.

Objectifs

Etudier les aspects diagnostics et pronostics de la coqueluche néonatale

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 2 ans (janvier 2017 - décembre 2019). Ont été étudiés les nouveau-nés (NN) atteints de coqueluche confirmée par PCR.

Résultats

Nous avons recensé cinq NN, 3 garçons et 2 filles, atteints de coqueluche dont deux anciens prématurés. L'âge chronologique moyen à l'admission était de 37,8 jours. Tous les NN étaient eutrophiques. La symptomatologie évoluait depuis en moyenne 6,4 jours avant l'admission et était à type de toux et de dyspnée dans tous les cas. Les autres signes relevés étaient les apnées (3 cas), la cyanose (2 cas), et les vomissements dans un cas. Un syndrome de détresse respiratoire aiguë a été noté chez 4 NN. Trois NN ont présenté des troubles hémodynamiques et des convulsions. Une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire a été notée chez 2 NN. Une coïnfection VRS-Coqueluche a été relevée dans un cas. La mère était la source de contamination dans un cas. La ventilation invasive conventionnelle et par oscillation à haute fréquence a été utilisée dans 4 cas. Il y a eu recours au monoxyde d'azote inhalé dans 3 cas. Les macrolides ont été uti-

lisés dans 4 cas. L'issue était fatale dans 3 cas dans un tableau d'hypoxémie réfractaire avec défaillances multi viscérale.

Conclusion

La coqueluche chez les jeunes nourrissons non encore protégés vaccinales demeure une pathologie grave avec une mortalité élevée. Les modalités vaccinales des adultes et des femmes enceintes en période restent à discuter.

P16 - Candidose congénitale néonatale de la forme localisée à la forme systémique: à propos de deux observations

C. Regaieg, F. Boudaya, M. Charfi, M. Zghal, N. Kolsi, A. Ben Hamed, A. Ben Thabet, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.

Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax.

Introduction

Les infections à Candida représentent moins de 1% des infections materno-fœtales. Leur diagnostic est orienté par la présence de lésions cutanées qui peuvent être localisées ou s'accompagner d'une atteinte systémique.

Objectifs

A travers l'étude de deux observations de candidose cutanée congénitale (CCC), nous nous proposons de rappeler les particularités cliniques de cette infection rare et préciser les indications du traitement antifongique par voie intraveineuse.

Matériel et méthodes

Nous rapportons deux cas de candidose cutanée congénitale l'une dans sa forme cutanée isolée et l'autre dans sa forme systémique.

Résultats

Observation n°1: Un nouveau-né de sexe féminin, eutrophique est issu d'une grossesse compliquée d'une vaginite traitée par polygynax® au 7ème mois de grossesse. Elle est née par voie basse à 32SA + 4 jours après une rupture prématurée des membranes de 18 heures. Elle a été admise initialement pour détresse

respiratoire transitoire et suspicion d'infection materno-fœtale infirmée. A H12 de vie elle a présenté des lésions érythémato-vésiculeuses au niveau du tronc, du cou et du siège ayant bien évolué sous traitement local par fongicil®. A J5 de vie elle a présenté de nouveau une détresse respiratoire. La radiographie thoracique a montré des images alvéolaires bilatérales. Le bilan inflammatoire a objectivé une hyperleucocytose isolée (26 880elts/mm3). La culture du bout de cathéter ombilical était positive à *Candida albicans*. Le diagnostic de candidose congénitale dans sa forme systémique a été alors retenu et l'enfant a été traité par fluconazole par voie intraveineuse (6 mg/kg/j) pendant 3 semaines. L'Hémoculture sur milieu sabouraud était négative ainsi que le bilan d'extension (ECBU, Ponction lombaire, ETF et échographie abdominale). Le sevrage de l'oxygène n'a pu être obtenu qu'à J30 de vie.

Observation n°2: Un nouveau-né de sexe masculin, eutrophique est issu d'une mère GIPI. La mère a présenté au 7ème mois de grossesse des leucorrhées verdâtres prurigineuses traitées par érythromycine, doxycycline et métronidazole. L'enfant était né par voie basse à 40SA sans incident. L'examen à la naissance a objectivé la présence de lésions pustuleuse cutanées au niveau du tronc, des membres, du cou Le prélèvement des pustules était positif à *Candida albicans*. Le diagnostic de candidose cutanée congénitale a été alors retenu. L'évolution était favorable après un traitement local par Fongicil® pendant 10 jours.

Observation n°2: Un nouveau-né de sexe masculin, eutrophique est issu d'une mère IG IP. La mère a présenté au 7ème mois de grossesse des leucorrhées verdâtres prurigineuses traitées par érythromycine, doxycycline et métronidazole. L'enfant était né par voie basse à 40SA sans incident. L'examen à la naissance a objectivé la présence de lésions cutanées pustuleuses au niveau du du cou, du tronc et des membres. Le prélèvement des pustules était positif à *Candida albicans*. Le diagnostic de candidose cutanée congénitale a été alors retenu. L'évolution était favorable après un traitement local par Fongicil® pendant 10 jours.

Conclusion

Si la CCC du nouveau-né à terme est généralement bénigne, il n'en est pas de même pour celle du prématuré pour lequel le risque d'une dissémination systémique est réel. Ainsi, le dépistage et le traitement des vulvovaginites candidosiques s'imposent chez les femmes enceintes, particulièrement celles présentant des facteurs de risque.

P17 - Cutis marmorata telangiectatica congenita : case report and review of the literature.

S. Ben Ahmed, MC. Gharbi, S. Khattech, W. Barbaria, H. Ben Salem, N. Kasdallah, S. Blibech, M. Douagi.

Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale - Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Introduction

Cutis Marmorata Telangiectatica Congenita (CMTC) is a rare sporadic condition usually present at birth characterized by localized or generalized persistent cutis marmorata, telangiectasia and phlebectasia. It is also known as Van Lohuizen syndrome.

Objectifs

Pointing out the clinical description of CMTC.

Matériel et méthodes

We report a female newborn who showed typical cutaneous features of CMTC.

Résultats

K.A is a female newborn delivered at 40 weeks and 6 days of gestational age who has been admitted immediately after birth. The parents were non-consanguineous and had no particular pathological history. Pregnancy was conducted without dysgravidia. Apgar score was 9-9 at 1' and 5' minutes of life respectively. Since birth, marbled bluish and deep purple reticulated skin lesions involving the whole body were noted. The lesions were more pronounced over the limbs and became more visible while crying. Clinical characteristics and persistence of cutis marmorata prompted the diagnosis of Cutis Marmorata Telangiectatica Congenita (CMTC). Clinical examination did not show any apparent malformations or other vascular anomalies. The baby had normal head circumference, birth weight and length. The vital constants were stable. No significant alterations of vascular axis of the lower limbs were detected by Color Doppler ultrasound. The cranial ultrasound and the abdominal Doppler ultrasound were normal. With a follow-up of 3 months, there was an early regression of the lesions with a good weight gain and a normal neurological state.

Conclusion

The CMTC is a rare skin disease whose determinism remains unknown. Other congenital anomalies can be seen. The diagnosis of the CMTC is based on the clinical findings. Therapeutic management must be multidisciplinary. The prognosis depends on the associated anomalies but it is generally good. Some cases have spontaneous resolution and do not require any treatment.

P18 - Tachycardie supraventriculaire néonatale

S. Abdelmalek (1), K. Larbi (1), H. Hadj Ali (1), Y. Marzougui (2), R. Ben Hmida (3), H. Laajmi (4),

Service de Pédiatrie hôpital régional de Kasserine (1),

Service d'anesthésie réanimation hôpital régional de Kasserine (2),

Service de Cardiologie hôpital régional de Kasserine (3),

Service de pédiatrie CHU Sahloul Sousse (4).

Introduction

Les tachycardies non sinusales du nouveau-né et du nourrisson sont caractérisées par la fréquence des tachycardies supra-ventriculaires (TSV) et notamment des tachycardies jonctionnelles. Elles sont fréquemment dépistées dans les premières semaines de vie.

Objectifs

Le traitement d'urgence des troubles du rythme néonatale

Matériel et méthodes

Nous rapportons ici le cas d'un nouveau-né en tachycardie jonctionnelles réduite par choc électrique externe.

Résultats

Un nouveau-né d'une mère diabétique était hospitalisé pour détresse respiratoire et une tachycardie supraventriculaire réduite par choc électrique externe après échec de la cardioversion médicamenteuse et l'installation d'un collapsus cardiovasculaire. L'échographie cardiaque était normale ainsi que le bilan thyroïdien. L'évolution avait été favorable avec normalisation de la fréquence cardiaque et de l'état hémodynamique.

Conclusion

Le traitement d'urgence des troubles du rythme de l'enfant dépend avant tout de la tolérance hémodynamique de l'arythmie. En cas de collapsus sur tachycardie, la cardioversion par choc électrique externe est la thérapeutique de première intention. La prise en charge ultérieure, spécifique, dépend du type de l'arythmie, d'où l'intérêt de documenter les troubles du rythme par plusieurs enregistrements ECG.

P19 - Le syndrome de Beckwith-Wiedemann : à propos d'une observation néonatale.

S. Ben Ahmed, MC. Gharbi, S. Khattech, H. Ben Salem, N. Kasdallah, S. Blibech, M. Douagi.

Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale-Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

Introduction

Le syndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW) est un syndrome génétique caractérisé par une croissance excessive, une prédisposition tumorale et des malformations congénitales. Le SBW est dû à des altérations épigénétiques et/ou génétiques qui dérégulent l'empreinte parentale des gènes du chromosome 11p15.5.

Objectifs

Souligner les traits cliniques caractéristiques de cette pathologie rare afin de faciliter son diagnostic.

Matériel et méthodes

Nous rapportons une observation néonatale de SBW avec une mutation inhabituelle.

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin, issue de parents non consanguins et d'une grossesse menée sans dysgravidies. Elle est née à un terme de 33 semaines d'aménorrhée et admise à sa naissance en réanimation néonatale pour préma-

turité moyenne, détresse respiratoire et malformations congénitales (omphalocèle type II et macroglossie). Elle a nécessité une ventilation mécanique pendant quatre jours et a été opérée pour omphalocèle dans les premières 48 heures de vie avec des suites opératoires simples. Elle n'a pas présenté des hypoglycémies au cours de la période néonatale. Les explorations biologiques ont montré une hypothyroïdie périphérique d'où sa mise sous traitement hormonal substitutif. L'échographie cardiaque et l'ETF, demandées dans le cadre du bilan malformatif, étaient sans anomalies. L'étude génétique avec analyse moléculaire découvre une hypométhylation aux quatre sondes pour l'ICR2 sur le chromosome 11p15.5. Cette anomalie est compatible avec le diagnostic de SBW et elle est associée à un risque de récurrence non élevé. L'enfant est actuellement suivi à notre consultation avec un recul de deux ans. Elle a un développement psychomoteur acceptable.

Conclusion

Le SBW est sporadique mais une transmission familiale est décrite. La prise en charge implique des stratégies palliatives, chirurgicales et médicales. Le pronostic est généralement bon en l'absence d'hypoglycémie, de prématurité extrême, de cardiomyopathie et de néoplasies. Le conseil génétique est recommandé et dépend du résultat de l'étude génétique.

P20 - La maladie des brides amniotiques : à propos d'une observation.

F. Mezghani, MC. Gharbi, S. Ben Ahmed, F. Fedhila, E. Jbebli, S. Rhayem, S. Hadded, M. Khemiri.

Service de médecine infantile A - Hôpital d'Enfants Bechir Hamza de Tunis.

Introduction

La maladie des brides amniotiques (MBA) est une embryofetopathie rare, intéressant principalement les membres. L'étiopathogénie exacte reste inconnue. Deux théories s'opposent, la théorie exogène avec rupture précoce de l'anamnios conduisant à des brides fibreuses responsables par strangulation des malformations observées et la théorie endogène qui privilégie l'origine vasculaire.

Objectifs

Rappeler la présentation clinique de la MBA et sa prise en charge thérapeutique en insistant sur l'intérêt du diagnostic anténatal.

Matériel et méthodes

Nous rapportons un cas de MBA diagnostiqué en anténatal et hospitalisé au Service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants de Tunis en septembre 2019.

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, admis dans notre service à H6 de vie. Il est issu d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique bien suivie, menée sans dysgravidies compliquée d'une rupture prématurée des membranes à 30 SA. L'échographie morphologique a montré un retard de croissance intra utérin chez les deux jumeaux et une constriction au niveau du tiers inférieur de la jambe droite avec une malformation des deux pieds chez l'un d'entre eux. L'accouchement était effectué par césarienne à 36 SA + 4 jours pour diminution des mouvements actifs fœtaux. Le deuxième jumeau nous a été transféré pour prise en charge d'une détresse respiratoire néonatale et d'un syndrome malformatif. L'examen à l'admission a objectivé un retard de croissance intra utérin dysharmonieux sévère, un faciès triangulaire, une hypotonie, un anneau stricteur au niveau du tiers inférieur de la jambe droite associé à un lymphœdème majeur de l'ensemble du membre en aval de la constriction et un pied bot varus équin bilatéral. Le nouveau-né a été opéré sous anesthésie générale à J3 de vie après stabilisation clinique : section de l'anneau stricteur et plastie via de multiples incisions en Z. L'évolution clinique était favorable avec disparition du lymphœdème et préservation de la vitalité du membre. Les échographies transfontanelaire et abdominale demandées dans le cadre du bilan malformatif étaient sans anomalies.

Conclusion

Les sillons cutanés de striction sont la forme la plus commune de MBA. Le diagnostic anténatal permet une prise charge multidisciplinaire précoce. Les malformations non orthopédiques associées sont rares dans la littérature. Le pronostic de la MBA est variable selon la nature et la sévérité des malformations observées.

P21 - Coarctation de l'aorte révélée par une détresse respiratoire secondaire: A propos de cinq observations.

F. Mezghani, S. Ben Ahmed, MC. Gharbi, F. Fedhila, S. Rhayem, E. Jbebli, S. Hadded, M. Khemiri .

Service de médecine infantile A - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis.

Introduction

La coarctation de l'aorte à révélation néonatale constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle représente 5 à 7% des cardiopathies congénitales. Malgré la possibilité du dépistage anténatal par l'échographie et néonatal par la palpation systématique des pouls fémoraux, la détresse respiratoire d'installation secondaire demeure le mode de révélation prépondérant.

Objectifs

Analyser les aspects cliniques des coarctations de l'aorte à révélation néonatale afin d'éviter les pièges diagnostiques et en préciser les modalités thérapeutiques et évolutives.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive s'étalant sur six mois (du 1er Mai au 1er décembre 2019) menée au sein du service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants de Tunis, colligeant les cas de coarctation de l'aorte diagnostiqués à la période néonatale.

Résultats

Sur les cinq cas colligés, trois étaient de sexe masculin et deux de sexe féminin. Le diagnostic anténatal n'a pas été porté chez tous ces malades. Une détresse respiratoire néonatale immédiate était notée dans un seul cas en rapport avec une inhalation méconiale d'évolution favorable sous ventilation non invasive. Le motif d'hospitalisation était une dyspnée secondaire dans les autres cas. Des signes d'imprégnation virale étaient présents dans tous les cas et le diagnostic de bronchiolite sévère était initialement porté aux urgences. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 7,6 jours avec des extrêmes allant de cinq à dix jours. A l'examen clinique, les pouls fémoraux étaient absents chez trois malades et un souffle au foyer aortique a été retrouvé dans deux cas. Tous les malades ont été

mis sous Alprostadil. Les quatre nouveau-nés avaient présenté un état de choc cardiogénique ont eu un support hémodynamique par dobutamine. L'échographie cardiaque révélait une coarctation de l'aorte chez nos malades. Ils ont tous été transférés dans des services de réanimation néonatale dans un délai maximum de 48 heures et ont bénéficié d'un geste chirurgical. Deux malades sur cinq ont présenté des complications post-opératoires dont un cas de tachycardie supraventriculaire réduite par amiodarone per os et un cas de cardiomyopathie dilatée post chirurgie cardiaque révélée par une dyspnée persistante d'évolution favorable sous furosémide et captopril.

Conclusion

Le diagnostic anténatal de la coarctation de l'aorte ou à défaut la palpation néonatale systématique des pouls fémoraux permet de programmer la prise en charge médicochirurgicale et d'éviter la survenue de tableaux dramatiques tels que nous avons rapporté. Un suivi postopératoire prolongé est indispensable du fait du risque de recoarctation d'autant plus fréquent que la prise en charge ait été précoce.

P22 - L'hypoglycémie néonatale : Clinique et pronostic neurologique

F. Mezghani, H. Khadhraoui, B. Dhaouedi, L. Essid, S. Rhayem, I. Jebli, S. Haddad, F. Fedhila, M. Khemiri.

Service de médecine infantile hôpital d'enfants de Tunis.

Introduction

L'hypoglycémie est un désordre métabolique très fréquent en période néonatale survenant essentiellement sur terrain materno-fœtal à risque. Elle peut être symptomatique ou silencieuse. Le seuil d'hypoglycémie responsable de séquelles neurologiques est mal défini dans la littérature.

Objectifs

Etudier les facteurs favorisants et le retentissement immédiat et neurologique ultérieur de l'hypoglycémie néonatale.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective descriptive sur une période de six mois portant sur les nouveau-nés hospitalisés dans le Service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants de Tunis et ayant présenté une hypoglycémie dans les premières 48 heures.

Résultats

Cinquante-trois patients sur les 272 nouveaux nés hospitalisés durant la période d'étude ont présenté une hypoglycémie soit une prévalence de 19.4%. Le sex-ratio était de 1.4. Le délai moyen d'admission était de 6 heures [3-18h]. Le poids moyen était de 2.6 Kg [1.1-5.2] et l'âge gestationnel moyen était de 35 SA+3 jours [27- 40]. Nos patients étaient le plus souvent asymptomatiques (n=32) ou ont présenté une détresse respiratoire néonatale (n=18), des convulsions (n=8), une hypotonie généralisée (n=5) et des trémulations (n=3). La glycémie moyenne mesurée au talon (GAT) était de 0.3 ± 0.1 g/L et la glycémie au laboratoire était de 1.8 ± 0.2 mmol/L. Une hypocalcémie associée a été retrouvée chez 12 patients (22%). Les facteurs favorisants retrouvés étaient le diabète gestationnel chez la mère (n=24), la prématurité (n=16), l'asphyxie périnatale (n=7) ou un faible poids de naissance (n=26) dont trois cas de retard de croissance intra-utérin. Douze patients ont nécessité une correction intraveineuse de l'hypoglycémie. Celle-ci a récidivé dans les 48 heures chez quatre patients. Cinquante-deux patients avaient un bon développement psychomoteur au cours du suivi sur deux ans et nous avons colligé trois cas d'épilepsie séquellaire.

Conclusion

L'hypoglycémie est une complication néonatale souvent transitoire mais les conséquences neuro-développementales d'une hypoglycémie non dépistée et non traitée énergiquement peuvent être irréversibles. Il est important de maintenir pendant les premières 48 heures de vie une glycémie ≥ 2.2 mmol/L.

P23 - Tumeurs Primitives Hépatiques: Quand Faut-Il S'inquiéter ?

H. Khadhraoui, S. Rhayem, B. Dhaouedi, I. Jebli, F. Mezghani, F. Ben Mansour, F. Fedhila, M. Khemiri.

Service de médecine infantile A, hôpital d'enfants de Tunis.

Introduction

Les tumeurs primitives hépatiques sont rares en période néonatale et représentent environ 5% des tumeurs fœtales et néonatales. Elles sont dominées par L'hémangioendothéliome, l'hamartome mésenchymateux et l'hépatoblastome. Leur diagnostic est difficile devant une symptomatologie non spécifique.

Objectifs

Évoquer rapidement ces tumeurs devant une symptomatologie abdominale traînante en période néonatale.

Matériel et méthodes

Etude de deux observations de nouveau-nés ayant une tumeur hépatique suivis dans une unité d'oncologie pédiatrique

Résultats

Première observation : Le nouveau-né a présenté un ballonnement abdominal rattaché à des coliques, non amélioré par le traitement symptomatique et compliqué de vomissements et de mauvaise prise pondérale. Elle n'est explorée qu'à deux mois devant l'apparition d'une circulation veineuse collatérale. Elle présentait à l'examen une hépatomégalie en rapport à l'échographie abdominale avec une masse tissulaire hétérogène des segments I et IV du foie évoquant un hépatoblastome. Le taux de l'alfa foetoprotéine (AFP) était cependant normal et la tomodensitométrie avait conclu à un hémangioendothéliome. Devant l'absence de retentissement hémodynamique sur l'échographie cardiaque et l'échographie doppler des artères hépatiques, elle est traitée par corticoïdes puis par bêtabloquants. La surveillance ultérieure avec un recul de deux ans retrouve une régression de 80% de la tumeur. Deuxième observation : Le deuxième nouveau-né a présenté une distension abdominale associée à une hépatomégalie d'aggravation progressive. Le bilan biologique a retrouvé une cytolyse hépatique modérée et un taux d'AFP élevé à 10223 UI/mL. L'échographie abdominale et la

tomodensitométrie thoraco-abdominale ont montré une masse hétérogène atteignant cinq segments hépatiques sans métastases associées. La biopsie a cependant conclu à une cholangite sclérosante. Le diagnostic d'un hépatoblastome a été finalement retenu devant l'augmentation régulière des taux d'AFP. La patiente a été traitée par chimiothérapie et hépatectomie droite. Le suivi ultérieur avec un recul d'un an est satisfaisant.

Conclusion

L'hépatoblastome est la première tumeur primitive maligne du nouveau-né dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge. Elle a un plus mauvais pronostic que L'hémangiendothéliome, tumeur bénigne à prolifération rapide en période néonatale, qui peut mettre en jeu le pronostic vital par son retentissement cardiaque.

P24 - SHU atypique néonatal

A. Ben Halima, M. Weli, A. Elleuch, M. Bahloul, B. Maalej, L. Gargouri, A. Mahfoudh.

Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

Le syndrome hémolytique et urémique atypique est une maladie rare mais grave en période néonatale caractérisée par une microangiopathie thrombotique, une thrombopénie et une insuffisance rénale. Il est lié à une activation incontrôlée de la voie alterne du complément.

Objectifs

Nous rapportons une observation à propos d'un SHU atypique néonatal

Matériel et méthodes

observation

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de 9 jours admis pour fièvre et dyspnée. Il est né à terme par VB et sans incidents néonataux notables avec PN=3145kg. A l'admission, il

était fébrile à 38.4°C, un teint ictérique, une perte pondérale, tachycarde à 170bpm, geignard, polypnéique à 70cycle/min avec signes de lutte, la pression artérielle était de 60/34mmHg. A la biologie, il avait une anémie hémolytique à 9.5g/dl (réticulocytes= 155200, schizocytes à 4%, LDH 1294U/l), une thrombopénie à 30G/l, une insuffisance rénale (urée 29.1mmol/l, créatinine 249µmol/l) avec hématurie ++++ et protéinurie++ à la bandelette urinaire. Le TCD était négatif. La culture de l'ECBU était négative. L'échographie rénale a révélé une hyperéchogénéicité médullaire rénale bilatérale diffuse et inhomogène en rapport avec une néphrocalcinose médullaire de grade 2. Le diagnostic de SHU atypique était posé. Les taux du complément (C3, C4, CH50) ainsi que le dosage du facteur I étaient effondrés. Un traitement symptomatique a été instauré. Mais l'évolution était rapidement fatale dans un tableau d'insuffisance hépatocellulaire avec détresse respiratoire grave.

Conclusion

Le SHU atypique, une pathologie sévère dont l'évolution peut être rapidement défavorable, est le plus souvent une situation d'urgence. D'où l'intérêt d'un traitement précoce, par eculizumab afin d'améliorer le pronostic.

P25 - Abscess hépatique néonatal lié à un cathéter veineux ombilical

M. Weli, A. Ben Halima, Z. Hadrich, A. Elleuch, B. Maalej, L. Gargouri, A. Mahfoudh.

Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

L'utilisation d'un cathéter veineux ombilical (KTVO) est une pratique courante dans les unités de néonatalogie. Elle est soumise à certaines règles de pose et de surveillance visant à éviter la survenue de complications. L'abcès hépatique est l'une de ces rares complications.

Objectifs

Nous rapportons une observation à propos d'un abcès hépatique néonatal lié à un cathéter veineux ombilical

Matériel et méthodes

observation

Résultats

Il s'agit d'une patiente âgée de 1 mois 5 jours (âge corrigé = 5 jours) ancien prématuré de 32SA, admise pour fièvre avec troubles hémodynamiques. Elle est issue d'une grossesse gémellaire par césarienne en urgence pour chorio-amnionite, PN=2000kg. Elle avait été hospitalisée à la naissance dans une unité de soins intensifs néonataux pour DRNN pendant 19 jours avec mise en place d'un KTVO dont l'extrémité distale en position sous hépatique. A l'admission, elle était fébrile à 38.5°C, une mauvaise prise pondérale de 9g/j, un teint ictérique infecté, tachycarde à 204 bpm, marbrures généralisées, TRC allongé, polypnéique avec hypotonie axiale. A la biologie, elle avait une hyperleucocytose (GB=20470) à prédominance PNN=16770 ; CRP à 104mg/l, et une cholestase (BilT/C=58.7/35.3 ; GT=249). La ponction lombaire ainsi que l'ECBU étaient négatives. Elle a été traitée initialement par Cefotaxime et Gentamycine et devant la persistance d'une cholestase clinique et biologique et du syndrome inflammatoire biologique, une échographie abdominale a été pratiquée révélant un abcès hépatique mesurant 20×10 mm. Une triple antibiothérapie a été initiée avec l'imipénème, la vancomycine et le métronidazole et depuis l'évolution était favorable avec apyrexie, disparition de l'ictère et baisse de la CRP avec disparition de la cholestase. Les échographies abdominales de contrôle ont montré une diminution de la dimension de l'abcès (mesurant 10×7mm à j8) jusqu'à disparition au dernier contrôle. L'antibiothérapie a été maintenue pendant 6 semaines en intraveineuse puis relais par voie orale. Le bilan immunitaire était négatif.

Conclusion

Un abcès hépatique doit être suspecté chez un nouveau-né porteur d'un KTVO et présentant un sepsis et des signes inflammatoires persistants malgré un traitement antibiotique adéquat.

P26 - Une complication à ne pas oublier du cathéter veineux ombilical

**M. Weli (1), M. Bahloul (1), A. Elleuch (1), B. Maalej (1), D. Abid (2),
L. Gargouri (1), S. Kammoun (2), A. Mahfoudh (1),**

Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, Sfax (1),
Servic de Cardiologie, Sfax (2)

Introduction

En période néonatale, l'utilisation des cathéters centraux est indispensable à la prise en charge de certains nouveau-nés malades ou prématurés. Cependant, leur mise en place pourrait être associée à un certain nombre de risques dont l'épanchement péricardique (EP). Bien que l'incidence des perfuso-péricardes soit faible (0,18% à 0,25% des cas), leur caractère parfois dramatique impose une vigilance diagnostique, et une prise en charge urgente.

Objectifs

Connaitre les risques cardio-vasculaires encourus par les cathéters veineux ombilicaux de position intracardiaque

Matériel et méthodes

Une observation concernant un nouveau-né hospitalisé au service urgence et réanimation de Sfax, ayant eu un perfuso-péricarde

Résultats

Il s'agit d'un nouveau né de sexe masculin, hospitalisé à H6 de vie pour une détresse respiratoire néonatale avec hypothermie. La prise en charge initiale a comporté une oxygénothérapie avec mise en place d'un cathéter veineux ombilical central et une antibiothérapie adaptée. L'évolution était marquée par une dégradation brutale de l'état hémodynamique à J5 d'hospitalisation, avec survenue de trois arrêts cardiorespiratoires successifs avec une récupération rapide et assourdissements des bruits du cœur. La radiographie thoracique a montré une cardiomégalie et un épanchement pleural droit. Un échocardiographie faite en urgence a objectivé une tamponnade. Ainsi, une ponction péricardique salvatrice en urgence a été pratiquée ramenant 8ml de liquide séreux. L'enquête infectieuse était négative. Un perfuso-péricarde était alors évoqué devant la

localisation intracardiaque du cathéter veineux ombilical. Une stabilisation de l'état cardio-respiratoire était obtenue après la ponction péricardique et le retrait du cathéter. L'évolution ultérieure était marquée par la survenue du décès à J28 de vie dans un tableau de détresse neurologique sévère.

Conclusion

Les indications des cathéters doivent aussi être soigneusement pesées et leur maintien doit être discuté quotidiennement en raison d'une mortalité élevée de la tamponnade cardiaque.

P27 - Suivi neurologique des nouveau-nés ayant des anomalies à l'échographie transfontanellaire

F. Mezeghani, A. Ahmed, S. Rhayem, E. Jbebli, F. Fedhila, S. Hadded, M. Khemiri.

Pédiatrie A hôpital d'enfant de Tunis.

Introduction

Le dépistage néonatal précoce des anomalies radiologiques chez les nouveau-nés à risque est facile et non invasif grâce à l'échographie transfontanellaire (ETF). L'évolution de ces anomalies est généralement favorable, néanmoins des séquelles neuro-motrices sont possibles en cas de lésions sévères.

Objectifs

Evaluer le devenir neurologique des nouveau-nés ayant des lésions radiologique à l'ETF néonatale.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, incluant tous les nouveau-nés admis au service de pédiatrie A de l'Hôpital d'Enfant de Tunis, ayant eu une ETF néonatale pathologique sur une période de six mois. Un suivi régulier de ces nouveau-nés a permis l'évaluation de leurs développements psychomoteur avec un recul d'au moins de 2 ans.

Résultats

Vingt cas d'ETF néonatales pathologiques ont été colligés. L'âge médian à l'admission était de 2,5 heures \pm 12 heures et le sex-ratio était de 1,1. L'âge gestationnel médian était de 33 SA [28,6 - 38]. Le poids natal médian était de 1490g [1200- 3000]. Une asphyxie périnatale a été notée chez sept patients. L'ETF, faite chez tous les malades entre le 7ème et le 12ème jour de vie, a montré une hémorragie sous épendymaire chez 5 nouveau-nés et des anomalies péri-ventriculaires d'origine hémorragique compliquant des lésions ischémiques chez 16 nouveau-nés. Les facteurs favorisants retrouvés étaient : la détresse respiratoire néonatale chez 8 nouveau-nés, le retard de croissance intra-utérin dans 5 cas, la grande prématurité chez 3 patients, des anomalies de rythme cardiaque fœtal chez 2 malades, un accouchement instrumental chez 2 autres et l'infection néonatale bactérienne précoce chez un seul nouveau-né. L'évolution a été marquée par la disparition des lésions cérébrales chez 16 malades qui avaient un développement psychomoteur normal jusqu'à l'âge de 2 ans. Quatre nouveau-nés, qui auraient eu une asphyxie périnatale, ont présenté un retard des acquisitions psychomotrices avec une atrophie cortico-sous corticale dans deux cas et une encéphalopathie convulsivante chez les deux autres.

Conclusion

Le suivi neurologique à long terme des nouveau-nés ayant des lésions cérébrales à l'ETF néonatale est essentiel quel que soit l'origine de ces anomalies. Il permet de dépister et éventuellement prendre en charge à temps les séquelles motrices, neurosensorielles et cognitives. Cependant, ces troubles pourraient se développer chez les grands prématurés en dehors de toute anomalie échographique initiale.

P28 - Nanisme thanatophore : a propos d'une observation

O. Mzoughi, F. Friha, K. Larbi, F. Maalej, R. Fatnassi, B. Elleuch, M. Missaoui, I. Ben Fraj, R. Thabet, A. Marzouk, A. Bouaziz.

Service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital régional de Ben Arous.

Introduction

La dysplasie thanatophore est une dysplasie squelettique rare sévère et généralement létale se manifestant dans la période prénatale. Elle est due à une mu-

tation du gène FGFR3 localisé sur le bras court du chromosome 4. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et l'imagerie mais la confirmation diagnostique fait appel à la biologie moléculaire.

Objectifs

Rapporter une nouvelle observation néonatale de nanisme thanatophore et rappeler les caractéristiques clinico- radiologiques de cette maladie.

Matériel et méthodes

Étudier une observation néonatale de nanisme thanatophore

Résultats

Il s'agit d'un nouveau né de sexe féminin, sans antécédents familiaux notables, issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse mal suivie, la mère âgée de 25 ans, avait deux enfants vivants en bonne santé apparente. Durant la grossesse une seule échographie a été faite à 30 semaines d'aménorrhée ayant objectivé une macrocéphalie avec des membres très courts. La naissance était par césarienne à 34 semaines d'aménorrhée avec une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine. Le poids à la naissance était de 2600g avec une taille à 45cm. le nouveau-né avait une artère ombilicale unique, une macrocéphalie (le PC était de 39.5cm) avec une large fontanelle antérieure, les membres sont microméliqués avec des plis cutanés redondants, et les mains présentent une brachydactylie. Le thorax était étroit contrastant avec l'abdomen proéminent. La radiographie du squelette a objectivé un raccourcissement rhizomélique des os longs et des fémurs courbés en forme de « combiné téléphonique » quasi pathognomonique du nanisme thanatophore de type 1. Le nouveau né a présenté une détresse respiratoire sévère, il était décédé à 24heures de vie.

Conclusion

Le nanisme thanatophore est une maladie fatale, il s'agit dans la majorité des cas d'une mutation de novo. L'imagerie médicale constitue la clé diagnostique.

P29 - Bloc auriculo-ventriculaire congénital sur double discordance cardiaque

R. Fatnassi, R. Thebti, F. Friha, K. Larbi, O. Mzoughi, F. Maalej, M. Missaoui, B. Elleuch, I. Ben Fraj, A. Marzouk, A. Bouaziz.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous

Introduction

Le bloc auriculo-ventriculaire (BAV) complet est un trouble du rythme congénital à diagnostic prénatal possible caractérisé par une dissociation auriculo-ventriculaire avec une fréquence atriale supérieure à la fréquence ventriculaire. Les étiologies sont dominées par le lupus maternel mais aussi par les cardiopathies et principalement la double discordance cardiaque.

Objectifs

Décrire les caractéristiques cliniques, électriques, thérapeutiques et pronostiques à la lumière d'un cas de BAV complet diagnostiqué à la naissance.

Matériel et méthodes

Rapporter le cas d'un nouveau-né ayant une cardiopathie à type de double discordance découverte lors de l'exploration d'un BAV congénital

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin issu d'une grossesse monofoetale bien suivie, avec une échographie morphologique normale et un rythme cardiaque fœtal normal jusqu'à l'accouchement. Il est né en urgence par césarienne pour souffrance fœtale aigue à type de bradycardie fœtale. Le score d'Apgar était à 7 à la cinquième minute et le poids néonatal à 3500g. Il a présenté une détresse respiratoire modérée avec bradycardie d'emblée à 60 battements par minutes en moyenne, qui était persistante et tolérée. Il n'a pas présenté de troubles hémodynamiques, et neurologiques. Devant l'anamnèse infectieuse positive avec signes respiratoires persistants et un aspect radiologique des poumons en faveur d'une alvéolite infectieuse, le nouveau-né a été mis sous triple antibiothérapie à visée infection materno-fœtale. Il a été mis sous monitoring cardiaque continu avec une fréquence cardiaque entre 50 et 70 b/mn, et une saturation sanguine en oxygène correcte sous ventilation non invasive en mode biphasique.

Le dosage de la calcémie et de la glycémie était normal et l'électrocardiogramme a montré une dissociation auriculoventriculaire. Une échographie cardiaque a été pratiquée en urgence après stabilisation respiratoire montrant une cardiopathie congénitale non cyanogène à type de double discordance cardiaque avec une petite communication inter-ventriculaire médio-septale, une hypertension artérielle pulmonaire modérée, et un BAV congénital qui a été confirmé sur holter rythmique de 24 heures. La stimulation cardiaque par voie chirurgicale a été retardée vu le rythme toléré et le problème infectieux en cours de traitement. L'évolution était fatale avec augmentation des besoins en oxygène et le décès au septième jour de vie dans un tableau d'état de choc septique.

Conclusion

Le BAV congénital et la double discordance cardiaque sont deux cardiopathies congénitales qui peuvent être longtemps asymptomatiques si elles sont isolées. Le pronostic devient réservé si le BAV complique une double discordance et en présence de facteurs aggravants tel que l'infection.

P30 - Lymphangiectasies pulmonaires congénitales (à propos d'un cas)

R. Fatnassi, F. Friha, I. Ben Fraj, O. Mzoughi, H. Belhsan, R. Thebti, A. Marzouk, A. Bouaziz.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous.

Introduction

La lymphangiectasie pulmonaire congénitale (LPC) est une malformation congénitale rare caractérisée par une dilatation anormale des vaisseaux lymphatiques drainant les espaces interstitiels et sous pleuraux des poumons. Elle associe un tableau d'anasarque foeto-placentaire et une détresse respiratoire néonatale due à un chylothorax bilatéral. D'étiologie inconnue, elle est de mauvais pronostic.

Objectifs

Nous rapportons le cas d'un prématuré atteint d'une forme sévère de LPC avec une bonne évolution sous octréotide.

Matériel et méthodes

Nous rapportons le cas d'un prématuré atteint d'une forme sévère de LPC avec une bonne évolution sous octréotide.

Résultats

nouveau-né de sexe masculin, trisomique 21, le premier enfant de parents non consanguin sans antécédents particuliers. La grossesse était bien suivie, compliquée d'un diabète gestationnel sous régime. L'échographie morphologique avait montré une dilatation pyélocalicielle bilatérale associée à un hydramnios majeur et une anasarque foeto-placentaire. L'accouchement s'était fait par césarienne en urgence pour souffrance fœtale aigue à un terme de 33 SA+2j avec une mauvaise adaptation à la vie extra utérine ; Apgar : 2-2-5 ; nécessitant une réanimation néonatale. L'examen a noté un œdème généralisé et une détresse respiratoire en rapport avec un épanchement bilatéral visualisé à la radiographie du thorax. Une ponction pleurale faite à visée diagnostique et thérapeutique a retiré un liquide d'aspect chyleux contenant un taux de Triglycérides à 11,89 mmol /l et de Cholestérol à 1,9mmol/l. Une lympheo IRM a montré une lymphangiectasie pulmonaire diffuse. Il avait un diverticule de l'œsophage thoracique associé. Le nouveau-né a bénéficié initialement d'un drainage, puis une alimentation à base de triglycérides à chaînes moyennes. Mais secondairement et devant la récurrence de l'épanchement pleural il a été mis sous octréotide pendant 15 jours avec une bonne évolution clinique et radiologique dès J1 du traitement. Il est actuellement âgé de 7 mois sous allaitement par hydrolysats de protéines sans aucun traitement et avec une bonne croissance.

Conclusion

La LPC est une anomalie congénitale rare mais grave par le biais du chylothorax bilatéral. Celui-ci nécessite une prise en charge médico-chirurgicale et nutritionnelle mais son pronostic reste grevé par le risque de récurrence. La particularité de notre observation est la bonne évolution malgré la survenue sur un terrain de trisomie 21.

P31 - Cholestase néonatale associée à une incompatibilité fœto-maternelle : à propos de 2 cas

R. Fatnassi, F. Friha, I. Ben Fraj, O. Mzoughi, K. Larbi, F. Maalej, E. Boulbeba, R. Thebti, A. Marzouk, A. Bouaziz.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous.

Introduction

La cholestase néonatale au cours de l'incompatibilité fœto-maternelle est une entité rare. Son incidence et sa pathogénie sont mal connues. Elle est définie par un taux de bilirubine conjuguée supérieur à 25 $\mu\text{mol/l}$. Dans la majorité des cas, elle est réversible avec le temps mais si elle persiste le diagnostic d'une atésie des voies biliaires doit être éliminé sans retard.

Objectifs

Nous rapportons le cas d'un frère et d'une sœur ayant présenté une cholestase néonatale découverte lors de la prise en charge d'un ictère hémolytique par allo-immunisation materno-fœtale.

Matériel et méthodes

Nous rapportons le cas d'un frère et d'une sœur ayant présenté une cholestase néonatale découverte lors de la prise en charge d'un ictère hémolytique par allo-immunisation materno-fœtale.

Résultats

Il s'agit d'un garçon et de sa sœur âgés respectivement de seize et deux mois issus d'un mariage non consanguin. La mère est de groupe sanguin rhésus négatif, GIII PIII. Elle n'a pas reçu l'anti D après la première grossesse et n'a pas suivi correctement ses grossesses. Les deux enfants étaient pré-termes. Ils avaient présenté un ictère précoce hémolytique d'origine immunologique par allo-immunisation rhésus (Test de Coombs Direct positif) nécessitant l'exsanguino-transfusion, des séances de photothérapie intensive, la transfusion d'albumine et l'immunoglobuline polyvalente chez la sœur. Ils avaient une cholestase (Bili T/D= 491,2/188,4 $\mu\text{mol/l}$ chez le frère et BiliT/D=355/115 $\mu\text{mol/l}$ chez la soeur) avec des γGT élevées, sans selles décolorées ni urines foncées. Le diagnostic d'atésie des voies biliaires a été éliminé chez les deux nouveau-nés. Le frère avait une

électrophorèse des protéines normale, un bilan thyroïdien normal et un examen ophtalmologique sans anomalies. Le test de la sueur est négatif. Il a été mis sous acides ursodésoxycholiques et les vitamines liposolubles avec une disparition de l'ictère et régression de la cholestase en deux mois. La sœur a bénéficié du même traitement avec une surveillance clinique et biologique (en cours).

Conclusion

La cholestase néonatale associée à l'incompatibilité rhésus foeto-maternelle est un phénomène rare et transitoire, de pathogénie méconnue. C'est une pathologie bénigne dont l'évolution favorable dans le temps est en faveur du diagnostic. Néanmoins une atrésie des voies biliaires doit être éliminée sans retard.

P32 - Ictère néonatal

A. Elleuch, Z. Hadrich, M. Weli, A. Ben Hlima, L. Gargouri, A. Mahfouth.

Service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique de Sfax.

Introduction

L'ictère néonatal est défini comme coloration jaunâtre des téguments et des muqueuses causées par un dépôt de bilirubine dans ces tissus. C'est un symptôme extrêmement fréquent en période néonatale

Objectifs

Notre objectif est d'analyser les caractéristiques cliniques, biologiques, étiologiques et thérapeutiques de l'ictère chez le nouveau-né

Matériel et méthodes

Etude rétrospective menée sur une période de 3 ans (janvier 2017 - décembre 2019) ayant colligé 20 cas d'ictère néonatal hospitalisés dans le service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique de Sfax

Résultats

Treize filles et 7 garçons ont été colligés. L'âge moyen était de 9j (1 j- 30j). Treize de nos malades vivent dans un milieu rural. Deux ont des antécédents familiaux

de décès au bas âge. Sept de nos malades sont issus d'un mariage consanguin, 15 par voie basse le reste par césarienne. Seize de nos malades sont nés à terme, 4 ont un accouchement prématuré. Huit malades sont hypotrophes. Une anamnèse infectieuse est notée chez 7 cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9j (1j-20j). Le délai d'apparition d'ictère était <36h dans 13 cas ; entre 36h et une semaine chez 4 cas ; >1semaine dans 2 cas ; >2 semaine dans un cas. Le tableau clinique a été marqué par un ictère franc chez 18 malades et un subictère chez 2. Des selles et des urines normo colorées sont notés chez tous les malades ; 3 ont présenté un trouble neurologique à type d'hypotonie ; 2 ont présenté une hypothermie alors un malade était fébrile à 38.8 ; 2 malades ont présenté un mauvais état hémodynamique et respiratoire. L'examen de tous nos malades n'a pas objectivé un céphalématome ; une bosse sérosanguine ou une hépatosplénomégalie. Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire biologique est trouvé dans 4 cas. Une hyper bilirubinémie à prédominance non conjugué est notée chez tous les malades avec une valeur moyenne de BT de 251 (143-520). Un examen cyto bactériologique des urines était positif dans 4 cas. Une hypothyroïdie est notée chez un seul malade. Comme étiologie on a trouvé dans 5 cas une incompatibilité dans le système ABO ; dans 1 cas une incompatibilité dans le sous-groupe ; dans 5 cas une infection materno-fœtale ; dans 4 cas un ictère physiologique ; dans un cas la maladie de Crigler Najjar ; dans 2 cas un ictère de prématurité et dans un cas une hypothyroïdie. Sur le plan thérapeutique, 13 malades ont reçu une photothérapie intensive discontinue ; 2 ont bénéficié d'une exsanguino-transfusion ; 10 malades ont reçu une antibiothérapie et l'abstention thérapeutique est notée chez 6 malades. L'évolution était favorable dans 16 cas et fatales dans 2 cas. Des complications à type de crise convulsive sont notées chez 2 malades et un syndrome de bille épaisse est noté chez un malade.

Conclusion

L'ictère d'origine infectieuse, la prématurité, et l'incompatibilité foeto-maternelle sont les causes les plus fréquentes dans notre série, ce qui nous incite à insister sur la prévention reposant sur une meilleure surveillance des grossesses, l'accouchement dans des structures médicalisées, une bonne prise en charge à la naissance, une information et éducation des parents et un suivi à long terme.

P33- Un traumatisme obstétrical rare : (à propos de deux observations)

M. Charfi, S. Khlif, C. Regaieg, H. Khanfir, N. Kolsi, A. Ben Hamed, A. Ben Thabet, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.

Service de Néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax

Introduction

Les traumatismes obstétricaux constituent une complication habituelle des accouchements dystociques. Le plus souvent il s'agit de lésions osseuses et/ou nerveuses. Les hématomes du siège sont beaucoup plus rares.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de décrire une complication non habituelle des accouchements dystociques.

Matériel et méthodes

Nous rapportons les observations de deux nouveau-nés de sexe féminin ayant présenté un important hématome périnéal compliqué de plaies vulvaires faisant suite à un accouchement par voie basse en présentation de siège.

Résultats

La première observation concerne un nouveau-né de sexe féminin, eutrophique, issue d'une mère G5 P3. Elle était née à 35SA par voie basse en présentation de siège après un travail de 3 heures. L'accouchement était dystocique avec un score d'APGAR coté à 7 à la première minute et 9 à la cinquième minute. L'examen à la naissance avait mis en évidence un important hématome des grandes lèvres associé à une plaie siégeant au niveau de la jonction inférieure des petites lèvres. L'hymen était intact. La reprise de l'interrogatoire de la mère a révélé la notion de touchers vaginaux itératifs tout au long du travail. La deuxième observation concerne un nouveau né de sexe féminin, eutrophique, issue d'une mère G3 P3. Elle était née à 37SA et 3jours par voie basse en présentation de siège après un travail de 6 heures. L'accouchement était dystocique avec score d'APGAR coté à 4 à la première minute et 8 à la cinquième minute. L'examen à la naissance avait mis en évidence un important hématome des grandes lèvres associé à une plaie déchiquetée de la petite lèvre droite. L'hymen était intact. La

reprise de l'interrogatoire de la mère a révélée la notion de touchers vaginaux itératifs tout au long du travail. Pour les deux filles l'évolution était favorable avec résorption des hématomes et cicatrisation des plaies sous simples soins locaux. Elles sont actuellement âgée de 2 mois et l'examen des organes génitaux externes et sans anomalies.

Conclusion

Les traumatismes périnéaux posent un problème médico-légal chez la fille. Une bonne exploration des organes génitaux externe s'impose tout en insistant sur la vérification de l'intégrité de l'hymen. La prévention de ce traumatisme est possible par un bon choix de la modalité d'accouchement, un bon monitoring du travail et surtout une minimisation des touchers vaginaux en cas de présentation de siège.

P34- Diagnostic et prise en charge des hyperglycinémies sans cétose à révélation néonatale

M. Charfi, D. Louati, C. Regaieg, S. Khlif, N. Kolsi, A. Ben Hamed, A. Ben Thabet, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.

Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax

Introduction

L'hyperglycinémie sans cétose est une maladie métabolique rare (1/55000 naissance) de transmission autosomique récessive. Elle résulte d'une mutation des gènes GLDC (9q22) et AMT (3p21.2-p21.1) responsable d'un déficit de l'enzyme de clivage de la glycine entraînant alors son accumulation dans le sang et le tissu nerveux.

Objectifs

Nous nous proposons de rappeler les particularités cliniques, paracliniques et évolutives de cette pathologie rare.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 8 cas d'hyperglycinémie sans cétose hospitalisés au service de néonatalogie de Sfax entre janvier 1999 et décembre 2019.

Résultats

Il s'agissait de 7 garçons et une fille. Sept nouveau-nés étaient issus d'un mariage consanguin. Des cas similaires dans la famille ont été notés dans 5 cas. Le diagnostic a été confirmé par la mise en évidence d'une hyperglycinémie à la chromatographie des acides aminés dans le sang et le liquide céphalorachidien dans tous les cas. Un seul nouveau-né avait une forme non sévère révélée par une hypotonie axiale néonatale isolée ayant bien évolué ultérieurement. Les autres nouveau-nés ont présenté une forme sévère avec détresse neurologique dès la naissance associant hypotonie axiale, hyporéactivité, difficultés alimentaires et convulsions néonatales. Ces convulsions étaient rebelles aux traitements anti-convulsivants habituels dans 6 cas. Les myoclonies et le hoquet ont été notés dans 2 cas respectivement. Le décès était rapide dans un tableau de coma avec des apnées itératives pour 6 nouveau-nés. Avec un âge moyen au moment du décès de 4 jours. Pour le septième patient le décès était survenu dans le même tableau à l'âge de 7 mois. Vu la précocité des décès l'EEG n'a pu être réalisé que pour 3 nouveau-nés. Il a montré un tracé type suppression burst dans tous les cas. De même une imagerie cérébrale n'a pu être faite que pour 4 nouveau-nés. Elle était normale chez un nouveau-né exploré par une TDM cérébrale. Pour les trois autres nouveau-nés le diagnostic d'une agénésie partielle du corps calleux a été retenu par ETF dans un cas et IRM cérébrale dans 2 cas. Aucun patient n'a reçu un traitement par benzoate de sodium ou dexametorphan. Un conseil génétique ainsi qu'un diagnostic prénatal aux prochaines grossesses a été proposé pour tous les couples.

Conclusion

L'hyperglycinémie sans cétose est une maladie grave avec un pronostic le plus souvent réservé. Jusqu'à ce jour il n'existe pas de traitement spécifique. Nous insistons de ce fait sur l'importance du conseil génétique et du diagnostic prénatal en présence d'un cas index.

P35 - Déterminants de la mortalité liée à la maladie des membranes hyalines à terme

F. Ayari, A. Ayadi, E. Cherifi, R. Amdouni, Y. Sdiri, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale, centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

Le pronostic de la maladie des membranes hyalines (MMH) chez le nouveau-né à terme (NNAT) est généralement bon, cependant une hypoxie sévère peut entraîner une défaillance viscérale voire le décès du nouveau-né (NN) .

Objectifs

L'objectif de notre étude était d'évaluer les déterminants de la mortalité de la MMH chez (NNAT).

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 24 mois entre le 1er Janvier 2017 au 31 décembre 2018, au sein du service de néonatalogie du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis ayant inclus tous les nouveaux nés dont le terme strictement supérieur à 36 SA.

Résultats

Pendant la période d'étude nous avons colligés 58 NNAT ayant présenté une MMH. La majorité était de sexe masculin. L'âge gestationnel moyen à la naissance était de 37.56 semaines d'aménorrhée. Le mode d'accouchement le plus fréquent était la césarienne dans 40 cas. Le poids moyen à la naissance était de 3178g. Toutes les détresses respiratoires étaient immédiates.. Les mesures thérapeutiques se sont résumées en l'aspiration oronasopharyngée, l'administration de surfactant, un support ventilatoire, à une perfusion d'entretien, et une antibiothérapie probabiliste. La durée moyenne d'hospitalisation était 10 jours. L'évolution était bonne dans la majorité des cas mais nous avons dénombrés 9 décès au cours de l'hospitalisation. Deux NN étaient décédés dans les 24 premières heures de vie. Les causes de décès étaient une hémorragie alvéolaire dans un cas, un pneumothorax suffocant dans deux cas, une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) dans 3 cas, une infection associée aux soins dans 1 cas et une hypoxie réfractaire dans un cas. Les facteurs de risque de mortalité retenus

étaient la pré-éclampsie sévère, la souffrance fœtale aigue, la césarienne élective, le délai supérieur à 10 heures d'administration du surfactant, une rupture prématurée des membranes supérieure à 18 heures, le recours à une ventilation mécanique dans les première 24 heures de vie.

Conclusion

La MMH chez le NNAT est une entité réelle. Il paraît indispensable de la considérer chez un NN en détresse respiratoire pour éviter tout retard de prise en charge source d'une mortalité périnatale.

P36 - Déterminants de survenue du pneumothorax chez le nouveau né

F. Ayari, K. Ben Cheikh, E. Cherifi, A. Khalouaoui, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Introduction

Le pneumothorax (PNO) est une pathologie fréquemment rencontrée en période néonatale. Notre travail visait à étudier les caractéristiques et les facteurs de risque du pneumothorax survenant en milieu de réanimation néonatale

Objectifs

Déterminer les facteurs de risque de survenue d'un pneumothorax néonatal

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude cas-témoins, prospective, intéressant les nouveau-nés (NN) ayant développé un pneumothorax et admis au service de néonatalogie du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de un an allant du 1er novembre 2016 au 31 octobre 2017. Les témoins étaient choisis au hasard parmi les nouveau-nés admis au service pour détresse respiratoire et dont la naissance s'est déroulée durant la période de notre étude.

Résultats

Notre étude a inclus 150 NN (50 cas de PNO et 100 témoins). L'incidence du PNO était de 3,5/1000 naissance. L'âge maternel moyen était de 30 ans. Le taux de grossesses spontanées était de 94% et le suivi était jugé correct dans 90%. Le taux d'accouchement par césarienne était de 70%. L'âge gestationnel moyen était de 34,4 SA. Les prématurés représentaient 62% des nouveau-nés. Le poids moyen était de 2376 g et 52 % avaient un faible poids de naissance (<2500 g). Une ventilation au masque en salle de naissance a été pratiquée dans 46% des cas. Le diagnostic du pneumothorax spontané a été établi chez 16 nouveau-nés dont 12 étaient idiopathiques. Le pneumothorax était unilatéral droit chez 29 nouveau-nés (58%). Le taux de mortalité était de 60%. Les facteurs de risque retenus étaient l'oligoamnios, un faible score d'Apgar, la césarienne élective, l'intubation, la ventilation au masque et la ventilation non invasive sous CPAP et la ventilation invasive.

Conclusion

Cette étude nous a permis de dégager les directives permettant de diminuer l'incidence du pneumothorax néonatal: Un bon suivi de la grossesse, la pratique d'une césarienne si possible à partir de 39 semaines d'aménorrhée et le suivi des recommandations internationales si une réanimation néonatale s'impose.

P37 - La mortalité néonatale précoce : Etats des lieux dans une unité de soins intensifs

F. Ayari, M. Mayel, E. Cherifi, S. Jaouhari, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

La mortalité néonatale précoce représente plus de la moitié des décès dans la période néonatale dans la plupart des pays en développement. Vouloir faire baisser le taux de mortalité néonatale passe impérativement par la réduction du taux de la mortalité néonatale précoce et c'est dans ce sens que nous avons entrepris ce travail.

Objectifs

Etudier la prévalence et dresser le profil étiologique de la mortalité néonatale précoce

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive menée au service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie Tunis sur une période de 9 mois (du 1er janvier au 30 septembre 2018).

Résultats

Nous avons inclus dans notre étude 150 cas. Le sex-ratio était de 1,24. La prédominance masculine a été notée. Le taux des prématurés était de 68%. Trente neuf pour cent avaient un très faible poids de naissance et 67% un faible poids de naissance. La prévalence de la mortalité néonatale précoce selon nos critères d'inclusion était de 15,38‰ naissances vivantes. La cause principale du décès était une infection materno-fœtale dans 58 cas (39%) suivie par les malformations congénitales dans 28 cas et par l'asphyxie périnatale dans 19 cas. Huit nouveau-nés n'ont pas été réanimés par manque de machines pour deux cas, une décision collégiale d'abstention thérapeutique dans cinq cas et une indication à interruption thérapeutique de la grossesse refusée par les parents dans un cas pour anencéphalie.

Conclusion

Le dépistage des grossesses à haut risque avec une surveillance accrue clinique, biologique et échographique, et l'amélioration des infrastructures néonatales en fournissant un équipement adéquat pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés en détresse demeurent deux principes fondamentaux pour diminuer la prévalence de la mortalité néonatale précoce.

P38 - Forme inhabituelle d'une œso-gastro duodénite néonatale

W. Barbaria, I. Hadj Salah, F. Ben Salah, F. Bahri, I. Chelly, I. Khamassi.

Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte

Introduction

L'œso-gastroduodénite (OGD) est une pathologie néonatale relativement fréquente. Les délais d'apparition des symptômes et l'évolution sont très variables. Elle est caractérisée par un contraste entre la sévérité des signes cliniques et endoscopiques et l'évolution généralement rapidement favorable.

Objectifs

Rapporter un cas d'OGD de révélation et d'évolution inhabituelle.

Matériel et méthodes

Etude de l'observation d'un nouveau-né ayant présenté une oeso-gastro-duodénite néonatale.

Résultats

Haroun était un nouveau-né issu d'une mère diabétique sous insuline, accouché à terme par césarienne pour souffrance fœtale aigue avec une bonne adaptation à la vie extra utérine. Son poids de naissance était de 4250 g. Il était admis au service de néonatalogie pour macrosomie et détresse respiratoire néonatale en rapport avec une détresse respiratoire transitoire ayant duré 24 heures. Il a présenté à H 49 de vie des vomissements verdâtres et ballonnement abdominal. L'abdomen sans préparation a montré une aéro entérie mixte, l'échographie abdominale était normale et le bilan infectieux était négatif. A H62 de vie, il a présenté une hémorragie digestive de grande abondance extériorisée sous forme d'hématémèse, méléna et rectorragies. La sonde gastrique a ramené du sang vif intarissable. A la biologie : Hb: 6,5g/dl (Hb antérieure à 17g/dl), Ht 15.9%, PLQ : 168000/mm³, TP : 73%, urée 0.44, créat 88, TCD <0, crp<0. La conduite en urgence était de le transfuser par du sang compatible et du PFC. Le saignement était toujours actif et l'hémoglobine était à 7,1 g/dl après une double transfusion de 20ml/kg. La fibroscopie digestive faite à J13 de vie a montré un œsophage discrètement congestif sur toute sa longueur, cardia en place et résidus sanglants. La grande courbure fundique était siège d'un magma ou d'une formation bleuâtre violacée de 2 à 3 cm de diamètre bourgeonnante saignante au

contact. Les hypothèses diagnostiques étaient soit une malformation gastrique ou une oeso-gastro-duodénite. L'angioscanner abdomino-pelvien réalisé à J16 de vie était sans anomalies. Le nouveau-né était alors alimenté avec bonne évolution et sortie à 18 de vie. Actuellement âgé de 2 mois, n'a plus ressaigné avec bonne prise pondérale.

Conclusion

L'étiopathogénie des OGD néonatales est encore mal comprise. Le pronostic et l'évolution sont habituellement bons avec disparition des symptômes en 24 - 48 heures. Cette observation est particulière par l'abondance du saignement, l'aspect endoscopique et l'évolution lentement favorable.

P39 - Lymphangiome kystique cervical de découverte anténatale

S. Chargui, W. Barbaria, I. Hadj Salah, A. Dkhil, I. Khamassi.

Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte.

Introduction

Le lymphangiome kystique est une dysplasie congénitale développée au dépend des vaisseaux lymphatique. Il représente 2 à 5% des masses cervicales congénitales. C'est une pathologie le plus souvent bénigne, mais posant des problèmes de prise en charge et de surveillance.

Objectifs

L'objectif de ce travail était de rapporter une observation d'un lymphangiome kystique cervical découvert en anténatal.

Matériel et méthodes

Etude de l'observation d'un nouveau-né présentant un lymphangiome kystique cervical

Résultats

Le nouveau né M. T était issu d'un mariage non consanguin, d'une mère âgée de 31 ans sans antécédents, deuxième pare, ayant un enfant âgé de 4 ans en bon état de santé apparante. La grossesse était bien suivie, non compliqué de diabète

gestationnel ni de toxémie gravidique. Les sérologies et les échographies du premier et du deuxième trimestre étaient sans anomalies. L'échographie morphologique faite à 24 semaines d'aménorrhées a montré une masse sub-mandibulaire de la joue droite. L'IRM fœtale a conclu à une masse kystique multi loculée de la région sub-mandibulaire gauche étendue à la joue et à l'espace para-pharyngé mesurant 67 mm de grand axe antéro postérieur et 56 mm d'axe transversal et 57 mm de grand axe crânio caudale évoquant un lymphangiome kystique. Il n'y avait pas de compression des voies aériennes supérieures ou de comblement buccal ou narinaire. La décision était de programmer l'accouchement par voie élective à un terme de 38 semaines d'aménorrhées. À la naissance, le nouveau-né était eutrophique avec bonne adaptation à la vie extra utérine. A l'examen, il présentait une masse de consistance molle étendue depuis la région rétro angulo maxillaire jusqu'à la région sous mentonnière débordant légèrement à droite et s'étend vers la région juguale. Elle était mal limitée, déformant le contour de l'hémiface droit au niveau de la région juguale mesurant à peu près 11 cm sans signes inflammatoires locaux. Une TDM cervicale pratiquée à H24 de vie a montré une volumineuse masse kystique multiloculée latéro cervicale droite mesurant 58 * 66 * 57 mm siège de niveaux liquides avec une composante hyperdense. Cette lésion refoule et comprime les structures vasculaires du cou et les espaces profonds de la face. Elle est parcourue par des structures veineuses dilatées. Un traitement interventionnel par sclérothérapie était indiqué.

Conclusion

Le lymphangiome kystique cervical est une tumeur bénigne rare. Le diagnostic anténatal par l'échographie morphologique et l'IRM fœtale permet de programmer l'accouchement et de planifier une prise en charge multidisciplinaire afin d'améliorer le pronostic.

P40- Les traumatismes obstétricaux extra-crâniens chez le nouveau-né: Etude rétrospective à propos de 12 cas.

F. Mezghani, MC. Gharbi, S. Ben Ahmed, S. Rhayem, E. Jebli, F. Fedhila, S. Hadded, M. Khemiri.

Service de médecine infantile A - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis

Introduction

Les traumatismes obstétricaux sont les conséquences inhérentes à un accouchement dystocique lié à une pathologie de la grossesse, des manœuvres obstétricales inappropriées ou des extractions instrumentales.

Objectifs

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes obstétricaux extra-crâniens chez le nouveau-né.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les nouveau-nés atteints de traumatismes obstétricaux extra-crâniens admis dans le Service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants de Tunis sur une période de 12 mois.

Résultats

Durant la période d'étude, 545 nouveau-nés ont été hospitalisés dont douze cas de traumatismes obstétricaux extra-crâniens, soit une fréquence hospitalière globale de 2,2%. Le sex-ratio était de 1,4. La présentation clinique était une paralysie du plexus brachial dans sept cas, une fracture de la clavicule et une fracture de l'humérus respectivement dans deux cas. Le délai moyen de diagnostic était de 2,2 jours. Dans onze cas, l'accouchement était effectué par voie basse dont trois cas d'accouchement par Forceps, le douzième nouveau-né étant accouché par césarienne avec difficultés d'extraction. Les autres facteurs favorisants retrouvés étaient : l'âge maternel avancé dans neuf cas, la macrosomie dans sept cas et la pauciparité dans six cas. La notion d'erreur d'évaluation du poids fœtal et des conditions locales maternelles par les gynécologues était retrouvée dans huit cas. Une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine était notée dans huit cas. La bosse séro-sanguine ainsi que l'ictère aggravé par la résorption d'un hématome ont été retrouvés dans la majorité des cas. La radiographie stan-

dard était le principal examen complémentaire suivie de l'échographie transfontanellaire. Le traitement a consisté en une kinésithérapie motrice dans les cas d'élongation du plexus brachial et en un traitement orthopédique dans les autres cas.

Conclusion

Malgré une moindre incidence des traumatismes obstétricaux, les complications des accouchements laborieux existent toujours et une évaluation optimale des paramètres foetopelviens reste la mesure la plus efficace.

P41 - L'alvéolite infectieuse chez le nouveau-né à terme : un nouveau profil bactériologique

F. Ayari, M. Rebhi, E. Cherifi, T. Lamouchi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

La détresse respiratoire (DR) chez le nouveau né à terme est une situation fréquente qui constitue un vrai problème de Santé publique en Tunisie. Ses étiologies sont multiples dominées par la détresse respiratoire transitoire(DRT) et l'alvéolite infectieuse (AI).

Objectifs

Attirer l'attention sur l'émergence d'un nouveau profil bactériologique au cours de l'alvéolite infectieuse

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant cas d'alvéolite infectieuse diagnostiqués dans le service de néonatalogie du CMNT durant la période allant du 01 janvier au 31 décembre 2017.

Résultats

Nous avons inclus dans notre étude 250 cas de détresse respiratoire néonatale (DRNN).L'incidence de la DRNN selon nos critères d'inclusion a été de 17/1000

naissances vivantes. L'alvéolite infectieuse a été la cause de DR chez 70 nouveau-nés soit 28% des cas des DR chez le NN à terme. Une anamnèse infectieuse a été retrouvée dans 41 cas. Le sex-ratio (M/F) a été de 1.8. Le score d'Apgar médian à la 5ème mn a été de 9 avec des extrêmes de 7 et de 10. L'heure moyenne de diagnostic de la détresse a été d'une heure de vie. L'Alvéolite infectieuse a été associée à des signes de gravité installés en moyenne à H20 de vie avec des extrêmes entre H1 et H36 de vie chez 16 nouveau-nés soit 22,8 % des cas , à types de troubles hémodynamiques chez 12 nouveau-nés et de troubles neurologiques chez quatre autres. Les hémocultures faites dans tous les cas avant l'instauration d'une antibiothérapie probabiliste sont revenues positives dans 54 cas soit chez 77,1% des NN. Le résultat de l'hémoculture nous a été parvenu après une moyenne de 48 heures avec des extrêmes entre 24 heures et 5 jours L'E coli n'a été présent que dans 6 cas soit 11% des infections maternofoetales ; devancé de loin par la Klebsielle oxytocca : 12 cas ce qui a représenté 22.2% des germes isolés. Les germes les plus fréquemment isolés étaient : Klebsielle oxytocca ; streptomonas matophilia ; Achromobacter denitrificans ; Staphylococcus spp ; l'Ecoli Une sensibilité à la céfotaxime a été retrouvée dans 33% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation des DR en rapport avec une alvéolite infectieuse a été de 9,2j

Conclusion

L'émergence de nouveaux germes dans l'alvéolite infectieuse néonatale est certes en rapport avec des nouvelles données materno-fœtales qu'il faut déterminer afin de limiter sa survenue et affiner sa prise en charge.

P42 - L'inhalation méconiale : déterminants de la mortalité chez le nouveau-né à terme

F. Ayari, M. Rebhi, E. Cherifi, S. Thabti, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

L'inhalation méconiale s'associe souvent à un tableau de détresse respiratoire sévère chez le nouveau né à terme .La précocité du diagnostic et l'instauration d'une prise en charge efficace à temps est primordiale

Objectifs

Dégager les facteurs de risque de la mortalité par inhalation méconiale chez le nouveau-né à terme

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas d'inhalation méconiale à terme diagnostiqués dans le service de néonatalogie du CMNT durant la période allant du 01 janvier au 31 décembre 2017.

Résultats

Nous avons inclus dans notre étude 250 cas de détresse respiratoire néonatale (DRNN) à terme. L'incidence de la DRNN selon nos critères d'inclusion a été de 17/1000 naissances vivantes. L'inhalation méconiale a été enregistrée dans 13,6 % des cas (34 NN). Vingt-quatre nouveau-nés soit 70,6 % des cas ont été nés par césarienne, toutes réalisées en urgence. Le motif principal de la césarienne a été la souffrance fœtale aigue. La DRNN a été de constatation immédiate dans tous les cas. Le transfert en unité de réanimation s'est fait secondairement dans 2 cas soit un taux de 5,8 % . Une acidose respiratoire a été notée dans 100% des cas où la gazométrie a pu être réalisée (7 cas). Des signes de gravité ont été notés d'emblée dans 21% des cas. Toutes les DR ont nécessité le recours à un support ventilatoire. Onze nouveau-nés ont été intubés en salle de naissance soit 32,3% des cas. Dix-huit nouveau-nés ont été intubés à H1 de vie soit 52,9% des cas . La mise initiale sous CPAP chez 3 nouveau-nés soit 8,8% des cas et sous une FiO2 de 100% a été indiqué en l'absence de machine de ventilation mécanique disponible. La ventilation mécanique a concerné 25 nouveau-nés soit 73,5 % des cas. Huit nouveau-nés sont décédés soit 23.5% des cas à un âge moyen de huit jours . Il s'agissait d'une mortalité néonatale précoce dans 4 cas correspondant dans 3 cas à l'APN survenue dans le contexte de l'IM. Les facteurs de risque retenus étaient la souffrance fœtale aigue, l'intubation en salle de naissance, le diabète gestationnel, le recours au monoxyde d'azote les 24 premières heures.

Conclusion

La diminution de la mortalité au cours de l'inhalation méconiale passe par la détermination de facteurs de mauvais pronostics à temps . L'oxygénothérapie représente la pierre angulaire de la prise en charge .

P43 - Devenir des nouveaux nés au cours de la pré-éclampsie sévère

F. Ayari, T. Lamouchi, E. Cherifi, A. Khlifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

La pré-éclampsie (PES) sévère est souvent accompagnée par plusieurs signes de gravité cliniques et/ou biologiques maternels et/ou fœtaux. Elle est donc associée à une morbidité et une mortalité maternelle et périnatale.

Objectifs

On se propose de dresser le profil clinique et évolutif des nouveau-nés (NN) au cours de la PES sévère.

Matériel et méthodes

On a étudié le devenir de 73 nouveaux nés de mères qui présentaient une pré-éclampsie sévère. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 6 mois entre le 1 juillet 2018 et le 31 décembre 2018. Les facteurs de morbidité étudiés étaient : la mort fœtale in utéro (MFIU), le retard de croissance intra-utérin (RCIU), la souffrance fœtale aigue (SFA), l'hospitalisation en milieu de réanimation néonatale, la durée de l'hospitalisation, le décès néonatal.

Résultats

Parmi les 73 cas colligés on a compté 3 MFIU (4,1%). Un RCIU était présent chez 22 des nouveaux nés de mère présentant une pré-éclampsie sévère (30,13%). La PES s'est compliqué d'un HRP dans 5cas (6,84%). Une SFA était notée dans 13 cas (17,80%). Le taux d'hospitalisation au service de néonatalogie était de 53,42%.. La durée de séjour au service de néonatalogie était en moyenne de 5,67 jours avec des extrêmes de 2 jours et 24 jours. On a compté 9 décès parmi les nouveaux nés hospitalisés (23%).

Conclusion

La pré-éclampsie sévère est une pathologie associée à une morbidité et une mortalité périnatale importante. Le pronostic dépend principalement de la prise en charge des HTAG et des pré-éclampsies afin d'optimiser les décisions des extractions fœtale prématurées.

P44 - Syndrome de Turner révélé par un lymphœdème congénital néonatal

I. Fekih Romdhane (1), H. Ben Hamouda (1), S. Ghanmi (1), A. Yahyaoui (1), S. Mougou (2), A. Saad (2), H. Soua (1).

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (1)

Laboratoire de cytogénétique, CHU Farhat Hached, Sousse (2)

Introduction

Le syndrome de Turner est une affection génétique rare liée à l'absence totale ou partielle d'un chromosome X, affectant 1/2500 nouveau-nés de sexe féminin. Il associe de manière quasi constante un retard statural et une insuffisance ovarienne avec infertilité. Les autres anomalies sont inconstantes avec des particularités morphologiques d'intensité variable, des malformations associées et un risque accru de maladies acquises ultérieurement.

Objectifs

Nous rapportons deux observations de syndrome de Turner associé à un lymphœdème congénital de découverte néonatale et les aspects cliniques et évolutifs de cette affection.

Matériel et méthodes

Observations

Résultats

Cas 1 : Il s'agit d'une fille hospitalisée à la naissance pour détresse respiratoire et syndrome dysmorphique. Elle est issue de mère âgée de 35 ans, GIII, PIII. La grossesse était compliquée de toxémie gravidique. L'accouchement était fait à terme, par voie basse sans incidents. L'examen clinique trouvait une trophicité normale avec un poids de naissance de 2900 g, une petite taille à 45 cm et un périmètre crânien à 35 cm, une dysmorphie faciale avec un microrétrognatisme, un cou court, un pétrigium colli et un lymphœdème au niveau des mains et des pieds. La NFS a montré une thrombopénie à 50 000/mm³. La fonction rénale était normale avec absence de protéinurie. L'échographie transfontannellaire était normale. L'échographie abdominale a montré une dilatation urétéropyélocalicelle bilatérale. L'échographie cardiaque était normale. Le caryotype a objectivé un syndrome de Turner homogène avec présence de gros satellite sur le bras court

du chromosome 21 : 45, X, 21 s+. Cas 2 : Il s'agit d'une fille suivie depuis la naissance pour syndrome dysmorphique. Elle est issue d'une mère âgée de 25 ans GI, PI. La grossesse était marquée par un retard de croissance intra-utérin au 3ème trimestre. L'accouchement était fait à terme par césarienne pour présentation de siège sans incidents. L'examen clinique trouvait une hypotrophie fœtale avec un poids de 2200 g, une taille de 48 cm et un périmètre crânien de 32 cm, une dysmorphie faciale, un cou court et un lymphœdème des pieds et des mains. L'auscultation cardiaque était normale. La fonction rénale était normale avec une protéinurie négative. Les échographies abdominale et transfontanellaire étaient normales. Le caryotype a objectivé un syndrome de Turner homogène avec une formule 45, X.

Conclusion

Conclusion Le diagnostic de syndrome de Turner est aisé à l'heure actuelle grâce aux progrès de la cytogénétique. Il est révélé par un lymphœdème congénital dans 20 % des cas. La prise en charge doit être précoce. Le pronostic est variable en fonction du génotype. Il est actuellement transformé par l'hormone de croissance et les œstrogénostatifs.

P45 - Hypothyroïdie congénitale révélée par un ictère néonatal prolongé

I. Fekih Romdhane (1), H. Ben Hamouda (1), S. Ghanmi (1), A. Yahyaoui (1), H. Bouzidi (2), H. Soua (1)

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (1),
Laboratoire de biochimie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (2).

Introduction

L'association étroite entre l'hypothyroïdie congénitale et l'hyperbilirubinémie non conjuguée dans la période néonatale est reconnue depuis des années. En l'absence de dépistage néonatal systématique, tout pédiatre doit penser à ce diagnostic afin d'instaurer un traitement précoce pour éviter le retard du développement psychomoteur.

Objectifs

Nous rapportons un cas d'hypothyroïdie congénitale révélée par un ictère néonatal prolongé et nous insistons le dépistage systématique de cette affection.

Matériel et méthodes

Observation

Résultats

Nouveau né de sexe masculin, hospitalisé à l'âge de 15 jours pour un ictère évoluant depuis le 2ème jour de vie. Il est issu d'une mère GII, PII, de groupe sanguin O négatif qui a reçu l'anti D régulièrement. A la naissance, son examen clinique est normal avec poids de 3900 g, son groupe sanguin est O positif positif avec un test de Coombs direct négatif. Le nouveau-né était allaité exclusivement au sein. L'examen clinique à l'admission note une perte pondérale de 10%, un facies grossier d'aspect sénile, une fontanelle antérieure très large, un ictère intense, une pâleur cutanée, un ballonnement abdominal, une hernie ombilicale et un bon état d'hydratation. La radiographie thoraco-abdominale a montré une distension gastrique et intestinale. La radiographie de genoux a montré l'absence des points d'ossification fémorale inférieure et tibiale supérieure. Le bilan infectieux est négatif. La biologie confirme le diagnostic d'un ictère à bilirubine non conjugué avec une bilirubine totale à 307 $\mu\text{mol/l}$, conjuguée à 4,4 $\mu\text{mol/l}$ et un taux d'Hb à 11,3 g/dl. Une sténose hypertrophique du pylore a été éliminée par l'échographie abdominale. Le diagnostic d'une hypothyroïdie congénitale a été confirmé avec une TSH > 100 mUI/l (VN : 0,27 - 4,2), une FT4 très basse à 1,68 pmol/l (VN : 12 - 22 pmol/l) et des anticorps anti-thyroïdien négatifs. Le bilan thyroïdien chez la mère est négatif. L'évolution immédiate sous photothérapie et L. thyroxine à la dose de 8 $\mu\text{g/kg/j}$ est marquée par la régression de l'ictère et le retour à domicile le 5ème jour d'hospitalisation avec poids de sortie de 3030 g. L'évolution après un suivi de 3 ans est marquée par une anémie avec un taux d'hémoglobine à 4,9 g/dl ayant justifié une transfusion à l'âge de 2 mois, la normalisation du bilan thyroïdien, une croissance staturo-pondérale normale et un bon développement psychomoteur.

Conclusion

L'incidence élevée d'ictère néonatal prolongé chez les nouveau-nés atteints d'hypothyroïdie congénitale doit être gardé à l'esprit lors de l'investigation de tout ictère dans la période néonatale. Ce n'est qu'en maintenant un indice de suspicion élevé que ces nouveau-nés seront reconnus et traités suffisamment tôt pour renforcer les chances d'un développement mental et physique normal.

P46 - Evolution d'une hydranencéphalie de découverte anténatale

A. Yahyaoui, H. Ben Hamouda, I. Fekih Romdhane, A. Ouali, S. Ghanmi, H. Soua.

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia

Introduction

L'hydranencéphalie est une anomalie congénitale extrêmement rare du système nerveux central, caractérisée par l'absence quasi-totale des hémisphères cérébraux et remplacés par le liquide céphalorachidien. Presque tous les cas sont sporadiques avec une incidence inférieure à 1 cas pour 10000 naissances et un très mauvais pronostic.

Objectifs

Nous rapportons un cas d'hydranencéphalie de découverte anténatale et nous discutons la prise en charge et le pronostic de cette affection.

Matériel et méthodes

Observation

Résultats

Nouveau-né de sexe féminin, hospitalisée à la naissance pour exploration d'une hydranencéphalie découverte en anténatale. Elle est issue de parents non consanguins, de mère âgée de 32 ans, GIII, PII, AI, suivie en psychiatrie pour schizophrénie maniaque traitée par Olanzapine et Humoxat pris à partir du 4ème mois de la grossesse. Les sérologies toxoplasmose, CMV et syphilis sont négatives et la sérologie rubéole est en faveur d'une immunité acquise. La grossesse est marquée par la découverte à l'échographie anténatale au 7ème mois, d'une dilatation ventriculaire très importante avec un parenchyme cérébral très aminci. L'accouchement est fait par césarienne à 39 SA pour utérus cicatriciel. L'examen clinique trouve un nouveau-né eutrophique avec un poids de 3000 g, une taille à 47 cm, un périmètre crânien à 35 cm, une dysmorphie faciale avec un hypertélorisme, un front bombant, une ensellure nasale, une scaphocéphalie et une hypotonie axiale. L'échographie transfontanellaire a montré une dilatation ventriculaire très importante avec un parenchyme cérébral très aminci. L'IRM cérébrale a confirmé le diagnostic d'une hydranencéphalie secondaire à une thrombose bilatérale des carotides internes. Les sérologies toxoplasmose et CMV

sont négatives. L'évolution est marquée par une augmentation du périmètre crânien, une dysrégulation thermique avec des hypothermies récidivantes, des difficultés alimentaires, une déshydratation hyponatrémique avec une insuffisance rénale fonctionnelle, une thrombopénie sévère à 26 000/mm³. Elle est décédée à l'âge de 3 mois à la suite d'une défaillance cardiorespiratoire.

Conclusion

L'hydranencéphalie est une malformation cérébrale rare mais grave avec un très mauvais pronostic vital et neurologique. Le diagnostic anténatal par l'échographie et l'IRM fœtale permet de discuter l'interruption médicale de la grossesse après information et soutien psychologique des parents.

P47 - Diagnostic et prise en charge d'un diabète néonatal

I. Fekih Romdhane (1), H. Ben Hamouda (1), S. Bouguerra (1), A. Yahyaoui (1), H. Bouzidi (2), S. Ghanmi (1), H. Soua (1),

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (1),
Laboratoire de biochimie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (2)

Introduction

Le diabète néonatal est une maladie rare dont l'incidence est estimée à un pour 500 000 naissances vivantes. Il est défini par une hyperglycémie chronique constatée au cours des premiers mois de vie exigeant une insulinothérapie pour une durée imprévisible. L'évolution permet de distinguer le type transitoire et le type permanent nécessitant alors une insulinothérapie à vie. Cependant, il est souvent difficile de déterminer la dose et le mode d'administration appropriés, compte tenu de la sensibilité des nouveau-nés à l'insuline et le risque élevé d'hypoglycémie.

Objectifs

Nous rapportons une observation d'un diabète néonatal de découverte fortuite devant un retard de croissance intra-utérin sévère et nous discutons la prise en charge de cette affection.

Matériel et méthodes

Observation

Résultats

Nouveau-né de sexe masculin, né à terme de parents non consanguins, ayant dans la famille paternelle plusieurs cas de diabète non insulino-dépendant et un cas de diabète néonatal suivi depuis 20 ans. La grossesse est marquée par un retard de croissance intra utérin et une souffrance fœtale aigue indiquant un accouchement par césarienne avec un score d'Apgar correct. L'examen clinique à la naissance trouve un retard de croissance intra utérin sévère et harmonieux, avec un poids à 2100 g, une taille à 45 cm, un périmètre crânien à 34 cm et une morphologie normale. La surveillance de la glycémie à la maternité a objectivé des hyperglycémies entre 1,2 et 3 g/L indiquant son hospitalisation le 1er jour de vie. La biologie a montré une glycémie à 19 mmol /L, une acidose métabolique modérée, une glycosurie massive sans acétonurie, une insulïnémie effondrée à 0,73 μ UI/mL. Le diagnostic de diabète néonatal est retenu, traité par Actrapid en sous cutané à la dose de 1 UI toutes les 6 heures pendant 2 mois, puis relais par Insulatard à la dose de 2 UI x 2/j. Les explorations à visée étiologique ont montré un typage HLA : DRB1*03 et DRB1*08, des anticorps anti-GAD et anti-IA2 négatifs. Les sérologies TORCH sont négatives. La chromatographie des acides aminés et organiques est normale. L'IRM abdominale a montré un pancréas normal. Le caryotype et la biologie moléculaire n'ont pas montré d'anomalies. L'évolution après 12 mois de suivi est marquée par une récupération d'une croissance normale, un bon développement psychomoteur, une grande instabilité glycémique sous Insulatard à la dose de 1 UI/Kg/j en deux injections sous cutanée avec Actrapid en sous cutané à la dose de 2 UI x 3/j au besoin en cas de glycémie > 3 g/L. Sa dernière hémoglobine glyquée est à 10%.

Conclusion

Le diabète néonatal est une maladie rare et souvent instable au cours des premières années de vie et pose des difficultés de prise en charge indiquant une insulinothérapie à la pompe. Le dépistage systématique du diabète néonatal devant toute hypotrophie sévère permettra une prise en charge précoce et adéquate par une insulinothérapie adaptée à la surveillance régulière des glycémies.

P48 - Les déterminants de la morbidité néonatale au cours des pré-éclampsies

F. Ayari, T. Lamouchi, E. Cherifi, A. Khelifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Introduction

La pré-éclampsie est une complication assez fréquente qui survient durant 2 à 7% des grossesses. Elle est responsable d'une morbidité et d'une mortalité maternelle et périnatale non négligeable. Les risques pour le fœtus et le nouveau né sont principalement : le décès in utéro, la prématurité et le retard de croissance in utéro(RCIU).

Objectifs

Déterminer les facteurs de risque de morbidité chez le nouveau-né de mère pré-éclampsique

Matériel et méthodes

Nous avons colligé 96 cas au CMNT en 6 mois entre le 1 juillet 2018 et le 31 décembre 2018 dans le but d'étudier les déterminants de la morbidité néonatale au cours des pré-éclampsies. Ont été considérés comme indicateurs de morbidité : la survenue d'APN, l'hospitalisation des nouveau-nés dans un service de réanimation néonatale, la durée de cette hospitalisation, la survenue de convulsions, le recours à une ventilation mécanique, le décès néonatal. Les facteurs étudiés étaient : l'âge maternel, la gestité et la parité, le tabagisme maternel, la consommation d'alcool, les antécédents de pré-éclampsie et le terme de sa survenue, les conditions socio-économiques, la fonction de la mère (FAF ou travailleuse), le caractère spontané ou induit de la grossesse, le suivi de la grossesse, la présence d'HTAG connue et la prise de traitement antihypertenseur, l'association de diabète gestationnel, les chiffres tensionnels et le caractère léger, modéré ou sévère de la pré-éclampsie, la présence ou pas d'anomalies au doppler ombilical, l'oligoamnios, le RCIU, la présence d'un HRP, la survenue d'un HELLP syndrome, l'âge gestationnel, l'entrée spontanée en travail, la voie d'accouchement, l'association d'une anamnèse infectieuse positive.

Résultats

Parmi les 96 cas étudiés il y avait 5 mort-nés et 48 (52%) nouveaux nés ont été hospitalisés au service de réanimation néonatale. Le motif d'hospitalisation était

un RCIU avec un poids inférieur à 2Kg dans 37 (77%) cas, l'âge gestationnel inférieur à 35SA dans 27 (56%) cas, une DRNN était présente dans 22 cas (45%). Parmi les nouveaux nés hospitalisés on a compté 9 décès (18%). Les facteurs associés à un risque plus élevé d'hospitalisation en service de réanimation néonatale étaient : les mauvaises conditions socio-économiques (OR=2,6), les antécédents de pré-éclampsie (OR=2,9), le terme précoce de survenue de pré-éclampsie durant les grossesses précédentes ($p=0.01$), le bon suivi de la grossesse (OR=1,2), le RCIU (OR=2,58), le caractère sévère ou modéré de la pré-éclampsie (OR=2,00 et OR=2,19 respectivement), la survenue d'un HELLP syndrome (OR=2,23), l'âge gestationnel ($p=0,00$), l'association à une anamnèse infectieuse positive (OR=2,08), l'accouchement par césarienne (OR=3,8). L'âge de la mère ($p=0.88$), la gestité ($p=0,20$), la parité ($p=0,89$) et la présence d'oligoamnios (OR=1) ne semblaient pas avoir d'influence sur le pronostic du nouveau né. Certains facteurs étaient associés à un risque moindre d'hospitalisation en néonatalogie : l'accouchement par voie basse (OR=0,26), l'entrée spontanée en travail (OR=0,25), le fait que l'HTAG soit connue et traitée avant l'hospitalisation pour pré-éclampsie (OR=0,63). Certains facteurs n'ont pas pu être étudiés faute d'effectifs : le tabac, la consommation d'alcool, l'association à un diabète gestationnel, le caractère spontané ou induit de la grossesse, le caractère pathologique du Doppler ombilical et la présence d'un HRP.

Conclusion

La pré-éclampsie est une pathologie associée à une morbidité importante du fait de facteurs principalement intrinsèques : le RCIU et la prématurité. D'autres facteurs tels les mauvaises conditions socio-économiques et les infections materno-fœtales présentent des facteurs surajoutés de morbidité. Le diagnostic et le suivi des femmes présentant une HTAG et la mise sous traitement anti-hypertenseur semblent améliorer le pronostic de leurs nouveaux nés.

P49 - Arthrogryposis-Renal dysfunction-Cholestasis syndrome

**I. Fekih Romdhane (1), H. Ben Hamouda (1), A. Yahyaoui (1), M. Zayani (1),
H. Bouzidi (2), S. Ghanmi (1), H. Soua (1),**

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (1),
Laboratoire de biochimie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (2)

Introduction

Le syndrome ARC est un trouble multisystémique autosomique récessif caractérisé par une arthrogrypose associée à un dysfonctionnement tubulaire rénal et une cholestase néonatale. Son pronostic est grave par les infections récidivantes qui conduisent à une acidose métabolique et une insuffisance hépatique létale.

Objectifs

Nous décrivons une observation de cholestase néonatale avec des signes cliniques typiques de syndrome ARC et nous discutons la prise en charge et l'évolution de cette affection.

Matériel et méthodes

Observation

Résultats

Nouveau-né de sexe masculin, hospitalisé à la naissance pour un syndrome malformatif. Il est issu de parents non consanguins, de mère âgée de 18 ans, G1, P1. La grossesse est marquée par un oligoamnios sévère. L'accouchement est fait à 41 SA par césarienne pour présentation de siège avec un score d'Apgar correct. L'examen clinique trouve un retard de croissance intra-utérin dysharmonieux avec un poids à 2350 g, une taille à 51 cm, un périmètre crânien à 35 cm, une dysmorphie faciale (Fig. 1) avec un front fuyant, un hypertélorisme, un épicanthus, un nez aplati et large, des oreilles larges et bas implantées, une ichtyose cutanée avec une peau sèche et écailleuse, une arthrogrypose des membres inférieurs avec des pieds talus valgus et une luxation des hanches. L'examen ophtalmologique est normal. Les sérologies TORCSH sont négatives et le bilan thyroïdien est normal. Les échographies abdominales et transfontanellaire sont normales. L'échographie des hanches a montré une luxation des hanches avec une hanche droite luxable type II et une hanche gauche luxable type III. Le caryotype est normal 46, XX. L'évolution immédiate est marquée par l'apparition à J6 de vie d'un

ictère cholestatique avec des selles blanchâtres, une bilirubine totale à 82 $\mu\text{mol/l}$ et conjuguée à 48 $\mu\text{mol/l}$, un TP à 100 %, des ASAT à 30 UI/l, ALAT à 18 UI/l, des phosphatases alcalines à 575 UI/l, une Gamma GT normale à 27 UI/l, une cholestérolémie à 4,5 mmol/l, une hypertriglycémie à 4,2 mmol/l et une Ferritinémie élevée à 349 ng/ml. L'échographie hépato-biliaire est normale et la biopsie hépatique a montré une cholestase intra-hépatocytaire indiquant la mise sous acide ursodésoxycholique. Le bilan rénal a montré une fonction rénale normale, une hypokaliémie, un PH urinaire à 5, un rapport calciurie/créatinurie à 2, une calcémie normale, une protéinurie à 2,3 g/l, une acidose métabolique persistante indiquant sa mise sous bicarbonates. Le diagnostic de syndrome d'ARC est retenu. L'évolution ultérieure est marquée par une stagnation pondérale, une stabilité de la cholestase, une fièvre récurrente, une infection urinaire à *Protéus Mirabilis* traitée par cefotaxime, une anémie qui a nécessité 2 transfusions sanguines, une thrombocytose à 602 000/mm³, une insuffisance rénale fonctionnelle en rapport avec une déshydratation. Il est sorti à domicile à l'âge 2 mois avec un poids de 3320 g. Il a été rehospitalisation à l'âge de 2 mois et ½ pour diarrhée avec déshydratation et il est décédé à l'âge de 3 mois à la suite d'un état septicémique.

Conclusion

Le syndrome ARC est une cause rare et grave de cholestase néonatale. Malgré une prise en charge intensive, l'évolution clinique est médiocre. La confirmation du diagnostic par des tests génétiques est importante pour donner des conseils génétiques aux familles affectées.

P50 - Diagnostic néonatal d'une afibrinogénémie congénitale chez deux sœurs

A. Yahyaoui (1), H. Ben Hamouda (1), S. Ghanmi (1), S. Bouguerra (1), H. Bouzidi (2), M. Hassine (3), H. Soua (1)

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (1),
Laboratoire de biochimie, CHU Tahar Sfar, Mahdia (2),
Laboratoire d'hématologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir (3),

Introduction

L'afibrinogénémie congénitale est une maladie héréditaire très rare, de trans-

mission autosomique récessive, souvent révélée en période néonatale par des manifestations hémorragiques de gravité variable pouvant engager le pronostic vital du nouveau-né.

Objectifs

Nous rapportons 2 observations d'afibrinogénémie congénitale de découverte néonatale chez deux sœurs et nous discutons les particularités cliniques et la prise en charge de cette affection.

Matériel et méthodes

Observations

Résultats

Cas1

Il s'agit d'une fille hospitalisée à l'âge de 5 jours pour saignement ombilical de faible abondance. Elle est issue de parents consanguins sans antécédents pathologiques notables, ayant 3 enfants en bonne santé. La grossesse est de déroulement normal. L'accouchement est fait à 39 SA par voie sans incident avec un poids à 3 300 g. La vitamine K est prise à la naissance. L'examen clinique à l'admission est normal avec des conjonctives bien colorées et un bon état neurologique. La biologie a montré un taux d'hémoglobine à 16,7 g/dl, des plaquettes à 70 000/mm³, un TP < 10%, un TCK allongé et taux de fibrinogène indétectable. Après une injection de 10 mg de vitamine K en IVL et deux transfusions de PFC, le saignement ombilical s'est arrêté avec normalisation du TP à 77% et une élévation du fibrinogène à 0,74 g/l. Elle est sortie à domicile à l'âge de 8 jours avec un taux d'hémoglobine à 11 g/dl. Après un suivi de 7 ans, l'évolution est marquée par 4 rehospitalisations pour transfusion de PFC suite à des traumatismes avec saignement buccal. Sa croissance staturo-pondérale et son développement psychomoteur sont normaux.

Cas2

Il s'agit d'une fille, sœur du cas n°1, hospitalisée à la naissance pour prématurité et suspicion d'infection maternofoetale. La grossesse est marquée par une RPM et un accouchement prématuré par voie basse à 34 SA et demi sans incident avec un poids à 2710 g. La vitamine K est prise à la naissance. Elle a présentée à H12 de vie, un saignement persistant au point de prélèvement du bilan infectieux indiquant un bilan d'hémostase qui a montré une NFS normale avec un taux d'hémoglobine à 20,4 g/dl, des plaquettes à 216 000/mm³, un TP < 10%, un TCK allongé et taux de fibrinogène indétectable. Après une injection de 10 mg de vi-

tamine K en IVL, une transfusion de PFC et une perfusion de fibrinogène à raison de 300 mg/kg en IVL, le saignement s'est arrêté avec normalisation du TP à 86% et du taux de fibrinogène à 2,5 g/l. Par ailleurs, elle a présenté un céphalématome pariétal gauche compliqué d'un ictère à bilirubine non conjugué traité phytothérapie. A J11 de vie, son taux d'hémoglobine était à 8,9 g/dl indiquant une transfusion sanguine. Elle est sortie à domicile à l'âge de 14 jours avec un céphalématome en voie de régression.

Conclusion

L'afibrinogénémie congénitale est une affection très rare mais potentiellement grave en période néonatale. Elle est souvent révélée par une hémorragie au niveau du cordon ombilical. Son diagnostic est facile et repose sur le dosage du fibrinogène devant tout syndrome hémorragique. Le traitement repose essentiellement sur la prophylaxie et l'administration de fibrinogène devant des signes hémorragiques.

P51 - La Maladie de Crigler Najjar : à propos de 3 cas

Bellalah M, Brini N, Ayache H, Mghirbi O, Kacem I, Taamallah M, A. Ghith, N. Boudabbous, Nouri S, Mehtlouthi J, Mahdhaoui N

Service de néonatalogie, CHU FarhatHached Sousse, Faculté de médecine de Sousse

Introduction

La maladie de Crigler Najjar est une affection héréditaire à transmission autosomique récessive liée à un déficit complet de l'activité hépatique de la bilirubine glucuronyl transférase. Son pronostic est grave marqué par la menace perpétuelle de survenue de complications neurologiques

Objectifs

Le but de ce travail est de rappeler à travers 3 observations les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de cette maladie rare.

Matériel et méthodes

Résultats

Nous rapportons 3 cas de maladie de CriglerNajjar diagnostiqués durant l'année

2018. Les nouveau-nés (NN) ont été hospitalisés dans notre service à un âge de 10 à 12 jours pour ictère cutané intense. Deux NN étaient issus des parents consanguins avec un antécédent de décès à l'âge néonatal chez 2 oncles maternels dans un contexte d'ictère intense. L'examen à l'admission révélait un ictère cutanéomuqueux intense isolé chez 2 NN, et un ictère associé à une légère hypotonie axiale chez le 3ème cas. Les examens biologiques ont montré une hyperbilirubinémie indirecte importante dans la zone d'exsanguinotransfusion (moyenne BNC=459 $\mu\text{mol/l}$), sans anémie et sans contexte d'incompatibilité materno-fœtale. L'exsanguinotransfusion n'a pas été pratiquée à raison de l'impossibilité de poser un KTVO en raison du diagnostic tardif. Les NN ont été gérés par une photothérapie intensive. Devant l'intensité de l'ictère, la consanguinité et les antécédents, un complément d'explorations par biologie moléculaire de la maladie de Crigler Najjar a été pratiqué avec confirmation du diagnostic en objectivant une mutation homozygote au niveau de l'exon 3 du gène UGTA1. Nos patients ont nécessité entre 12 à 29 séances de photothérapie, et ont été mis sortants après 2 à 4 semaines d'hospitalisation. Un seul NN a bénéficié d'une photothérapie à domicile.

Conclusion

La maladie de CriglerNajjar est de pronostic souvent grave, lié en grande partie au retard diagnostic et à l'insuffisance des moyens thérapeutiques. L'évolution est dominée par le risque de survenue de l'encéphalopathie hyperbilirubinémique qui peut survenir à n'importe quel âge même à l'âge adulte. La transplantation hépatique constitue actuellement le seul traitement curatif de cette maladie. Le diagnostic prénatal est possible pour le type 1 (SCN1) et le conseil génétique est recommandé lorsque le cas index est identifié.

P52 - La fistule oeso-trachéale congénitale isolée à révélation néonatale par un tableau de bronchiolite

Bellalah M, Gazzeh S, Mghirbi O, Kacem I, Abdelli M, Ayache H, Ghaith A, N. Boudabbous, Nouri S, Methlouthi J Mahdhaoui N.

Service de Néonatalogie, Hôpital FarhatHachede Sousse, Faculté de médecine de Sousse

Introduction

La fistule oesotrachéale (FOT) isolée sans atrésie de l'œsophage est une anomalie rare représentant 4% des anomalies congénitales de l'œsophage. A travers une observation néonatale, nous rapportons les circonstances de découverte, le diagnostic et la prise en charge d'une FOT.

Objectifs

Matériel et méthodes

Résultats

A.S. nouveau-né de sexe féminin, issue d'une grossesse sans particularités, née par voie basse à terme avec Apgar 9/10, a été admise à J9 de vie pour dyspnée aigüe sévère. Le diagnostic initial retenu était une broncho-alvéolite sévère nécessitant une ventilation mécanique pendant six jours puis relais par lunette nasale simple jusqu'à le sevrage de l'oxygène. L'alimentation était initialement parentérale puis reprise de l'alimentation par gavage gastrique avec bonne tolérance. A J17 de vie, à l'introduction de régime par biberon, le nouveau-né présente un accès de cyanose sévère avec une fausse route et une pneumopathie d'inhalation. Le diagnostic d'une fistule oeso-trachéale a été suspecté. Un TOGD n'a pas été concluant avec doute sur une petite fistule oeso-trachéale. Le diagnostic a été confirmé à la trachéoscopie. Le NN avait bénéficié d'une fermeture chirurgicale de la fistule. Les suites opératoires étaient simples. Le régime a été réintroduit par gavage à J3 post opératoire. Après un contrôle radiologique (TOGD normale), la mise au biberon associée à un traitement anti-reflux était sans incidents. Aucune anomalie associée n'a été retrouvée au bilan malformatif. La petite a été mise sortant deux semaines en post-opératoire.

Conclusion

Les FOT est une anomalie congénitale rare. Il faut savoir évoquer le diagnostic devant des fausses routes à la tétée rarement caractéristiques à cet âge avec un

retard diagnostique probable. L'endoscopie des voies aéro-digestives haute constitue l'examen clé. La trachéoscopie est plus contributive au diagnostic que l'œsophagoscopie. Les associations syndromiques (VATER) doivent être recherchées. Le traitement chirurgical précoce, par voie latéro-cervicale droite est le traitement de choix, parfois la voie thoracoscopique s'impose si la fistule est carinaire ou bronchique. Le suivi est multidisciplinaire et prolongé au vu de la morbidité associée.

P53 - Les épanchements péricardiques en réanimation néonatale : une complication redoutable de la pose des microcathéters épicutanéocaves: A propos d'une série.

Bellalah M, Gazzeh S, Mghirbi O, Ghaith A, Kacem I, Ayache H, Abdelli M, Bouddabous N, Nouri S, Methlouthi J, Mahdhaoui N.

Service de Néonatalogie, Hôpital Farhat Hached, Sousse
Faculté de médecine de Sousse, Université de Sousse, Laboratoire LR14ES05

Introduction

L'incidence des épanchements péricardiques (EP) en réanimation néonatale est faible. En général, ils sont secondaires à la pose des microcathéters (MKT) centraux en réanimation néonatale qui sont indispensables dans la prise en charge des NN et surtout les prématurés. Ces EP surviennent dans 0,18% à 0,25% des cas.

Objectifs

Evaluer la fréquence des épanchements péricardiques compliquant la pose de micro-cathéter, leur profil épidémiologique et évolutif.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service néonatalogie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une durée de 7 ans allant de 1er Janvier de 2013 au fin décembre 2019. Tous les nouveau-nés (NN) porteur de micro-cathéter central présentant un EP durant l'hospitalisation ont été inclus.

Résultats

On a colligé 7 cas d'EP avec une prédominance du sexe féminin (57%). Le poids moyen des NN était de 1456 g (min de 675g et max 3100g). La majorité des NN était des prématurés (85.7%) (variant de 26 à 35SA+5jrs). Les motifs d'admission étaient principalement la DRNN, la prématurité (85%), et l'hypoglycémie (28.5%). L'âge moyen de survenue de l'EP était de 12j (min j3 de vie -max à j32 de vie). Le délai moyen de survenue par rapport à la mise en place du microcathéter est de 2.42 jours (min le jour de sa pose et max à j6 post-insertion). Les circonstances de révélation de l'EP était principalement une altération hémodynamique (86% cas) et une cardiomégalie récente à la radiographie de thorax (14% cas). L'EP était de grande abondance dans 42.8% des cas et de moyenne abondance dans le reste. Il était circonferentiel dans 100% des cas, associé à un défaut de contractilité de VG dans deux 2 cas. Une ponction péricardique a été pratiquée dans 86% des cas. Un seul cas d'EP n'a pas nécessité de ponction vue sa bonne tolérance avec une résorption secondaire spontanée après ajustement du repère du MKT. La quantité moyenne de liquide ponctionné était de 17.85ml (min de 10ml-max de 45ml). Les KT épicutanéocaves étaient indiqués surtout devant un très faible poids de naissance, une grande prématurité, une entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN) ou une déshydratation sévère. L'âge moyen de pose du KT était de 12.14 j et le délai moyen de survenue de l'EP par rapport à la pose était de 1.54j (min le jour de la pose - max à j7). L'évolution a été marquée par le décès rapide dans un seul cas conséquence directe de l'EP malgré la ponction. L'évolution ultérieure a été marquée par le décès de 5 NN avec un délai moyen par rapport à l'EP de 20.6 jours qui était en rapport avec une infection associée aux soins.

Conclusion

Les EP sont des complications rares mais potentiellement sévères des cathéters centraux(KT) à la période néonatale. En conséquence, les indications des KT doivent être soigneusement pesées, et leur maintien doit être discuté quotidiennement. Leur position doit être bien vérifiée systématiquement par radiographie ou échographie. Toute symptomatologie cardiorespiratoire inexplicquée chez un nouveau-né porteur d'un cathéter central doit faire évoquer un EP pour bien agir à temps.

P54 - Facteurs de risque de La mortalité néonatale très Précoce

F. Ayari, R. Amdouni, E. Cherifi, M. Mayel, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale. centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

La mortalité néonatale est un des contingents majeurs de la mortalité infantile dans les pays en voie de développement. Vouloir faire baisser le taux de mortalité néonatale passe impérativement par la réduction du taux de la mortalité néonatale précoce notamment la mortalité néonatale très précoce (l'ensemble des nouveau-nés décédés dans les premières 24 heures qui reste un indicateur fiable de la qualité des soins dans un établissement, dans un pays et à une époque donnée.

Objectifs

Identifier les déterminants de la mortalité néonatale très précoce dans un service de réanimation néonatale.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée au service de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de 9 mois. On a inclus tous les nouveau-nés ayant un âge gestationnel supérieur à 27 semaines d'aménorrhée révolues avec un poids de naissance supérieur à 700 grammes

Résultats

Durant cette période d'étude on a recensé 9803 naissances vivantes dont 1036 prématurés. Parmi ces naissances vivantes 3560 nouveau-nés ont été admis au service de réanimation néonatale dont 150 décès. Dans cette étude on a noté 23 nouveau-nés décédés dans les 24 premières heures de vie. La prévalence de mortalité néonatale très précoce était de 2.36 pour milles de naissances vivantes. Un décès néonatal très précoce est survenu chez 17 prématurés versus 6 nouveau-nés à terme. On a noté dans cette étude les principaux facteurs de risque de mortalité néonatale très précoce dont la réanimation à la naissance qui multipliait 5,6 fois ce risque ($p=0.0002$; IC [1,16 – 32,6]), L'asphyxie périnatale qui augmentait 10 fois ce risque ($p<0.001$; IC[3.47 - 29.3]) ainsi les malformations du

système nerveux central qui multipliaient ce risque par 6,1 ($p=0.004$; IC [1.16 - 32.6]). Les causes de décès très précoces chez les prématurés étaient l'asphyxie néonatale (7cas), la détresse respiratoire néonatale (5 cas), les malformations congénitales (4 cas) et l'infection materno-foetale (1 cas). Par contre les causes de décès très précoces chez les nouveau-nés à terme étaient les malformations congénitales (3 cas) et l'asphyxie périnatale (3 cas)

Conclusion

La mortalité néonatale demeure encore élevée en particulier la mortalité néonatale précoce. D' où il est important de faire un bon suivi des grossesses, d'assister les accouchements par des personnels qualifiés, de prévenir les causes de prématurité et de souffrance néonatale et améliorer les infrastructures néonatales en fournissant un équipement adéquat pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés en détresse.

P55 - Morbidité et mortalité des nouveau-nés nés par césarienne

A. Yahyaoui, S. Ghanmi, M. Zayani, I. Fekih Romdhane, H. Ben Hamouda, H. Soua.

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia

Introduction

Le nombre d'accouchements par césarienne est en constante augmentation au cours des dernières décennies dans le monde entier. Cette technique a permis une diminution de la morbi-mortalité maternelle. Cependant, les études sont controversées en ce qui concerne la morbidité et la mortalité néonatales.

Objectifs

Étudier les effets de l'accouchement par césarienne sur la morbidité et la mortalité néonatales.

Matériel et méthodes

Étude rétrospective de tous les nouveau-nés nés par césarienne à la maternité et pris en charge dès la naissance par le service de néonatalogie du CHU Tahar Sfar de Mahdia durant les mois de janvier et février 2019.

Résultats

Au total, 315 nouveau-nés étaient nés par césarienne. Le sex-ratio était de 1,33 avec un terme moyen de 38 SA. Le score d'Apgar moyen à 5 minutes était de 9. Le taux des macrosomes était de 18%. L'âge moyen des mères était de 31 ans. Les indications de l'accouchement par césarienne étaient l'utérus cicatriciel dans 39% des cas et la souffrance fœtale aiguë dans 17,5% des cas avec un taux de dystocie de 7,3%. Une détresse respiratoire était présente chez 7,6% des nouveau-nés avec comme étiologie prédominante la DRT dans 83,3% des cas nécessitant une ventilation dans 70,8% des cas. Le mode ventilatoire était la LNHD dans 41,6% des cas et la nCPAP dans 20,8% des cas avec une durée moyenne de ventilation de 2,8 jours, doublant ainsi la durée d'hospitalisation avec une moyenne de 1,3 jours. Par ailleurs, 1% des cas avaient une IMF et 0,3% des cas ont contracté une infection nosocomiale. Le taux de mortalité global était de 1,3% dont la moitié a présenté une détresse respiratoire.

Conclusion

L'accouchement par césarienne augmente le risque de morbidité néonatale notamment respiratoire sans effet significatif sur la mortalité néonatale. Une réévaluation des indications des césariennes s'impose afin d'amélioration du pronostic périnatal.

P56 - Penser aux causes rarissimes d'asphyxie périnatale. A propos de 2 observations néonatales

J. Ben Hefaidh, N. Kasdallah, MY. Aissa, H. Ben Salem, O. Zitouni, A. Amri, S. Blibech, M. Douagi

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie.

Introduction

Certaines morbidités héréditaires très rares peuvent se révéler dès la période néonatale par des tableaux déroutants d'asphyxie périnatale.

Objectifs

Penser aux étiologies rares des situations imprévisibles de naissance en état de mort apparente avec une évolution déroutante.

Matériel et méthodes

Nous rapportons deux observations néonatales de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine en rapport avec une morbidité héréditaire rarissime inattendue.

Résultats

Cas 1 : Un nouveau-né (NN) de sexe masculin a été admis à H6 de vie pour la prise en charge d'une asphyxie périnatale. Il est issu d'un couple non consanguin avec des antécédents familiaux chargés. Il est né à terme eutrophique en état de mort apparente avec des convulsions néonatales immédiates et une détresse respiratoire néonatale en rapport avec un syndrome d'inhalation méconiale. L'évolution a été marquée par la persistance et l'aggravation progressive de la détresse neurologique jusqu'au décès à l'âge de 4 mois dans un tableau de coma profond. Le bilan métabolique (ammoniémie, lactatémie, lactatorrachie, chromatographie des acides aminés plasmatiques) était normal. La chromatographie des acides organiques urinaires a montré une augmentation isolée de l'acide méthyl malonique. L'étude moléculaire d'ADN du NN et de ses parents a conclu à une mutation du gène SUCLA2 impliqué dans l'encéphalomyopathie avec acidurie méthyl malonique.

Cas 2 : un NN de sexe féminin a été admise intubée en salle de naissance pour apnée grave. Il s'agissait du deuxième enfant d'un couple non consanguin sans antécédents particuliers. La grossesse et l'accouchement étaient sans incidents. L'enfant était à terme eutrophique avec état de mort apparente justifiant son intubation et son assistance ventilatoire dès la 3ème minute de vie. L'examen physique était normal. Des épisodes d'apnées itératives et des convulsions atypiques sont survenues dès H4 de vie. Le bilan étiologique de ce tableau a éliminé l'infection néonatale, l'embryofoetopathie ; l'asphyxie et les anomalies métaboliques simples et complexes. L'évolution était marquée par l'absence de toute autonomie ventilatoire, sans état neurovégétatif, justifiant une ventilation mécanique prolongée. Le diagnostic de syndrome d'Ondine a été évoqué et a été confirmé par la présence de la mutation du gène PHOX-2B. L'enfant est décédée à l'âge de 7 mois et demi par hypoventilation globale centrale après échec de 2 tentatives de trachéotomie.

Conclusion

La mauvaise adaptation à la vie extra utérine est le plus souvent prévisible et anticipée en salle de naissance dans un contexte informatif. Ces deux observations illustrent les difficultés diagnostiques et de prise en charge de certaines pathologies génétiques très rares à révélation néonatale immédiate : le syndrome de déplétion en SUCLA2 mitochondrial et le syndrome d'Ondine.

P57 - Le nouveau-né de mère diabétique symptomatique : Etude sur six mois

A. Ahmed, F. Mezeghani, N. Helali, E. Jbebli, F. Fedhila, S. Hadded, M. Khemiri .

Service de Pédiatrie A. Hôpital d'enfant de Tunis.

Introduction

Le diabète gestationnel est une complication d'incidence croissante au cours de la grossesse corrélée à l'âge maternel de plus en plus avancé et à l'obésité maternelle. Une prise en charge adéquate de l'état nutritionnel maternel durant la grossesse ainsi que le dépistage des complications néonatales permet de diminuer la mortalité périnatale.

Objectifs

Etudier les caractéristiques anamnestiques, clinico-biologiques et évolutives des nouveau-nés de mère diabétique (NNMD) symptomatiques.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive, incluant tous les NNMD admis dans le service de médecine infantile A de l'hôpital d'Enfants de Tunis sur une période de 6 mois (juillet-décembre 2019)

Résultats

Quarante nouveau-nés ont été colligés. Le sex-ratio était de 1,1. Le diabète était de type 1 et 2 respectivement dans deux cas et gestationnel dans 36 cas. Une insulinothérapie était prescrite dans 6 cas. Trente-quatre nouveau-nés ont été nés par césarienne. L'âge moyen à l'admission était de 6,9 heures. Le terme gestationnel moyen était de 36SA+5j. Le poids natal moyen était 3320g [1800g - 4950g], sept nouveau-nés étaient macrosomes. L'adaptation à la vie extra-utérine était bonne avec un score d'Apgar ≥ 8 chez 29 nouveau-nés, neuf patients avaient un Apgar entre 4 et 7 et deux malades sont nés en état de mort apparente. Le motif d'hospitalisation était la détresse respiratoire (DRNN) chez 20 patients, la prématurité et l'hypoglycémie précoce dans neuf et huit cas respectivement, la suspicion d'infection néonatale bactérienne précoce dans 8 cas, l'hypotonie dans 3 cas et l'hématémèse dans le dernier cas. Quatorze nouveau-nés avaient une asphyxie clinique et/ou biologique (taux moyen des CPK =

1458 et des LDH =898). Une hypoglycémie a été survenue chez treize patients avec une glycémie moyenne à 0,34g/l [0,11 – 0,44g/l] dont trois cas de convulsion, une hypocalcémie dans 5 cas et un ictère à bilirubine libre dans douze cas. Une cardiopathie congénitale a été notée chez 4 malades (communication interventriculaire et cardiomyopathie hypertrophiée). Un autre nouveau né avait un syndrome de pierre robin. Nous avons par ailleurs recensé un cas d'élongation du plexus brachial et un autre cas de fracture de la clavicule. La DRNN était en rapport avec une maladie des membranes hyalines dans deux cas. L'évolution était favorable chez tous les malades avec un séjour hospitalier moyen de 3,6 jours.

Conclusion

Malgré le progrès réalisé ces dernières années dans la prise en charge de la mère diabétique et du nouveau-né, la morbidité néonatale reste significative avec des complications parfois sévères à court à long terme.

P58 - Hémangiome caverneux du rhinopharynx : cause exceptionnelle de détresse respiratoire néonatale.

**S. Khemiri (1), H. Ben Salem (1), J. Ben Hefaidh (1), N. Kasdallah (1),
A. Ayadi (1), R. Ben Mhamed (2), F. Bougrine (3), S. Blibech (1), M. Douagi (1),**

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie (1),
Service d'ORL et de Chirurgie Maxillo-Faciale.Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (2),
Service d'Anatomie-Pathologique.Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (3),

Introduction

Les hémangiomes caverneux ou cavernomes pharyngés pédiatriques sont des tumeurs vasculaires bénignes congénitales et rares. De part leur localisation, Ils sont potentiellement graves à cause de la symptomatologie obstructive asphyxiant qu'ils peuvent engendrer particulièrement à la période néonatale.

Objectifs

Décrire une localisation très rare de cavernome pharyngé responsable d'accès de cyanose néonatale.

Matériel et méthodes

Etude d'une observation néonatale de masse tumorale du cavum extériorisée par la bouche, responsable d'accès de cyanose et de nature histologique bénigne

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin transféré à J25 de vie pour des accès de cyanose. Il s'agissait du deuxième enfant d'un couple consanguin. La grossesse n'a pas été surveillée. L'accouchement s'est déroulé sans incident, par voie basse à 40 SA+5jours. Le nouveau-né était eutrophique et son adaptation à la vie extra utérine était normale. L'examen de sortie de la maternité à H24 de vie était normal. La période néonatale a été marquée par la survenue de plusieurs épisodes de vomissements accompagnés d'accès de cyanose concomitant à une extériorisation par la bouche d'une « masse » prolabée rose centimétrique. Le nouveau-né a été hospitalisé à J21 de vie puis transféré à notre service pour exploration. L'examen à l'admission était sans anomalie ainsi que la radiographie thoraco-abdominale et l'échographie abdominale. L'observation du nouveau-né pendant son hospitalisation a permis d'objectiver la masse décrite par les parents. La laryngoscopie indirecte a montré une masse appendue dans l'oropharynx par un pédicule situé au niveau de la paroi latérale du cavum. Une IRM du massif facial a objectivé une masse intra œsophagienne de signal grasseux mesurant 12x9x25mm. L'extraction chirurgicale a été réalisée à J4 d'hospitalisation. L'examen anatomopathologique extemporané a éliminé un processus malin. L'histologie révélait un hémangiome caverneux. Les suites opératoires étaient simples. Avec un recul de 5 mois, le nourrisson est asymptomatique avec une croissance et un développement psychomoteur normaux.

Conclusion

La détresse respiratoire néonatale obstructive par un hémangiome caverneux du nasopharynx n'a jamais été décrite à la période néonatale. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les tumeurs malignes du nourrisson, d'où l'intérêt de l'histologie. Le pronostic est bon et le risque de récurrence est faible.

P59 - Lymphangiome kystique et difficultés thérapeutiques : à propos de 2 cas

R. Ben Aziza, E. Marmech, I. Selmi, Z. Khlayfia, H. Ouerda, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala.

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie. Hôpital mongi slim la marsa.

Introduction

Les lymphangiomes sont des tumeurs kystiques non infiltrantes dues à la présence de séquestres lymphatiques non communicants développés en marge du réseau lymphatique. Ils représentent 6 % des tumeurs bénignes de l'enfant. Des alternatives thérapeutiques sont de plus en plus utilisées dans la prise en charge de cette pathologie. Nous rapportons le cas de deux cas de lymphangiomes kystiques diagnostiqués en anténatal dont les modalités thérapeutiques étaient différentes.

Objectifs

Discuter les différentes alternatives dans la prise en charge de lymphangiome kystique congénital.

Matériel et méthodes

Etude de deux cas de lymphangiomes kystiques congénitaux suivis au service de pédiatrie et de Néonatalogie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa.

Résultats

Il s'agit de 2 nouveaux nés de sexe féminin. Le suivi échographiques anténatal a révélé la présence d'une masse kystique thoraco-brachiale pour le premier cas et cervicale pour le deuxième. Le diagnostic le plus probable était celui de lymphangiome kystique congénital. Un accouchement par césarienne à terme a été indiqué dans les 2 cas devant le risque de dystocie. Les deux filles étaient eutrophiques à la naissance. Pour le premier cas, l'examen clinique a objectivé une masse multikystique thoraco-brachiale droite faisant 7x5 cm de grand axe. Une échographie cervicale suivie d'une IRM cervicale et thoracique ont confirmé le diagnostic d'un lymphangiome macro-kystique thoraco-brachiale avec des anastomoses vasculaires et nerveuses importantes. L'exérèse chirurgicale était impossible devant le risque hémorragique important. La sclérothérapie a été initialement discutée mais l'évolution a été marquée par une augmentation im-

portante de la taille du lymphangiome kystique atteignant 20×10 cm de grand axe à l'âge de 15 mois. L'alternative thérapeutique était le recours aux immunosuppresseurs. L'enfant a été mis sous Sirolimus (Rapamune®) à la dose de 1.5mg/m² SC/ j à l'âge de 16 mois. L'évolution était marquée par l'installation d'une insuffisance rénale fonctionnelle avec une hypoalbuminémie et une protéinurie en rapport avec un syndrome néphrotique induit par le traitement immunosuppresseurs. Le deuxième enfant a présenté à la naissance une détresse respiratoire avec un tirage sus-sternal et un stridor persistant. Une compression des voies aériennes supérieures par la masse cervicale kystique a été suspectée. Une IRM cervicale et du massif facial a conduit à un lymphangiome macro-kystique sus-mandibulaire bilatéral responsable d'un rétrécissement modéré de la filière pharyngo-laryngée supérieure sans extension intra-médiastinale. Compte tenu du caractère macro-kystique et les extensions du lymphangiome, l'indication chirurgicale était risquée et il y a eu recours à la corticothérapie intraveineuse. L'évolution a été marquée par la régression de la détresse respiratoire sous Solumédrol. L'enfant a bénéficié ultérieurement d'une sclérothérapie avec une légère amélioration.

Conclusion

Le lymphangiome kystique est une pathologie rare sans être exceptionnelle. La prise en charge doit être multidisciplinaire. La sclérothérapie suivie d'une chirurgie d'exérèse représente le traitement de choix. Cependant de nouveaux médicaments ont révolutionné la prise en charge médicale des lymphangiomes kystiques diffus non opérables mais parfois au dépend d'effets indésirables.

P60 - Appendice caudal chez le nouveau-né : à propos d'un cas de diagnostic postnatal

O. Zitouni, N. Kasdallah, S. Blibech, A. Ayadi, S. Khemiri, A. Amri, H. Ben Salem, M. Douagi

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie

Introduction

L'appendice caudal, ou queue humaine, est une anomalie congénitale très rare située dans la région lombosacroccocygienne. Son diagnostic prénatal est possible

Objectifs

Décrire cette entité anatomique et exposer les diagnostics différentiels et le pronostic de l'appendice caudal.

Matériel et méthodes

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né (NN) porteur de cette malformation rare de découverte postnatale.

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né (NN) de sexe masculin admis pour l'exploration d'une masse sacro-coccygienne. Il est issu d'un mariage consanguin. La grossesse s'est déroulée sans incidents avec des échographies morphologiques considérées sans anomalies. L'examen à la naissance a révélé une malformation sacro-coccygienne appendiculaire, médiane, charnue, de plus que 6 cm de longueur avec une terminaison kystique à contenu translucide. L'examen neurologique était normal. L'IRM vertébro-médullaire centrée sur la masse a éliminé un spina bifida et a évoqué un tératome. Le bilan malformatif et tumoral (IRM cérébro-médullaire, échographie abdomino-pelvienne et dosage des marqueurs tumoraux) était négatif. Le NN a bénéficié d'une résection chirurgicale de l'appendice à l'âge de 2 mois avec des suites simples. L'histologie de la pièce opératoire a conclu à un lipome.

Conclusion

L'appendice caudal est un des marqueurs de dysraphisme spinal, au même titre qu'une touffe de poils ou qu'un hémangiome. Le risque est le syndrome de moelle attachée avec les complications neurologiques qu'il peut entraîner.

P61 - Hémangiomatose congénitale miliaire. A propos d'un prématuré

A. Amri, N. Kasdallah, MY. Aissa, H. Ben Salem, M. Nawar, S. Blibech, M. Douagi
Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie

Introduction

Les hémangiomes sont les tumeurs les plus fréquentes de l'enfant, avec une pré-

valence de 10 %. L'hémangiomatose miliaire néonatale est une tumeur vasculaire rare disséminée. Les hémangiomes sont plus fréquents chez les prématurés et les nouveau-nés de faible poids de naissance. Leur origine est inconnue. Le diagnostic est clinique et la biopsie est souvent inutile.

Objectifs

Décrire l'hémangiomatose miliaire chez le nouveau-né et ses aspects diagnostics et évolutifs.

Matériel et méthodes

Nous rapportons un cas néonatal d'hémangiomatose miliaire congénitale sans localisations profonde.

Résultats

Un nouveau-né (NN) de sexe féminin a été admis à H3 de vie pour la prise en charge d'une détresse respiratoire néonatale. Elle est le deuxième enfant d'un couple non consanguin. La grossesse était sans particularités. La naissance s'est faite par césarienne pour souffrance fœtale aigüe à 35SA + 4 jours, eutrophique (poids à la naissance à 2740 g) avec une bonne adaptation. L'examen à l'admission a objectivé un NN sans dysmorphie crânio-faciale, porteur d'une cinquantaine de lésions cutanées diffuses sur tout le corps, de différents types : taches érythémateuses ou violacées, plaques indurées, voire ulcérées ; de tailles différentes (0,3 à 2 cm). Elle était en DRNN aggravée en rapport avec une maladie de membranes hyalines qui a été jugulée par une ventilation conventionnelle et l'administration du surfactant exogène. La NFS était normale notamment pas de thrombopénie. L'imagerie (échographie abdominale, échographie transfontanelle et IRM cérébrale) n'a pas objectivé d'hémangiomes profonds. L'évolution des lésions cutanées s'est faite vers l'ulcération et la régression spontanée et progressive à partir de J4 de vie. A J15 de vie il n'en restait qu'une quinzaine de lésions infra centimétriques noires.

Conclusion

Une surveillance clinique rapprochée et un bilan de dépistage hépatique (échographie et IRM) sont nécessaires dans le suivi de l'hémangiomatose miliaire néonatale en vue de gérer les formes compliquées.

P62 - Vitamine K à la naissance : à ne pas négliger

A. Guizani, I. Selmi, E. Mermech, Z. Khlayfia, J. Kanzari, H. Ouerda, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie de l'Hôpital Mongi Slim La Marsa

Introduction

Le syndrome hémorragique du nouveau-né (SHNN) se manifeste par des saignements inattendus, souvent sous forme d'hémorragie gastro-intestinale, d'écchymoses, et dans bien des cas, d'hémorragie intracrânienne. Le SHNN est généralement causé par des réserves prénatales insuffisantes en vitamine K, combinée à une quantité faible de vitamine K dans le lait. Une injection unique de vitamine K par voie intramusculaire (IM) à la naissance peut la prévenir avec efficacité.

Objectifs

Etudier les particularités cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives d'un cas de syndrome hémorragique du nouveau-né.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective d'un cas de maladie hémorragique du nouveau-né vécu dans le service

Résultats

BK nouveau-né de sexe masculin, admis à J5 de vie pour convulsions. Issu d'un mariage non consanguin. Accouchement par VB à un terme de 38 SA + 3j avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. L'histoire de la maladie remonte au jour de son admission marquée par la survenue de plusieurs crises convulsives tonico-cloniques de l'hémicorps gauche de durée variable (1 – 3 min), avec hyporéactivité et un refus de téter. A l'arrivée au service, le nouveau-né a présenté une récurrence des convulsions. La CAT immédiate était : Bolus de gardéna, Oxygénothérapie, Dextro : 0,83 g/l. L'examen a noté un nouveau-né apyrétique, une pâleur cutanéomuqueuse, une hypotonie généralisée, une hyporéactivité manifeste, Succion faible, bombement de la fontanelle avec un bon état hémodynamique et respiratoire. Au bilan biologique, il avait une anémie normochrome normocytaire à 9.6 et un taux de plaquettes normal. TCD négatif et CRP négative.

Au bilan d'hémostase, le TP était bas à 20% et le TCA allongé 82''/30'' (rapport = 2.73), Fibrinogène à 4.47 g/l. Un Scanner cérébral a été réalisé après stabilisation du patient et a mis en évidence de multiples hématomes cérébraux avec une hémorragie méningée. Le patient a reçu en urgence une injection de Vitamine K : 5 mg en IV, une transfusion de PFC et une transfusion de sang iso groupe iso rhésus. L'évolution a été marquée par l'installation d'un état de mal convulsif 3 heures après son admission. Le nouveau-né a reçu un bolus de Rivotril avec relais par voie IV en continu. Le bilan de contrôle (H12 après l'admission) : TP = 68% ; TCA = 41.8 '' NFS : Hb = 11.3 g/dl, Facteur V = 95% Le scanner de contrôle fait au bout de 48 h montre une diminution de la taille des hématomes avec régression de l'hémorragie méningée. En vérifiant sur le carnet de santé, le nouveau-né n'avait pas reçu sa dose de Vit K1 préventive à la naissance. Le nouveau-né a été mis sortant au bout de 23 jours d'hospitalisation sous Rivotril par voie orale. Il n'a pas gardé de séquelles sur le plan sensitivomoteur. Bon développement psychomoteur à l'âge de 8 mois.

Conclusion

Le syndrome hémorragique du nouveau-né est une pathologie qui peut être source de séquelles neurosensorielles graves et voire même de décès. L'injection de Vitamine K à la naissance est un geste simple, mais d'un grand apport qui permet d'éviter la survenue de cette pathologie.

P63 - Le syndrome d'interruption de la tige pituitaire et conception par fécondation in-vitro : à propos d'une observation néonatale

J. Ben Hefaieth, N. Kasdallah, S. Blibech, A. Ayadi, S. Khemiri, O. Zitouni, A. Amri, MY. Aissa, H. Ben Salem, M. Douagi

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie

Introduction

Le syndrome d'interruption de la tige pituitaire (SITP) est une anomalie congénitale rare qui touche l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il est à l'origine d'une insuffisance endocrinienne multiple pouvant toucher tous les axes hormonaux et engendrer un pan-hypopituitarisme. Il est souvent d'origine génétique impliquant des mutations intervenants dans la genèse de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Objectifs

Exposer à travers une observation néonatale conçue par fécondation in-vitro (FIV) les différents aspects cliniques, biologiques, radiologiques et évolutifs du SITP.

Matériels et méthodes

Etude d'une observation néonatale d'un SITP chez un nouveau-né conçu par une technique de procréation médicalement assistée

Résultats

Un nouveau-né de sexe masculin, est le premier enfant d'un couple non consanguin. Sa mère est âgée de 37 ans et suivie pour névrose d'angoisse. La grossesse est conçue par FIV et sous psychotrope. Les échographies anténatales étaient sans anomalies. Il est né à terme, par césarienne avec bonne adaptation à la vie extra-utérine et une trophicité normale. Il avait un myxoœdème et un micropénis avec des testicules en place. Il a présenté une détresse respiratoire immédiate transitoire, une hypoglycémie chiffrée à 0.26 g/l et un ictère nu apparu à J4 de vie à prédominance de bilirubine non conjuguée. Devant la réunion de ces arguments cliniques, un bilan hormonal a été fait montrant une cortisolémie basse à 8 ng/ml associée à une ACTH basse inférieure à 7 pg/ml, une hypothyroïdie centrale avec TSH élevée, un taux d'IGF1 normal, un taux de FSH et LH bas avec des valeurs respectives à 0.1 mUI/ml et 0.17 mUI/ml, une 17 OH progestérone normale, une testostéronémie basse à 0.11 ng/ml. En résumé, il s'agit d'un tableau d'une insuffisance hypophysaire avec atteinte de l'axe corticotrope, thyroïdienne et hypogonadisme hypogonadotrophique. Une imagerie par résonance magnétique cérébrale pratiquée à J5 de vie a montré une agénésie de la tige pituitaire avec ectopie de la post-hypophyse. Le nouveau-né a été mis alors sous un traitement substitutif de l'axe corticotrope et thyroïdienne. L'évolution à court terme a été marquée par l'absence de récurrence de l'hypoglycémie, une nette diminution de l'ictère et une absence de troubles ioniques.

Conclusion

L'association de la FIV à l'utilisation de psychotrope à la période embryonnaire serait-elle à l'origine du SITP ? Le SITP reste une urgence diagnostique et thérapeutique puisqu'il peut engager le pronostic vital à court terme et le pronostic fonctionnel neurologique à long terme. Le pronostic dépend de la précocité de la mise sous traitement substitutif.

P64 - La toxoplasmose congénitale : un cas en 2018

N. Brahim, I. Selmi, E. Mermech, H. Ouerda, Z. Khlayfia, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie Hôpital Mongi Slim La Marsa

Introduction

La toxoplasmose congénitale est une embryo-fœtopathie caractérisée par des lésions oculaires, viscérales ou intracrâniennes secondaires à une primo-infection maternelle par *Toxoplasma gondii*. Le tableau clinique est très variable. L'infection précoce peut provoquer l'avortement ou la mort fœtale in utero. Une infection plus tardive se manifeste par des anomalies neuro-ophtalmiques.

Objectifs

Etudier les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la toxoplasmose congénitale.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective d'un cas de toxoplasmose congénitale vécu dans le service pendant l'année 2018.

Résultats

Il s'agit du nouveau né Yasmine de sexe féminin, aux antécédents familiaux de consanguinité 2ème degré, mère G2P2, 30 ans, grossesse suivie en ville, la sérologie toxoplasmose était négative au premier trimestre mais n'a pas été contrôlée au cours de la grossesse, la mère avait une immunité contre la rubéole. Les échographies du premier et du deuxième trimestre étaient sans anomalies, l'écho T3 faite au terme de 34 SA a montré une hydrocéphalie bilatérale avec dilatation ventriculaire bilatérale, la sérologie toxoplasmose a objectivé une séroconversion avec des IgM et IgG positives. Le test d'avidité était à 0.21 signifiant une infection entre le 3ème et le 6ème mois de grossesse. L'amnio-caryotype était normale. L'IRM cérébrale fœtale a montré une ventriculomégalie des deux ventricules latéraux associée à des calcifications ainsi qu'une lésion de la corne temporale gauche d'allure ischémique. Le bébé est née par césarienne à 35 SA + 6 jours pour utérus cicatriciel et RPM de 48 heures avec PN à 2600g et bonne adap-

tation à la vie extra utérine. Le traitement de la toxoplasmose congénitale a été entamé depuis J1 de vie après confirmation sérologique par Malocide 1mg /kg/j, Adiazine 100mg/kg/j et Acide folinique 2 cp/semaine. Les sérologies CMV et HSV1 étaient par ailleurs négatives. L'ETF a confirmé la ventriculomégalie. La RET CAM a montré une atteinte de l'œil droit avec double foyers rétiniens avec hémorragie étendue et exsudation. La surveillance s'est poursuivie régulièrement dans notre consultation avec ajustement des doses thérapeutiques selon le bilan de contrôle devant la neutropénie survenue à 3 reprises. La durée totale du traitement était de 1 an avec suivi sérologique régulier ; l'arrêt a été décidé devant la négativation des IgM avec un taux résiduel très faible d'IgG. L'évolution a été marquée par la survenue d'une crise convulsive tonique à l'âge de 3 mois avec récurrences fréquentes justifiant sa mise sous anticonvulsivant. L'IRM cérébrale a été faite à l'âge de 14 mois montrant une importante hydrocéphalie au dépend des ventricules latéraux prédominant à gauche avec séquelles de destruction parenchymateuse temporale bilatérale. Actuellement, le nourrisson est âgé de 1 an 8 mois présente un retard de développement psychomoteur et suivi dans la consultation neuropédiatrie pour encéphalopathie convulsivante sévère avec une prise en charge en médecine physique.

Conclusion

La toxoplasmose congénitale sévère est toujours d'actualité dans notre pays. Le pronostic dépend de l'âge gestationnel lors de l'infection maternelle et de la rapidité du traitement pré et postnatal. L'information et la sensibilisation des femmes enceintes doivent être améliorées afin d'assurer une meilleure prise en charge devant cette pathologie évitable.

P65 - Myéloméningocèle paralytique et considérations éthiques périnatales.

A. Amri, N. Kasdallah, A. Ayadi, H. Ben Salem, S. Blibech, M. Douagi.

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie

Introduction

La myéloméningocèle (MM) est une anomalie complexe de fermeture du tube neural. Elle est pourvoyeuse d'handicap chez l'enfant. De diagnostic anténatal

possible dans les formes tumorales, sa prise en charge est pluridisciplinaire pour avant passer par une chirurgie réparatrice in-utéro.

Objectifs

Exposer les considérations éthiques et les difficultés de prise en charge d'un spina bifida de diagnostic prénatal

Matériel et méthodes

Nous rapportons l'observation d'une forme complexe de point de vue éthique d'une MM avec refus parental d'interruption médicale de grossesse (IMG), abstention neurochirurgicale et évolution neuro-motrice favorable.

Résultats

Un nouveau-né de sexe féminin a été admis à la naissance pour prise en charge de spina bifida. Il s'agissait du premier enfant d'un couple non consanguin et d'une mère âgée de 27ans. La grossesse était marquée par la découverte à 22 SA d'une MM lombosacrée associée à une malformation d'Arnold Chiari et un cervelet en voie d'engagement. L'imagerie par résonnance magnétique (IRM) de 28 SA n'a pas retrouvée ces deux signes. L'IMG a été refusée par les parents. L'accouchement a été fait par voie haute à 38SA+4jours. Le nouveau-né était eutrophique, PN : 3200 g, avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. L'examen a montré une myéloméningocèle lombosacrée de 8 cm de diamètre rompue, avec paraplégie flasque, insensibilité jusqu'aux genoux et incontinence sphinctérienne. Le nouveau-né a été confié à ses parents après concertation avec l'équipe de neurochirurgie et l'impossibilité de résection anastomose en peau à peau saine. Elle a développé à J5 de vie une méningite à pseudomonas et à klebsiella pneumoniae, traitée par rifampicine et céfixime et compliquée de convulsion et de persistance du syndrome inflammatoire. Elle a été de nouveau confiée à ses parents. L'évolution ultérieure a été spectaculaire avec disparition des signes inflammatoires, une amélioration des signes neurologiques avec apparition d'une mobilité et d'une sensibilité aux membres inférieurs. L'RM cérébrale faite à 4 mois a objectivé une hydrocéphalie sus tentorielle tri ventriculaire sans signe de résorption trans-épendymaire. Avec un recul de 17 mois, la fille a un développement psychomoteur satisfaisant avec un excellent contact et une paraplégie flasque autorisant une marche assez stable sous rééducation motrice fonctionnelle.

Conclusion

L'évolution de ce nouveau-né illustre la complexité du pronostic des spina bifida aperta de diagnostic prénatal. Les considérations éthiques sont exposées en anténatal, en postnatal et tout au long de la prise en charge infantile de cette enfant.

P66 - Insuffisances de promotion de l'allaitement maternel : Rôle des professionnels de santé

M. Benali, F. Ayari, T. Sayari, E. Cherifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (1)

Introduction

Les bénéfices de l'allaitement maternel (AM) pour la santé de l'enfant et de la mère sont connus. Le rôle des professionnels de santé dans la promotion de l'AM est déterminant.

Objectifs

Notre travail avait pour objectif d'identifier les insuffisances de la promotion de l'AM par les professionnels de santé.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale incluant les femmes ayant accouché au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis. Un questionnaire préétabli évaluant l'AM dès la préparation prénatale jusqu'à la sortie de la maternité a été donné aux parturientes.

Résultats

Nous avons interrogé 111 mères. Environ 12% des femmes voulant un AM exclusif de leur bébés étaient obligés d'introduire le lait artificiel en maternité à cause de difficulté de la tétée. Seules 20 femmes (18%) ont bénéficié d'une éducation sur l'allaitement maternel durant le suivi de la grossesse. L'éducation a concerné l'intérêt de la mise au sein précoce dans la moitié des cas (N=11/20) et la technique de l'allaitement dans un quart des cas (N=5/20). Le contact peau à

peau en salle de naissance n'était pratiqué que dans 20.7% des cas. La majorité des mères (82.9%) n'ont pas bénéficié d'aide à la première mise au sein. La première mise au sein a été faite en moyenne 12 heures après la naissance. La technique de la tétée était incorrecte dans 43.6% des cas. Le biberon et la sucette ont été utilisés en maternité dans 69.4% et 13.5% des cas respectivement.

Conclusion

La participation des professionnels de santé dans le soutien de l'AM était insuffisante. La promotion de l'AM doit obligatoirement passer par une formation de l'équipe soignante avant de viser la femme enceinte ou allaitante.

P67 - Le travail de la femme et l'allaitement maternel : État des lieux et perspectives

M. Benali, F. Ayari, T. Sayari, E. Cherifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem,

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (1)

Introduction

Malgré l'amélioration des lois et des conditions du travail de la femme allaitante, la conciliation entre le travail et l'allaitement maternel (AM) est toujours problématique et reste la principale cause de sevrage précoce de l'AM.

Objectifs

L'objectif de ce travail était de comparer l'initiation et la poursuite de l'AM chez la femme ayant une activité professionnelle et la femme au foyer.

Matériel et méthodes

Dans une étude descriptive longitudinale, nous avons interrogé des femmes ayant accouché au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur l'initiation et la poursuite de l'AM. La population incluse a été divisée en deux groupes selon le travail de la femme avant l'accouchement.

Résultats

Parmi les 60 mères interrogées, 23 femmes avaient un travail fixe et 37 femmes

étaient au chômage. Deux tiers (65%) des femmes ayant une profession avaient un niveau d'éducation supérieur au secondaire (vs 49% des femmes au foyer, NS). Les mères ayant un travail avant l'accouchement bénéficiaient plus fréquemment d'une éducation sur l'AM pendant le suivi de la grossesse (30% vs 19%). Avant l'accouchement, l'AM exclusif était le mode d'allaitement envisagé par 97% des femmes au foyer et 78% des femmes qui travaillent (p=0.027). A la sortie de la maternité, le taux d'AM exclusif était le même dans les deux groupes (78%). Les femmes qui travaillaient avaient plus de difficulté de tétée dans les premières 48 heures (78% vs 73%). La technique de la tétée était correcte chez 65% des femmes ayant une activité professionnelle et chez 54% des femmes au foyer. La poursuite de l'AM était moins fréquente chez les femmes qui travaillent à l'âge de 3 mois (42% vs 50%) et 6 mois (16% vs 37%) sans que la différence ne soit significative. La reprise du travail était la principale cause de sevrage d'AM chez les mères qui travaillaient (61%).

Conclusion

Le travail de la femme était associé à des difficultés de l'initiation et de la poursuite de l'AM, ce qui nécessite plus de soutien et d'encouragement de la femme allaitante dans le milieu professionnel. Même si l'AM chez la femme au foyer reste aussi insuffisant.

P68- Nævus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire: à propos d'un cas

R. Ben Khelifa, I. Selmi, E. Mermech, R. Ben Aziza, Z. Khlayfia, H. Ouerda, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

Service de Pédiatrie et Néonatalogie Hôpital Mongi Slim La Marsa

Introduction

Le nævus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire (NEVIL) est une variante rare de nævus épidermique. C'est une malformation caractérisée par une hyperplasie épidermique bénigne qui se présente cliniquement sous forme de lésions linéaires unilatérales hyperkératosiques. Il est généralement présent à la naissance, survient de manière sporadique et touche les deux sexes de manière équivalente.

Objectifs

Etudier les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives du nævus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire.

Matériel et méthodes

Etude d'une observation clinique.

Résultats

Il s'agit du nouveau né AM de sexe masculin, issu d'un mariage non consanguin, d'une grossesse bien suivie, né à terme avec bonne adaptation à la vie extra-utérine, eutrophique, sans antécédents périnataux. Il est admis à j18 de vie pour rectorragie de faible abondance. L'examen à l'admission a révélé un nouveau né eutrophique, ayant un bon tonus axial et périphérique, stable sur le plan hémodynamique. Par ailleurs, on a découvert un relief papuloverruqueux brunâtre suivant les lignes de Blaschko au niveau du dos du pied droit et des plaques circonscrites de forme allongée, érythématosquameuses d'aspect psoriasiforme au niveau de la main droite. Ces lésions sont caractérisées par leur topographie unilatérale. L'interrogatoire a confirmé leur caractère congénital. Le diagnostic de nævus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire était évoqué sur les données cliniques. Un traitement local initialement par dermocorticoïdes et émoullients a été prescrit. L'évolution était marquée par une amélioration progressive. Un suivi ultérieur a été indiqué pour détecter d'éventuelles anomalies de certains systèmes : nerveux, squelettique, cardiovasculaire et urogénital, pouvant accompagner l'atteinte cutanée.

Conclusion

Le nævus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire est caractérisé par des lésions cutanées résultant d'un phénomène de mosaïcisme génomique. Il apparaît dans l'enfance et subit des poussées inflammatoires. L'association à des manifestations extra cutanées, surtout osseuses ou neurologiques, constitue le syndrome de nævus épidermique. Le traitement idéal n'existe pas. Les corticoïdes locaux sont peu efficaces, et l'exérèse chirurgicale est parfois indiquée. Le laser CO2 pourrait trouver sa place dans cette indication avec des résultats satisfaisants.

P69 - Modalités de prise en charge du pneumothorax dans une unité de réanimation néonatale

F. Ayari, R. Amdouni, E. Cherifi, S. Jaouhari, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

Le pneumothorax (PNO) chez le nouveau né (NN) constitue une pathologie assez fréquente et particulière associé à un risque significativement élevé de morbidité et de mortalité durant la période néonatale. Sa fréquence est de 1-2%, et peut toucher jusqu'à 30% des NN sous ventilation mécanique. Le PNO présente une urgence vitale dans les unités de soins intensifs néonataux. Sa prise en charge optimale nécessite d'en connaître la physiopathologie, d'en faire le diagnostic rapidement et de connaître parfaitement les différentes modalités thérapeutiques et leurs techniques propres afin de ne pas retarder le traitement.

Objectifs

Décrire les modalités de prise en charge du PNO dans une unité de soins intensifs.

Matériel et méthodes

C'est une étude longitudinale, prospective, descriptive et comparative intéressant 50 nouveau-nés ayant un PNO admis au service de néonatalogie et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période d' un an.

Résultats

On a noté une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,94, cette étude n'a rapporté aucun PNO chez un NN post-terme (42 SA). Le PNO était spontané chez 16 NN (32%), il était spontané primaire chez 12 nné et spontané secondaire chez 4 NN et secondaire chez le reste des cas. On a noté encore une prédominance unilatérale droite des PNO à 58%. Le PNO était de faible abondance chez 25 NN, de moyenne abondance chez 14 nné et compressif chez 11 NN. Seulement sept NN ont eu une injection de surfactant avant l'installation du PNO. Aucun NN n'a bénéficié de l'attitude conservatrice sans oxygène. L'oxygénothé-

rapie pour maintenir une saturation correcte a été prescrite chez 3 NN (6%). L'hy-peroxie « nitrogen washout » a été prescrite chez cinq NN. L'exsufflation a été pratiquée dans 42 cas (84%) et elle était suivie d'un drainage thoracique dans 35 cas. L'emploi de CPAP nasale a été noté dans sept cas (14%). Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 31 NN (62%). La prescription du monoxyde d'azote (NO) s'est faite chez 12 NN (24%) essentiellement lors de l'installation de l'hypertension artérielle pulmonaire. La surveillance de l'évolution du PNO s'est basée sur la réalisation d'une radiographie de thorax. La résorption du PNO que ce soit spontanément, par exsufflation et/ou drainage thoracique s'est faite chez 27 NN (54%), elle s'est faite dans les premières 24 heures chez 12 NN, entre H24 et H72 chez huit cas et au delà de H72 chez sept NN. On a noté une aggravation du PNO dans 15 cas (30%). Le décès était dû soit au PNO lui-même qui était suffocant d'emblée dans 12 cas (24%), l'absence de machine pour une ventilation dans deux cas (4%) et à une autre cause que le PNO chez 16 NN (32%).

Conclusion

Le PNO chez le nouveau-né est une affection fréquente et particulièrement grave durant la période néonatale. Les signes radiologiques ne sont pas forcément cor-rélés à la sévérité clinique du PNO. Aucun score fondé sur les anomalies radiolo-gique n'a été proposé. Les modalités de prise en charge dépendaient de la sévérité du tableau clinico-radiologique.

P70 - La mortalité néonatale très précoce : Agir sur les facteurs de risque

F. Ayari, R. Amdouni, E. Cherifi, M. Mayel, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

La mortalité néonatale est un des contingents majeurs de la mortalité infantile dans les pays en voie de développement. Vouloir faire baisser le taux de mortalité néo-natale passe impérativement par la réduction du taux de la mortalité néonatale pré-coce notamment la mortalité néonatale très précoce (l'ensemble des nouveau-nés décédés dans les premières 24 heures) qui reste un indicateur fiable de la qualité des soins dans un établissement, dans un pays et à une époque donnée.

Objectifs

Cette étude a été menée pour identifier les déterminants de la mortalité néonatale très précoce dans le service de réanimation néonatale au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée au service de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de 9 mois. On a inclus tous les nouveau-nés ayant un âge gestationnel supérieur à 27 semaines d'aménorrhée révolues avec un poids de naissance supérieur à 700 grammes.

Résultats

Durant cette période d'étude on a recensé 9803 naissances vivantes dont 1036 prématurés. Parmi ces naissances vivantes 3560 nouveau-nés ont été admis au service de réanimation néonatale dont 150 décès. Dans cette étude on a noté 23 nouveau-nés décédés dans les 24 premières heures de vie. La prévalence de mortalité néonatale très précoce était de 2.36 pour milles de naissances vivantes. Un décès néonatal très précoce est survenu chez 17 prématurés versus 6 nouveau-nés à terme. On a noté dans cette étude les principaux facteurs de risque de mortalité néonatale très précoce dont la réanimation à la naissance qui multipliait 5,6 fois ce risque ($p=0.0002$; IC [1,16 – 32,6]), L'asphyxie périnatale qui augmentait 10 fois ce risque ($p<0.001$; IC[3.47 - 29.3]) ainsi les malformations du système nerveux central qui multipliaient ce risque par 6,1 ($p=0.004$; IC [1.16 - 32.6]). Les causes de décès très précoces chez les prématurés étaient l'asphyxie néonatale (7cas), la détresse respiratoire néonatale (5 cas), les malformations congénitales (4 cas) et l'infection materno-foetale (1 cas). Par contre les causes de décès très précoce chez les nouveau-nés à terme étaient les malformations congénitales (3 cas) et l'asphyxie périnatale (3 cas)

Conclusion

La mortalité néonatale demeure encore élevée en particulier la mortalité néonatale précoce. D'où il est important de faire un bon suivi des grossesses, d'assister les accouchements par des personnels qualifiés, de prévenir les causes de prématurité et de souffrance néonatale et améliorer les infrastructures néonatales en fournissant un équipement adéquat pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés en détresse

P71 - La Laryngomalacie néonatale : diagnostic et prise en charge

N. Kolsi, H. Kamoun, M. Charfi, C. Regaieg, A. Ben Hmed, A. Ben Thabet, N. Hmida, R. Regaieg, A. Bouraoui, A. Gargouri.

Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax.

Introduction

La laryngomalacie est la cause la plus fréquente de stridor chez le nouveau-né. Elle est souvent associée à des difficultés d'alimentation. Le diagnostic est posé par la nasofibroscopie. Le traitement repose sur les mesures hygiéno-diététiques et la prise en charge d'un éventuel reflux associé. Les indications chirurgicales restent réservées aux cas les plus graves.

Objectifs

Préciser les aspects cliniques de la laryngomalacie, les comorbidités associées, les moyens de diagnostiques et la prise en charge.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective portant sur 7 cas de laryngomalacie pris en charge dans le service de néonatalogie du CHU hedi chaker Sfax sur une période de 6 ans (2013-2019)

Résultats

Nous avons colligé 7 cas de laryngomalacie, deux garçons et cinq filles. Toutes les grossesses étaient bien suivies, une gémellaire, le reste mono fœtale. Quatre cas ont été nés par césarienne et 3 par voie naturelle. Une prématurité à 32 SA était notée dans un cas et 6 grossesses étaient menées à terme. Le poids de naissance moyen était à 3600 grammes (extrêmes 1600g et 4950g). Un seul nouveau né s'est mal adapté à la vie extra utérine. Tous les nouveaux nés ont été admis, un cas pour détresse respiratoire immédiate, cinq pour détresse respiratoire secondaire associé à des fausses routes et un cas pour prématurité. Le stridor était présent chez tous les nouveau-nés associé à une dyspnée inspiratoire dans tous les cas et à des fausses routes dans 5 cas. Un nouveau-né avait une agénésie du corps calleux et 5 cas avaient un reflux associé. La calcémie était normale dans toutes les situations. Le diagnostic a été porté par la nasofibroscopie dans six cas et par la laryngoscopie indirecte dans une situation. Le délai moyen de diagnostic était de 9 jours (extrêmes 1j et 2 mois). Les résultats ont montré 4 cas de laryngomalacie stade I, 2 cas stade II et 1 cas causant une obstruction sur la glotte

où un acte chirurgicale a été réalisé en urgence à j2 de vie. Une paralysie des cordes vocales associée à été trouvée dans 1 seul cas. L'évolution était favorable dans 6 cas sous mesures hygiéno-diététiques et le traitement du reflux. Un seul cas a nécessité une chirurgie. Les signes cliniques ont disparu dans un délai moyen de 4 mois (extrême 1 mois et 1 an).

Conclusion

Devant tout stridor d'allure congénitale, une nasofibroscopie doit être indiquée dans les plus proches délais pour permettre un diagnostic de certitude de cette pathologie et une prise en charge adéquate pour éviter des complications parfois redoutables.

P72 - Evaluation de la technique INSUREX pour l'administration du surfactant exogène

R. Abdelkrim (1), A. Ben Thabet (1), M. Charfi (1), C. Regaieg (1), N. Kolsi (1), A. Ben Hamed (1), N. Hmida (1), R. Regaieg (1), A. Bouraoui (1), J. Jdidi (2), A. Gargouri (1),

Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax (1)

Service de médecine communautaire et épidémiologie, CHU Hédi Chaker de sfax (2),

Introduction

La ventilation artificielle a été, pendant plusieurs années, la seule méthode d'administrer le surfactant exogène. L'approche INSUREX est une technique moins invasive visant à réduire les complications de la ventilation.

Objectifs

Comparer la morbidité de deux groupes de nouveau-nés selon la technique d'administration du surfactant exogène et analyser les circonstances d'échec de la technique INSUREX.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, comparative et analytique portant sur les nouveau-nés d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée, qui ont reçu du surfactant dans le service de néonatalogie du CHU Hedi Chaker de Sfax entre le 1er janvier 2017 jusqu'au 31 décembre 2018.

Résultats

Nous avons colligé 142 observations de NNs atteints de la MMH ayant reçu du surfactant exogène. Le taux d'utilisation de la technique INSUREX était de 54,2% (77 cas) contre 45,8% pour la technique surfactant-ventilation artificielle (65 cas). Les caractéristiques générales relatives aux mères, aux grossesses et aux accouchements étaient comparables entre les deux groupes. La médiane du terme à la naissance était de 30 SA pour le groupe INSUREX et de 31,2 SA pour le groupe surfactant-VA. Le score d'Apgar à la cinquième minute a été significativement plus bas chez le groupe VA. L'application précoce de la N-CPAP était plus fréquente pour le groupe INSUREX (45,5% versus 21,6%). Le taux d'échec de la technique INSUREX était de 24,7%. L'absence d'administration d'une dose de charge de caféine, la nécessité d'une 2ème dose du SE et une durée totale de la CPAP inférieure à 48 heures étaient des facteurs associés à l'échec. La méthode VA était associée à une incidence plus élevée d'instabilité hémodynamique et de persistance du canal artériel. Par ailleurs, le devenir respiratoire et neurologique à court et moyen à terme étaient comparables dans les 2 groupes. Quatre malades ont développé une dysplasie bronchopulmonaire. Le taux de mortalité a été de 28,2 %. Les apnées semblent être un facteur de surmortalité dans le groupe INSUREX.

Conclusion

La morbidité a été comparable entre les 2 groupes. Nos critères de choix de la méthode standard étaient les troubles hémodynamiques et le score d'Apgar bas. La CPAP appliquée précocement semble augmenter la chance de succès de la méthode INSUREX. Son utilisation dès la salle de naissance pourrait améliorer le pronostic de ces enfants.

P73 - Difficulté de prise en charge d'un tératome congénital du palais associé à une fente palatine

**C. Regaieg (1), H. Khanfir (1), M. Charfi (1), J. Anouar (1), N. Kolsi (1),
A. Ben Hamed (1), A. Bouraoui (1), N. Hmida (1), F. Karray (2), K. Kolsi (3),
A. Ben Thabet (1), A. Gargouri (1),**

Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax (1),

Service d'anesthésie et réanimation, CHU Hédi Chaker de sfax (2),

Service de maxillo-facial, CHU Habib Bourguiba de sfax (3).

Introduction

Les tumeurs congénitales de la cavité buccale peuvent affecter le développement normal des structures adjacentes. En effet, elles peuvent être responsables de certaines malformations orofaciales. Nous présentons un cas de tératome congénital du palais associé à une fente palatine qui a posé un problème d'anesthésie pré-opératoire.

Objectifs

Décrire la difficulté de prise en charge d'un cas de tératome congénital du palais associé à une fente palatine.

Matériel et méthodes

Nous présentons un cas de tératome congénital du palais associé à une fente palatine qui a posé un problème d'anesthésie pré-opératoire.

Résultats

Observation: Un nouveau-né (Nné) de sexe féminin est issu d'une mère âgée de 29 ans, IIG IIP, un enfant vivant. L'échographie anténatale faite à la 23ème semaine d'aménorrhée a détecté une fente labiale. L'accouchement était à terme par césarienne programmée avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. Le Nné était eutrophique. L'examen a montré la présence d'une masse buccale de 4*2 cm de diamètre obstruant partiellement la bouche de consistance molle se rapportant à une base large avec le palais associée à une fente labio-palatine droite. La fille a présenté un stridor léger sans signes de détresse respiratoire. L'alimentation orale était possible malgré quelques difficultés à téter. L'imagerie par résonance magnétique du massif facial a montré la fente labio-alvéolo-vélo-pa-

latine droite et elle a mis en évidence une formation oblongue en regard accolée en haut et en arrière du palais et faisant une protrusion au niveau de la cavité buccale, de signal hétérogène, à composante graisseuse prédominante, évoquant un tératome mature. Ces données prévoyait alors une intubation difficile voire même impossible ce qui posait un problème pour l'anesthésie générale. Finalement l'exérèse de la tumeur a été réalisée à J 30 de vie après intubation orotrachéale et en présence d'un médecin ORL prêt à réaliser une trachéotomie en urgence en cas de besoin. Les suites opératoires étaient simples et le nouveau-né a été extubé 24 heures après l'acte. L'examen anatomopathologique a conclu à un tératome mature du palais. Après un recul de 9 mois, la fille présente un bon développement psychomoteur et staturo-pondéral. Une plastie palatine est programmée à l'âge de 10 mois.

Conclusion

Les tératomes congénitaux de la cavité buccale sont des tumeurs rares dont le pronostic est essentiellement lié aux troubles respiratoire et nutritionnel. L'objectif principal est d'assurer la liberté des voies aériennes grâce à une prise en charge pluridisciplinaire bien adaptée.

P74 - Un Pneumothorax Spontané Néonatal révélant une Malformation Adénomatoïde Kystique du Poumon Gauche associée à une Agénésie Lobaire Droite: A propos d'un cas.

M. Elouaer, K. Lassoued, B. Fathallah Baccar, J. Kanzari, A. Guedria, K. Chraïet.

Pédiatrie Hopital Mohamed Tlatli de Nabeul.

Introduction

La malformation adénomatoïde kystique du poumon (MAKP) est une pathologie rare mais reste la plus fréquente des malformations pulmonaires congénitales observées chez l'enfant (25%) pouvant être seule ou associée à d'autres malformations. La survenue d'un pneumothorax spontané est une manifestation atypique de la MAKP surtout à la période néonatale. Nous présentons l'observation d'un nouveau né à terme qui a été admis pour une détresse respiratoire néonatale immédiate et légère. Cependant, la radiographie thoracique a révélé un pneumothorax compressif nous poussant à rechercher une malformation associée expliquant la discordance clinico-radiologique.

Objectifs

Nous rapportons les particularités de cette présentation clinique et rappelons que le manque de connaissance de cette pathologie peut induire des erreurs diagnostiques ainsi que thérapeutiques.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective à partir du dossier médical

Résultats

Un nouveau-né accouché par voie basse à terme, était admis à H4 de vie pour une détresse respiratoire immédiate et légère. Il était eutrophique. A l'inspection, il avait un bombement de l'hémithorax gauche. L'auscultation a montré une déviation des bruits du cœur à droite avec un état hémodynamique stable. La radiographie thoracique a révélé un pneumothorax gauche complet et compressif avec une déviation du médiastin à droite. Devant la stabilité de son état respiratoire et hémodynamique, nous avons opté pour une prise en charge expectative. Un complément scanographique était réalisé objectivant de multiples lésions kystiques du lobe inférieur gauche compatibles avec une malformation adénomatoïde kystique. Ainsi qu'une agénésie lobaire droite. L'évolution était favorable avec sevrage de l'oxygène au bout de 5 jours et une bonne tolérance du biberon. Le dossier était discuté avec les chirurgiens pédiatres et la décision était de le suivre régulièrement et de contrôler le scanner thoracique à l'âge de 6 mois.

Conclusion

La MAKP associée à une agénésie lobaire est une pathologie très rare et exceptionnellement révélée par un pneumothorax. C'est alors qu'un pneumothorax spontané néonatal doit faire rechercher une cause sous-jacente. Le traitement du pneumothorax par hyperoxie est une alternative.

P75 - Anévrisme de la veine de Galien chez le nouveau-né : à propos de trois cas

R. Sghir, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Bellalah, H. Ayache, A. Ghaith, H. Menaâ, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui

Service de réanimation et de médecine néonatale, centre maternité et néonatalogie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie.

Introduction

La malformation anévrysmale de la veine de Galien (MAVG) est une malformation vasculaire congénitale caractérisée par la dilatation d'une veine embryonnaire précurseur de la veine de Galien. Il s'agit d'une lésion développée dans la période embryonnaire, sporadique, plus fréquente chez le garçon. C'est une lésion rare, avec moins de 800 cas décrits dans la littérature.

Objectifs

Nous rapportant à travers trois observations ses aspects cliniques, ses difficultés thérapeutiques et son mauvais pronostic.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective sur trois cas

Résultats

Observation 1 : Nouveau-né (NN) de sexe masculin, issu d'une grossesse au cours de laquelle on avait découvert à 30 SA une hypotrophie fœtale, une absence de visualisation des structures médianes du cerveau, une ventriculomégalie et une image liquidienne paramédiane avec un flux turbulent au doppler couleur. Il existait en outre une dilatation des cavités cardiaques droites. L'accouchement est survenu à 41SA d'un garçon eutrophique décédé très rapidement dans un tableau d'insuffisance cardiaque sévère. Le diagnostic d'une MAVG a été confirmé à l'autopsie. Observation 2 : NN de sexe masculin, né à un terme de 41SA avec découverte à 30SA d'une hydrocéphalie et une cardiomégalie. L'examen à la naissance avait noté une macrosomie, une macrocraînie à 37cm, une hypotonie globale, un souffle cardiaque 3/6 et une hépatomégalie. La radiographie thoracique avait montré une cardiomégalie à 0.67 et l'échocardiographie avait objectivé une HTAP importante à 77 mmHg. L'ETF avait confirmé l'hydrocéphalie avec

la présence d'une cavité kystique pré médiane en regard du V3. Le diagnostic de MAVG a été confirmé par un angioscanner cérébral. L'évolution était fatale dans un tableau d'insuffisance cardiaque sévère. Observation 3 : Nouveau-né de sexe masculin, issu d'une grossesse sans incident, né par césarienne en urgence à 39 SA pour souffrance fœtale aigue. Le PN était de 3150g avec un PC à 36 cm. L'examen à la naissance avait noté une dysmorphie faciale, une détresse respiratoire sévère, un teint grisâtre, un souffle cardiaque et une hépatomégalie. L'échocardiographie avait montré une importante dilatation des cavités droites, une Insuffisance tricuspide avec des veines pulmonaires non visualisées orientant vers un retour veineux pulmonaire anormal qui a été infirmé par l'angioscanner thoracique. En réexaminant le NN et à l'auscultation de la fontanelle antérieure nous avons découvert un souffle d'où la suspicion d'une MAVG qui a été confirmée par l'ETF et angioscanner cérébral. Le NN est décédé à j5 de vie dans un tableau d'insuffisance cardiaque sévère.

Conclusion

La majorité des cas d'anévrisme de la veine de Galien sont diagnostiqués en période post-natale. Le tableau initial d'insuffisance cardiaque est assez fréquent. Le pronostic est réservé devant la sévérité de la détresse neurologique et hémodynamique.

P76 - Ictère néonatal à bilirubine non conjuguée : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs

A. Dkhil, W. Barbaria, H. Sahnoun, S. Trabelsi (1), I. Chelly, I. Khamassi.

Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte

Introduction

L'ictère à bilirubine non conjuguée est une pathologie fréquente pendant la période néonatale. Cette coloration jaunâtre est l'expression d'une adaptation métabolique physiologique de la bilirubine. Il s'agit d'une préoccupation « quotidienne » en milieu pédiatrique.

Objectifs

Préciser les caractéristiques cliniques, étiologiques et thérapeutiques de l'ictère à bilirubine non conjuguée chez le nouveau-né (NN).

Matériel et méthodes

Étude rétrospective descriptive au sein du service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital universitaire de Bizerte. Nous avons inclus tous les nouveau-nés hospitalisés ayant présenté un ictère à bilirubine non conjuguée pendant la période du 01/01/2019 au 1/12/2019.

Résultats

Nous avons colligé 66 nouveau-nés pendant la période d'étude. Le sex ratio (M/F) était 1,5. L'ictère était constaté dans les premières 24 heures de vie dans 18,1% des cas. La consanguinité était retrouvée chez 4,5% des nouveau-nés. Les antécédents familiaux d'ictère étaient retrouvés chez un seul NN. L'âge gestationnel moyen est 37 semaines d'aménorrhées +3 jours. La prématurité était retrouvée chez 30,1% des NN. Le taux moyen de bilirubine libre était 177,62 $\mu\text{mol/l}$ avec des extrêmes entre 70 et 378 $\mu\text{mol/l}$. Le groupe sanguin le plus fréquent des NN était A positif (40%). Le groupe sanguin maternel était O positif dans 53% des cas. Le test de coombs direct était négatif dans la majorité des cas. L'ictère était physiologique chez 56,1% ds NN. L'infection materno fœtale était retrouvée chez 18,2% des NN. L'alloimmunisation dans le système ABO et rhésus était notée dans 21,2% et 3% des cas respectivement. L'abstention thérapeutique et la surveillance était indiquée pour la majorité des NN (51,5%). Parmi les NN ayant nécessité des scéances de photoythérapie, 7,5% ont eu une transfusion sanguine. L'évolution était favorable pour tous les NN.

Conclusion

L'ictère est une pathologie fréquente en période néonatale souvent bénigne. L'ictère était majoritairement physiologique dans notre série ne nécessitant aucun traitement. Ceci souligne l'importance de la surveillance de l'ictère par bilirubinomètre transcutané qui permet d'optimiser la prise en charge des NN en évitant les hospitalisations et les techniques invasives de prélèvement sanguin.

P77 - Aplasie cutanée circonscrite du vertex : A propos d'un cas

W. Tabka, O. Mghirbi, M. Bellalah, I. Kacem, H. Ayach, A. Ghaith, R. Labbaoui, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.

Service de réanimation et de médecine néonatale, centre maternité et néonatalogie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie.

Introduction

L'aplasie cutanée circonscrite du vertex (ACCV) ou aplasia cutis congenita, est une malformation rare du cuir chevelu, dont l'incidence est estimée à 0.5 à 3 /10 000 naissances. Elle est caractérisée par un défaut de développement du cuir chevelu et/ou de la voûte crânienne, pour lequel les lésions sont de sévérité variable. L'ACCV est souvent associée à des anomalies malformatives et elle entre dans la description d'un grand nombre de syndromes malformatifs.

Objectifs

Nous rapportons à travers une observation la prise en charge et l'évolution de cette maladie.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective à propos d'un cas

Résultats

Observation : Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, issu des parents cousins germains. La grossesse était menée à terme sans incident. L'accouchement était par césarienne pour souffrance fœtale aigue. A la naissance, on découvre une aplasie congénitale de cuir chevelu réalisant une zone ulcérée, érythémateuse, non hémorragique, grossièrement ovalaire de 10x12cm siégeant au niveau du vertex. Cette zone d'aplasie est associée à un défaut osseux à la palpation avec agénésie osseuse et mise à nu de la dure-mère sous-jacente. L'examen somatique notamment neurologique était sans particularité. Dans le cadre du bilan malformatif, l'échographie cardiaque, abdominale et transfontanellaire, étaient sans anomalies. La prise en charge initiale était médicale, avec des pansements gras, crème cicatrisante et une antibiothérapie locale, en attente d'un traitement chirurgical ultérieur notamment une greffe cutanée et le recouvrement du défaut osseux. L'évolution a été marquée par l'amélioration en quelques semaines de

l'état local, avec ramollissement des croutes, et rétraction de l'aplasie avec début de cicatrisation à partir des berges. Par ailleurs, Il n'y a pas eu de complications infections ou hémorragiques. Actuellement elle est suivie en parallèle à la consultation externe de chirurgie plastique et de néonatalogie en attendant un traitement chirurgical ultérieur.

Conclusion

L'ACCV est une malformation rare du cuir chevelu et mérite d'être connue car elle peut engager le pronostic vital chez le nouveau-né par ses complications hémorragiques et infectieuses. Sa prise en charge est assez délicate et multidisciplinaire. Le problème essentiel posé par l'ACCV, outre sa prise en charge, est de savoir si elle est isolée avec une évolution bénigne ou elle fait partie d'un syndrome polymalformatif nécessitant une prise en charge spécifique.

P78 - Beckwith–Wiedemann syndrome : A case report

A.Segni, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Bellalah, , H. Ayache, A. Ghaith, M. Taamli, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui

Department of Medicine and Neonatal Resuscitation of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia

Introduction

Beckwith Wiedeann syndrome (BWS) is a rare congenital overgrowth disorder, with an overall occurrence rate of 1/14000. The most common features of BWS include macrosomia, macroglossia, abdominal wall defects, an increased risk for childhood tumors, kidney abnormalities, hypoglycemia in the newborn period, and unusual ear creases or pits. We report a clinical observation of a neonate with genetic confirmation of BWS.

Objectifs

We report a clinical observation of a neonate with genetic confirmation of BWS.

Matériel et méthodes

A retrospective study of one case

Résultats

The patient was the second child of a consanguineous couple. TORSCH serology screening of mother was negative. pregnancy was conducted by strapping for a septate uterus. the morphological ultrasound showed an omphalocele. an antenatal karyotype concluded with a formula 46 XX. The neonate was delivered at term vaginally. The birth weight was 4500g. There were no immediate respiratory distress and no hypoglycemia. the newborn had a facial dysmorphism suggesting a Beckwith Wiedemann syndrome, such as macroglossia, unusual ear creases and abdominal wall defect omphalocele. The neonate was transferred to the pediatric surgery department and there were no post-operative complications. we completed with molecular analysis, which identified uniparental disomy at chromosome 11p15, which is compatible with Beckwith-Wiedemann syndrome confirming the diagnosis. Ultrasound Screening for malformations or tumor growth was normal. the neonate was discharged from hospital with a follow-up at the outpatient and remains healthy.

Conclusion

Patients with Beckwith Wiedemann should have regular screenings in order to detect potential cancers as early as possible. Prognosis is good and depends primarily on the status of the airway, on the early management of hypoglycemia if present, and on tumor screening.

P79 - Hypertension artérielle néonatale révélant une dysplasie fibromusculaire : A propos d'un cas.

M. Taamli, O. Mghirbi, M. Bellalah, I. Kacem, H. Ayache, S. Khenissi , S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.

Service de réanimation et de médecine néonatale, centre maternité et néonatalogie,
CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie.

Introduction

Les maladies rénovasculaires sont des causes rares d'hypertension artérielle (HTA) chez l'enfant et encore moins chez le nouveau-né (NN), mais elles sont responsables d'HTA sévère. Parmi ces maladies, la dysplasie fibromusculaire (DFM) est définie comme une maladie de la paroi artérielle et désigne un groupe de

maladies non athéroscléreuses et non inflammatoires des artères de moyen calibre. L'atteinte de l'artère rénale est la plus fréquente (60 à 100 %) et peut être asymptomatique ou se compliquer d'une HTA et/ou d'une altération de la fonction rénale.

Objectifs

Nous rapportons le cas d'un NN âgé de 5 jours qui présente une DFM de l'artère rénale révélée par une HTA sévère.

Matériel et méthodes

Étude rétrospective à propos d'un cas

Résultats

Il s'agit d'un NN de sexe féminin, né par césarienne en urgence à 37 SA pour prééclampsie sévère. Le NN était en état de mort apparente nécessitant son intubation puis son admission dans l'USI. Le NN a été pris en charge en encéphalopathie anoxo-ischémique grade III avec un état de mal convulsif. L'EEG a montré un tracé hypo-réactif traduisant une souffrance cérébrale diffuse. Son état hémodynamique s'est altéré nécessitant le recours aux drogues vasoactives pendant les premières 48 heures. Puis elle a développé une hypertension artérielle persistante et menaçante nécessitant sa mise sous Loxen en continu par voie IV. Dans le cadre du bilan de l'HTA, le bilan rénal et l'échographie doppler des artères rénales, étaient sans anomalie. L'échographie cardiaque n'a pas montré de coarctation de l'aorte, mais il y avait un doute sur une anomalie des arcs aortiques d'où l'indication d'un angioscanner thoracique au cours duquel on a profité pour faire un angioscanner rénal. Cet examen a infirmé la présence d'une anomalie des arcs aortiques, mais a révélé la présence d'un rein droit de taille diminuée avec une artère rénale droite grêle avec un aspect en collier évoquant une DFM. La TA s'est stabilisée sous bêta-bloquant (cardensiel*) et inhibiteur calcique (adalate*). Au cours du suivie la patiente a présenté des infections urinaires à répétition nécessitant un complément d'exploration par une UCR qui a révélé la présence d'un RVU grade II à droite et grade III à gauche et par une scintigraphie rénale qui a montré un rein gauche normal et un rein droit non fonctionnel. Par ailleurs, sa fonction rénale est restée correcte ainsi que sa TA.

Conclusion

La dysplasie fibromusculaire est une maladie vasculaire dont la révélation à la période néonatale est exceptionnelle. Si elle touche principalement les artères ré-

nales, il s'agit d'une maladie systémique et d'autres localisations doivent être systématiquement recherchées en particulier la localisation cérébrale.

P80 - Syndrome d'apert : à propos d'un cas

A. Segni, O. Mghirbi, I. Kacem, M. Bellalah, H. Ayache, N. Brini, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui

Service de réanimation et de médecine néonatale, centre maternité et néonatalogie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie.

Introduction

Le syndrome d'Apert ou acrocéphalosyndactylie est une maladie congénitale rare, associant une dysmorphie cranio-faciale et une syndactylie aux mains et aux pieds qui la différencie de la maladie de Crouzon. C'est une affection transmise selon un mode autosomique dominant, mais des cas sporadiques existent.

Objectifs

Nous rapportons une observation d'un syndrome d'Apert à travers laquelle nous illustrons les aspects cliniques de cette pathologie.

Matériel et méthodes

étude rétrospective à propos d'un cas

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin issu d'une grossesse gémellaire bi chorale bi amniotique induite par ICSI avec évanescence de son jumeau à 8 SA. L'échographie morphologique, faite à 28 SA, a montré un syndrome poly malformatif d'où une proposition d'IMG, refusée par les parents. Le nouveau-né est né par césarienne pour utérus cicatriciel avec une RPM de 24 heures à un terme de 36 SA +1 jour. A la naissance, le poids de naissance était de 2400 g, le score d'Apgar était à 7/9/9. Il présentait une dysmorphie faciale faite d'une craniosté-nose bi coronale, un aplatissement de l'occiput, un bombement frontal antérieur, une exophtalmie bilatérale, une ensellure nasale, une atrésie bilatérale des choanes, ceci est associé à une syndactylie des mains et des pieds (aspect en moufle des extrémités). Le nouveau-né était en détresse respiratoire sévère né-

cessitant son intubation par voie orotrachéale. Les radiographies du squelette notamment du crâne, des mains, des pieds, des articulations des membres et du thorax ont confirmé les signes cliniques déjà observés par clinique. Le bilan malformatif a montré, une CIA large de 4 mm, une dilatation pyélocalicielle bilatérale et une holoprosencéphalie type lobaire. L'étude génétique a confirmé le diagnostic du syndrome d'apert en révélant la présence d'une mutation délétère Ser252Trp à l'état hétérozygote au niveau de l'exon 7 du gène FGFR2.

Conclusion

La gravité du syndrome d'Apert réside dans l'association de plusieurs malformations notamment cardiaque et neurologique. Un conseil génétique est indispensable en cas de cas index pour aider à la prise de décision.

P81 - Le Reflux gastro-oesophagien (RGO) néonatal massif : Quelle Prise en charge ? A propos d'un cas.

Mghirbi, M. Bellalah, H. Ayache, A. Ghaith, M. Abdelli, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui.

Service de réanimation et de médecine néonatale, centre maternité et néonatalogie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie.

Introduction

Le RGO est un phénomène physiologique chez le nouveau-né. Il devient pathologique quand il est fréquent, prolongé avec accentuation des signes digestifs et retentissement respiratoire ou sur la courbe de croissance.

Objectifs

Connaitre le reflux gastro-œsophagien néonatal pathologique, ses particularités cliniques et diagnostiques et ses suites évolutives.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective à propos d'un cas

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin né à 36 SA, eutrophique, admis pour détresse respiratoire transitoire. A l'introduction de régime, il a présenté en post prandial immédiat une fausse route sévère avec pneumopathie d'inhalation sévère nécessitant une ventilation mécanique pendant 48H et la suspension de régime. L'examen clinique, ainsi qu'un examen ORL spécialisé, étaient sans anomalies. Un TOGD réalisé à 7ème jour de vie a révélé un RGO massif avec angle de His ouvert, sans image de fistule oesotrachéale. L'exploration endoscopique n'a pas montré de fistule. L'échographie cardiaque, abdominale et l'Angio scanner thoraco-abdominal sont revenus sans anomalies. Devant les récurrences des vomissements et des fausses routes sévères, il a bénéficié d'une gastrostomie d'alimentation servant de moyen d'alimentation progressive en association avec le lait anti-reflux enrichi, les prokinétiques et les inhibiteurs de la pompe à protons maintenus pendant un mois. L'évolution a été marquée par la persistance des fausses routes et le recours à l'alimentation continue par une sonde siliconée oeso-gastroduodénale pendant un mois puis par une sonde gastrique jusqu'à l'âge de 3 mois. On a noté une nette régression des symptômes après l'âge de 4 mois avec une alimentation fractionnée par biberon en association au traitement médical. Un asthme de nourrisson s'est installé nécessitant sa mise sous un traitement de fond. Il a été mis sortant à l'âge de 4 mois et demi, avec un bon rattrapage staturo-pondéral.

Conclusion

Le diagnostic de reflux gastro-œsophagien néonatal repose essentiellement sur la clinique. Le reflux maladie est rarement posé à cet âge, il est diagnostiqué lorsqu'il provoque des complications telles que des symptômes respiratoires, l'œsophagite et la cassure de courbe de croissance. Les examens complémentaires éliminent des diagnostics différentiels. Le traitement est essentiellement médical. La chirurgie a peu de place à cet âge.

P82 - Forme sévère de sphérocytose héréditaire à déclaration néonatale

M. Missaoui, F. Friha, B. Elleuch, R. Fatnassi, F. Maalej, K. Larbi, O. Mzoughi, I. Ben Fraj, R. Thebti, A. Marzouk, A. Bouaziz.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous

Introduction

La sphérocytose héréditaire(SH), appelée aussi maladie de Minkowsky Chauffard, est une maladie constitutionnelle du globule rouge.Elle est secondaire à un déficit quantitatif ou qualitatif de certaines protéines de la membrane érythrocytaire. Le mode de transmission est dominant dans 75% des cas. Elle peut être secondaire à une transmission autosomique récessive ou secondaire à des mutations de novo.

Objectifs

Les auteurs rapportent les particularités d'une forme sévère de sphérocytose héréditaire à déclaration néonatale.

Matériel et méthodes

Les auteurs rapportent les particularités d'une forme sévère de sphérocytose héréditaire à déclaration néonatale.

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, à terme, originaire de Djerba, issu d'un mariage non consanguin. Né par césarienne avec bonne adaptation à la vie extra utérine. Il est hospitalisé à J3 de vie pour un ictère cutanéomuqueux intense (constaté dès j1 de vie) sans hépatosplénomégalie.Le bilan biologique a montré une hyperbilirubinémie à prédominance non conjuguée à 540,8 $\mu\text{mol/l}$, un taux d'Hb =10,8g/dL, des GR=3090000/mm³, VGM=99fL, CCMH=35.3pg/dL ,GB=11190,PQ=313000, une CRP négative. Le nouveau-né était de groupe sanguin O positif, la mère était de groupe sanguin A positif, le TCD était négatif. Le frottis sanguin a noté la présence de nombreux microsphérocytes évalués à environ 15 à 20% sans autres anomalies desGR. La prise en charge a inclus plusieurs séances de photothérapie intensive associées à une perfusion intraveineuse d'al-

bumine avec une bonne évolution. L'anémie s'est accentuée au cours des premiers jours de vie avec recours à une transfusion de culot globulaire phénotypé, irradié à j4 de vie pour une anémie à 10,3g/dL. Une 2^{ème} transfusion était nécessaire à j16 de vie devant une anémie à 8,7g/dL. Par ailleurs, un traitement par érythropoïétine est débuté à j16 de vie. L'enquête familiale : père, âgé de 42 ans, est suivi pour une anémie d'étiologie non précisée, test de résistance osmotique aux solutions hypotoniques a été demandé confirmant le diagnostic de sphérocytose (diminution de 25.6 % de la fluorescence par rapport aux hématies témoins) . La mère est sans antécédents pathologiques. Le frère aîné âgé de 10 ans, est en bonne santé apparente. Le test de résistance osmotique aux solutions hypotoniques est en cours chez notre patient et pour son frère aîné

Conclusion

La sphérocytose héréditaire est une maladie génétique à pénétrance incomplète, caractérisée par une hétérogénéité phénotypique et génotypique, souvent méconnue comme cause de l'hyper bilirubinémie néonatale. La forme néonatale sévère est rare, le diagnostic est facile, surtout en cas d'antécédents familiaux. Sa prise en charge est lourde, nécessitant des transfusions répétées, les patients sont généralement splénectomisés à l'adolescence.

P83 - Chylothorax congénital de grande abondance : diagnostic, prise en charge et suites évolutives chez un trisomique 21

I. Kacem, S. Gazzeh, O. Mghirbi, M. Bellalah, M. Abdelli, H. Ayache, A. Ghaith, J. Methlouthi, S. Nouri, N. Mahdhaoui.

Service de réanimation et de médecine néonatale, centre maternité et néonatalogie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie.

Introduction

Le chylothorax est une pathologie congénitale rare, mettant potentiellement en jeu le pronostic vital. Sa prévalence est estimée à 1/15 000 nouveau-nés. Il est défini par la fuite anormale de chyle et son accumulation dans l'espace pleural. C'est une complication peut s'intégrer dans le cadre syndromique y compris la Trisomie 21 comme c'était le cas de notre patient.

Objectifs

Décrire les particularités cliniques et paracliniques du chylothorax congénital, et orienter la stratégie thérapeutique.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective à propos d'un cas

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né sexe masculin, de mère âgée de 33 ans, avec la découverte anténatale au 3ème trimestre d'un épanchement pleural gauche de grande abondance. Il est né à terme par césarienne pour souffrance fœtale aigue. Il a présenté une détresse respiratoire néonatale immédiate et sévère nécessitant l'intubation. La radiographie de thorax et l'échographie pleurale faites en urgence ont confirmé l'hydrothorax de grande abondance. On a procédé en urgence par une ponction évacuatrice ramenant 110 ml de liquide jaunâtre. Le diagnostic de chylothorax a été retenu devant une pleïocytose à 4000 éléments/mm³ à prédominance lymphocytaire (90%) et une hypertriglycémie à 180mg/dl. L'évolution ultérieure était marquée par l'amélioration respiratoire et il a été extubé au 3ème jour avec relais par lunettes à haut débit pendant 7 jours. Malgré la persistance échographique de l'épanchement on n'a plus reponctionné et il a régressé spontanément. Le nouveau-né est mis sous nutrition parentérale totale pendant 5 jours puis alimenté progressivement par les hydrolysats de protéines de lait de vache sans récurrence de l'épanchement. Un caryotype a confirmé la trisomie 21. L'échographie cardiaque, abdominale et transfontanelle étaient normales.

Conclusion

Le traitement du chylothorax est essentiellement médical permettant en 1er lieu l'évacuation de la cavité pleurale (ponction/drainage), en 2ème lieu la réduction de la production de chyle par la nutrition parentérale totale initialement puis relayée par un régime à base de dérivé lacté riche en triglycides à chaînes moyennes qui à elles seules peuvent résoudre le problème et si échec passer par l'administration d'octréotide et ses dérivés. La chirurgie dirigée par la scintigraphie pulmonaire reste réservée pour les cas compliqués.

P84 - L'hypertension artérielle chez le nouveau-né :

Pensez à la coarctation de l'aorte !

K. Larbi, H. F. Friha, O. Mzoughi, F. Maalej, R. Fatnassi, B. Elleuch, M. Missaoui, A. Marzouk, I. Ben Fraj, R. Thabti, A. Bouaziz.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous

Introduction

La coarctation est une sténose aortique localisée à la jonction de l'arche distale et de l'aorte descendante juste en dessous de l'émergence de l'artère sous Clavière gauche. C'est une malformation assez fréquente, représente 5 à 9% des cardiopathies congénitales. Le tableau clinique et les résultats de l'imagerie chez le nouveau-né sont différents de ceux du grand enfant.

Objectifs

Rapporter un cas de coarctation de l'aorte chez un nouveau-né révélée par une hypertension artérielle.

Matériel et méthodes

Etude descriptive à propos d'un cas

Résultats

Mahdi, nouveau-né de sexe masculin né d'une mère âgée de 36 ans, G5 P1 A4 sans antécédents pathologiques particuliers. La grossesse était mal suivie compliqué d'un diabète gestationnel et l'échographie morphologique n'a pas été faite. Il est issu d'un mariage non consanguin à terme de 33SA et 3 jours avec une mauvaise adaptation à la vie extra utérine (score d'Apgar : 2/5/5/8). Il est né par césarienne indiquée devant la souffrance fœtale aigue. A la naissance il a été traité pour une IMF probable, puis pour une infection nosocomiale avec une bonne évolution. A j 9 de vie, il a présenté une tachycardie sinusale à 170 bat /min avec hypertension artérielle (TA= 10/6). A la radiographie thoracique, il avait un cœur en sabot avec un ICT à 0.67. Une échographie cardiaque faite en urgence a objectivé une cardiomyopathie hypertrophique sans autres anomalies notables. L'échographie –doppler rénale était normale. Le bilan métabolique a objectivé : rénine plasmatique élevée à 804 pg/ml et aldostérone active plasmatique élevée à 3263 pmol/l. L'angioscanner thoracique a montré un aspect

en faveur d'une coarctation aortique (CoAo) isthmique courte modérée avec une hypoplasie de l'aorte abdominale sous rénale associée. Le malade a été mis sous normocardyl avec normalisation des chiffres tensionnels. L'examen ophtalmologique était normal avec un contrôle radiologique prévu après un an.

Conclusion

Si la CoAo est une pathologie relativement fréquente, son dépistage anténatal demeure difficile, nécessitant une expertise particulière. Les manifestations cliniques sont variables selon la localisation, les fréquentes malformations cardiaques associées et l'âge. Le bilan postnatal souligne l'intérêt du scanner pour faire le bilan morphologique et fonctionnel de la CoAo. Le traitement est chirurgical ou endovasculaire, avec surveillance échographique et IRM pour la surveillance d'éventuelles complications.

P85 - Le syndrome de Perlman : A propos d'un cas.

K. Larbi, H. F. Friha, O. Mzoughi, F. Maalej, R. Fatnassi, B. Elleuch, M. Missaoui, A. Marzouk, I. Ben Fraj, R. Thabti, A. Bouaziz.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous

Introduction

Le syndrome de Perlman est principalement caractérisé par un polyhydramnios, une macrosomie néonatale, des tumeurs rénales bilatérales (harmatomes avec ou sans néphroblastomatose), une hypertropie des îlots de Langerhans et une dysmorphie faciale. A ce jour, environ 30 cas ont été rapportés dans la littérature.

Objectifs

Rapporter les signes cliniques et paracliniques qui font évoquer le syndrome de Perlman.

Matériel et méthodes

Etude descriptive à propos d'un cas.

Résultats

Loujayn, nouveau née de sexe féminin, issue d'un mariage consanguin, d'une

mère âgée de 35 ans sans antécédents particuliers .La grossesse était mal suivie, sans dysgravidie, l'anamnèse infectieuse était négative. Elle est née à terme par césarienne pour hydramnios, le poids à la naissance à 4365g et l'Apgar =4/6/9. A l'examen, elle avait une dysmorphie faciale qui comprend des cheveux dressés sur la partie antérieure du cuir chevelu, une racine du nez déprimée, un aspect hypotonique avec bouche ouverte, une lèvre supérieure proéminente et une légère micrognathie. Son abdomen est très distendu avec une hernie de la ligne blanche et hypoplasie de la paroi abdominale. Elle avait une hypotonie axiale et périphérique. A l'échographie abdominale, elle avait une ascite de grande abondance avec des reins augmentés de taille dédifférenciés. L'ETF a révélé une hypoplasie du corps calleux. L'échographie cardiaque est sans anomalies. Elle avait une hypothyroïdie avec à l'échographie cervicale : thyroïde de volume normale sans nodules individualisables. Elle a été mise sous traitement à j9 de vie .Elle faisait plusieurs épisodes d'hypoglycémie et mise sous diazoxide pour un hyperinsulinisme probable après un bilan étiologique exhaustif. Une biopsie rénale à visé diagnostique a été prévue mais annulée devant un bilan d'hémostase perturbé. Elle est décédée à j 56 de vie dans un tableau infectieux.

Conclusion

Le syndrome de Perlman est de mauvais pronostic avec un taux élevé de mortalité, particulièrement dans la période néonatale, à cause de complications septiques ou d'une insuffisance respiratoire. Deux tiers des enfants ayant survécu à la période néonatale ont développé une tumeur de Wilms et la plupart ont présenté un certain degré de retard du développement. Néanmoins, le cas d'une fille âgée de neuf ans et pré ans sentant un développement psychomoteur normal a été rapporté.

P86 - Un céphalématome néonatal révélant une hémophilie A

I. Bel Hadj, F. Nasri, I. Trabelsi, M. Ben Romdhane, S. Hamouda, K. Boussetta.

Médecine Infantile B.

Introduction

Les accouchements dystociques sont souvent à l'origine de céphalématomes qui régressent spontanément en quelques jours. Cependant, l'importance de la taille d'un céphalématome ou son évolution inhabituelle doivent faire recher-

cher d'autres causes à ce saignement notamment les troubles de l'hémostase. L'hémophilie A est une maladie hémorragique héréditaire liée à un déficit en FVIII, de transmission récessive liée à l'X. Elle peut se révéler, dans les formes sévères, par un syndrome hémorragique néonatal.

Objectifs

Nous proposons de rapporter l'observation d'une hémophilie A révélée par un céphalhématome néonatal.

Matériel et méthodes

Description rétrospective d'une observation clinique

Résultats

H.H.A est un nouveau-né de sexe masculin, issu d'un mariage consanguin de premier degré, de mère primipare. Il est né à terme par voie basse par ventouses avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Il a présenté dès la naissance deux céphalhématomes imputés à l'accouchement par ventouses. Les parents ont consulté à J8 de vie pour ictère et pâleur cutanéomuqueuse. L'examen a trouvé un nouveau-né ictérique, pâle et ayant une hypotonie axiale. Il présentait deux céphalhématomes de 7 cm de grand axe. Il avait une anémie à 5,8 g/dl ayant nécessité une transfusion en urgence. L'imagerie cérébrale a montré une collection extra axiale sous durale frontale gauche de 35×15 mm. Le bilan d'hémostase a montré un TP normal, un TCA allongé corrigé et un facteur VIII effondré < 1%. Le nouveau-né a reçu 20UI/kg de concentré de facteur VIII en intraveineux avec une évolution favorable.

Conclusion

L'enquête familiale est indispensable pour l'identification des mères conductrices. Elle permet de proposer un diagnostic prénatal, mais également de prendre les précautions nécessaires en périnatal et de réaliser un bilan d'hémostase le plus tôt possible chez le nouveau-né de sexe masculin.

P87 - Pneumothorax chez le nouveau-né : une expérience en unité de néonatalogie de niveau II

K. Larbi, H. Friha.f, Mzoughi.o, Maalej .f, Fatnassi. R, Elleuch. B, Missaoui. M, Marzouk. A, Ben Fraj. I, Thabti. R, Bouaziz. A.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous

Introduction

Le pneumothorax survient plus fréquemment pendant la période néonatale que pendant toute autre période de la vie et est associé à une mortalité et une morbidité accrues. Plusieurs facteurs de risque de pneumothorax, y compris la pathologie respiratoire, l'assistance respiratoire invasive et non invasive, et les prédicteurs de la mortalité ont été décrits.

Objectifs

Évaluer la prévalence du pneumothorax et identifier ses facteurs de risque, décrire les caractéristiques cliniques et les modalités thérapeutiques et évolutives du pneumothorax chez le nouveau-né.

Matériel et méthodes

Cette étude rétrospective descriptive a inclus tous les nouveau-nés hospitalisés dans l'unité de néonatalogie, entre 2018 et 2019, ayant développé un pneumothorax. Les données recueillies comprenaient: les données démographiques et périnatales, les caractéristiques du pneumothorax, la classification, le traitement et les aspects évolutifs.

Résultats

Notre étude a inclus 14 nouveau-nés, avec un sex-ratio de 2/1. L'âge gestationnel moyen est de 32 semaines (extrêmes : (28-41 SA) et le poids de naissance moyen est de 2095 g (extrêmes : 1600-3860). La prévalence dans notre unité était de 1,5%. Le pneumothorax était associé au syndrome de détresse respiratoire et à la tachypnée transitoire du nouveau-né dans 100% des cas .La ventilation non invasive (NCPAP) était un facteur de risque indépendant pour le développement de pneumothorax. Le taux de mortalité était de 50%. La grande prématurité et le caractère bilatéral du pneumothorax se sont révélés être des prédicteurs de mortalité chez les nouveau-nés et le pneumothorax en soi était un prédicteur de mortalité.

Conclusion

Le pneumothorax est relativement fréquent en unité de néonatalogie. Ses facteurs de risque et ses prédicteurs de mortalité doivent être connus afin de prévenir et de traiter cette situation critique. Le pneumothorax lui-même était un prédicteur de mortalité, probablement en raison d'une prise en charge limitée par les moyens disponibles.

P88 - Prise en charge de la fièvre néonatale : Expérience d'un service de pédiatrie générale

I. Bel Hadj, M. Ben Ali, M. Ben Romdhane, I. Brini, F. Khalsi, K. Boussetta.

Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza (1),

Introduction

La fièvre chez le nouveau-né est un signe d'alarme justifiant une hospitalisation systématique et souvent une antibiothérapie probabiliste immédiate dans la crainte d'une infection bactérienne sévère. Le service de Médecine Infantile B a adopté une prise en charge dynamique et adaptée de la fièvre néonatale selon des critères cliniques, biologiques et bactériologiques.

Objectifs

Notre objectif était de décrire l'expérience du service de Médecine Infantile B dans la prise en charge des nouveau-nés hospitalisés pour fièvre.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective transversale incluant tous les nouveau-nés hospitalisés pour fièvre entre janvier 2018 et décembre 2019 dans le service de Médecine Infantile B.

Résultats

Nous avons inclus 50 nouveau-nés. Leur âge moyen était de 13 ± 8 jours (2-28 jours). La fièvre était associée à une mauvaise tolérance hémodynamique dans 2 cas (4%). La ponction lombaire a été pratiquée dans seulement 56 % des cas (N=28/50), elle était négative dans 89% des cas (N=26/28). Les principales étio-

logies de la fièvre étaient une infection virale (46%), une infection bactérienne néonatale (38%) et une fièvre d'exposition (16%). Les infections bactériennes néonatales (N=19) avaient une localisation urinaire dans 7 cas, méningée dans 1 cas, cutanée dans 1 cas et indéterminée dans 10 cas. Une antibiothérapie probabiliste a été prescrite chez 48% des patients pendant une durée moyenne de 7 ± 3 jours (3-18 jours). La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 ± 3 jours (2-18 jours). L'évolution a été favorable dans tous les cas.

Conclusion

La fièvre néonatale peut être le signe d'une infection néonatale bactérienne grave, mais dans de nombreux cas, elle est bénigne, d'origine virale ou exogène. Une prise en charge réfléchie permet de limiter les prélèvements biologiques et bactériologiques, de diminuer la prescription inutile d'antibiotiques et de limiter les durées d'hospitalisations.

P89 - Granulomatose septique chronique à révélation néonatale : A propos d'un cas

K. Larbi, H. Friha.f, Mzoughi.o, Maalej .f, Fatnassi. R, Elleuch. B, Missaoui. M, Marzouk. A, Ben Fraj. I, Thabti. R, Bouaziz. A.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous

Introduction

La granulomatose septique chronique (GSC) est un déficit immunitaire primitif de l'immunité innée caractérisé par des infections graves et répétées causées par des bactéries et des champignons (appelées infections invasives) mais aussi des complications inflammatoires qui peuvent être invalidantes (colite inflammatoire, atteinte uro-vésicale, atteinte pulmonaire,...). C'est une maladie génétique rare dont la fréquence estimée est d'environ 1/250 000.

Objectifs

Rappeler les signes cliniques devant évoquer le diagnostic de GSC ainsi que ses modalités de prise en charge.

Matériel et méthodes

Etude descriptive à propos d'un cas.

Résultats

Zeineb, née à terme par voie basse d'une mère âgée de 28 ans GII PII sans antécédents particuliers avec notion de consanguinité du 1^{er} degré et de décès en bas âge dans la famille. Elle a été admise à la naissance pour une infection materno-foetale asymptomatique avec une bonne évolution après 5 jours d'antibiothérapie. A l'âge de 16 jours, elle a été réadmise pour une septicémie à point de départ indéterminé traitée par cefotaxime puis imipenem. A j 24 de vie zeineb a présenté une lésion au niveau de la grande lèvre qui s'est abcédé secondairement avec extension au pli de l'aîne. A la biologie elle avait une hyperleucocytose à 26 000 à PNN. L'écouvillonnage du pus est revenu positif à entérocooccus multirésistant. La biopsie cutanée a montré une inflammation microabcédée et fistulisée à inflexion pyo-épithélioïde sans agent pathogène évident. Devant ce tableau le déficit immunitaire a été suspecté : le dosage pondéral des immunoglobulines a été normal pour l'âge, alors que les tests d'exploration fonctionnelle du polynucléaire étaient en faveur du diagnostic de granulomatose septique chronique. La sérologie de l'aspergillose est revenue négative. La patiente a été mise sortante sous Sporanox, Bactrim et un traitement local. L'évolution a été favorable avec début de cicatrisation des lésions et un bon état général après un recul d'un mois et demi.

Conclusion

Le pronostic de La GSC est directement lié au risque accru des infections graves. Grâce à un diagnostic et une prophylaxie anti-infectieuse précoces, les patients parviennent à l'âge adulte et peuvent mener une vie familiale et professionnelle normale.

P90 - La mortalité néonatale précoce chez le nouveau-né à terme

F. Ayari, S. Thabti, E. Cherifi, M. Rebhi, Y. Sdiri, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

Le taux de mortalité néonatale précoce représente le nombre de décès au cours des sept premiers jours de vie inclus. Elle reste toujours aussi préoccupante et demeure un problème de santé publique à l'heure actuelle où l'un des objectifs du millénaire est la réduction de 2/3 du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Objectifs

Citer les facteurs impliqués dans la mortalité précoce chez le nouveau-né à terme

Matériel et méthodes

Notre étude était descriptive et rétrospective de type cas - témoin. Elle a concerné 48 cas de décès néonataux précoces et 96 nouveau-nés hospitalisés et guéris dans la même période colligés au sein du service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de 9 mois, du 1er Janvier au 30 septembre 2017. Nos critères d'inclusion étaient tous les nouveau-nés admis au service de réanimation néonatales du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis ayant un âge gestationnel supérieur à 37 SA révolus avec un poids de naissance >700 grammes.

Résultats

L'âge moyen de la mère était de 29 ans + 6,3 avec des extrêmes de 19 et 43 ans sans influence sur la mortalité néonatale. - Environ 92 % des pères exerçaient une profession contre 53,3 % des mères. La profession de la mère n'influençait pas la mortalité néonatale précoce. - Parmi les 48 nouveau-nés inclus, on notait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,57. Soixante sept pour cent des décédés étaient des garçons. On ne notait aucune influence du sexe sur la mortalité - Le poids moyen des nouveau-nés était de 3080g + 570gr .99% des accouchements s'étaient déroulés en milieu hospitalier avec 64 % de césarienne et l'utilisation de manœuvres instrumentales dans 5,3 % des cas. Le mode d'accouchement avait une influence sur la mortalité, la césarienne était protectrice.

L'indice d'APGAR a été côté chez tous les NN nouveau-nés et était = à 6 à 5 minute dans 29,10 % des cas. La faiblesse de cet indice (APGAR = 6) constituait un facteur de mortalité néonatale précoce avec une différence significative ($p < 10^{-5}$). 41 % des nouveau-nés avaient reçu des gestes de réanimation à la naissance.. Les principaux motifs d'admissions étaient constitués par 'lasphyxie périnatale, les les malformations congénitals et la détresse respiratoire. Le diagnostic de sepsis sévère compliquant une infection materno-fœtale était posé dans plus de la moitié des cas .Près des $\frac{3}{4}$ des enfants ont bénéficié d'un traitement antibiotique. Les affections qui avaient une influence sur la mortalité étaient : l'infection maternofoetale, l'encéphalopathie anoxo-ischémique, l'inhalation méconiale avec une différence significative ($p < 0,05$).

Conclusion

La mortalité néonatale précoce est un drame silencieux et représente un Problème majeur de santé publique. Certes des progrès importants ont été Enregistrés au cours des dix dernières années, mais le niveau de cette mortalité reste très élevé et reflète la qualité encore insuffisante des soins obstétricaux et néonataux surtout dans les pays en voie de développement.

P91 - Syndrome de DiGeorge

R. Fatnassi, F. Friha, O. Mzoughi, B. Elleuch, M. Missaoui, K. Larbi, F. Maalej, R. Thebti, A. Marzouk, A. Bouaziz.

Service de pédiatrie et néonatalogie hôpital régional Ben Arous.

Introduction

Le syndrome de DiGeorge (DGS) est une maladie génétique, connue sous le nom de suppression 22q11.2. Il correspond à une combinaison de signes et de symptômes causés par des défauts dans le développement des structures dérivées de la troisième et la quatrième arcade pharyngée lors de l'embryogenèse.

Objectifs

à la lumière d'une nouvelle observation, rappeler les caractéristiques cliniques, biologiques et pronostiques du syndrome de DiGeorge

Matériel et méthodes

à la lumière d'une nouvelle observation, rappeler les caractéristiques cliniques, biologiques et pronostiques du syndrome de DiGeorge

Résultats

Un nouveau-né de sexe féminin, sans antécédents particuliers, est issu d'un mariage non consanguin. La grossesse était bien suivie. L'échographie morphologique n'a pas été faite. Elle est née par césarienne pour myopie forte chez la mère avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Elle a été admise à J8 de vie pour bronchiolite sévère. L'examen initial avait noté une polypnée, des signes de lutte, des scarifications sur le tronc et les quatre membres, une dysmorphie faciale (hypertélorisme, pointe du nez bulbeuse, petite bouche et lèvres minces) et un souffle cardiaque. La radiographie de thorax a montré l'absence de thymus et une cardiomégalie. Elle a été mise sous monitoring cardio-respiratoire continu avec une fréquence cardiaque normale et une saturation sanguine en oxygène à 80- 90% sous ventilation non invasive par lunette à haut débit. Sur le plan biologique, on a noté un syndrome inflammatoire avec une ascension progressive des troponines. le nouveau-né a été traité par antibiotiques et mis sous drogues inotropes. L'échographie cardiaque a montré une atrésie pulmonaire à septum ouvert (APSO) avec une CIV et des collatérales aorto-pulmonaires majeures. Le nouveau-né a présenté une hypocalcémie sévère symptomatique de convulsions. Devant l'association de la dysmorphie faciale, la cardiopathie congénitale, l'hypocalcémie et l'absence de thymus, le syndrome de DiGeorge a été évoqué et la confirmation par la biologie moléculaire est en cours.

Conclusion

Le syndrome de DiGeorge est l'un des syndromes de suppression 22q11. Il est caractérisé par une malformation cardiaque, une hypocalcémie et un thymus absent ou hypoplasique. Le pronostic de ce syndrome est lié à la cardiopathie associée et au degré du déficit immunitaire.

P92 - Thrombophlébite cérébrale néonatale: A propos de 3 observations

F. Mezghani, L. Essid, N. Ben Aba, I. Jebli, S. Rhayem, F. Fedhila, S. Haddad, M. Khemiri

Service de Médecine Infantile A; Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis

Introduction

La présentation clinique des thrombophlébites cérébrales néonatales se caractérise par la rareté des déficits neurologiques focaux, leur prise en charge reste à notre jour non consensuelle.

Objectifs

Identifier les différentes présentations cliniques de la thrombophlébite cérébrale chez le nouveau né.

Matériel et méthodes

Nous rapportons l'observation de trois nouveaux nés hospitalisés dans l'unité de néonatalogie du service de médecine infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis et ayant présenté une thrombophlébite cérébrale néonatale.

Résultats

Les deux premiers nouveaux nés ont été hospitalisés pour détresse respiratoire néonatale, le premier a présenté une crise convulsive au cours de son hospitalisation, avec somnolence et irritabilité, il avait une thrombose du sinus sagittal supérieur. Le second était porteur d'un syndrome de Pierre Robin, l'échographie trans-fontanelle (ETF) faite dans le cadre du bilan malformatif a montré une thrombose du sinus longitudinal supérieur. Le troisième nouveau né a été hospitalisé pour fièvre aiguë, avec à l'examen hypotonie et mauvaise et succion, sa ponction lombaire a montré une méningite bactérienne à Escherichia Coli, son ETF a montré une thrombose du sinus sagittal supérieur et inférieur. Le traitement reposait sur les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) dans tous les cas, l'imagerie de contrôle a montré la disparition totale de la thrombose chez tous les malades.

Conclusion

Le recours aux anticoagulants a nettement amélioré le pronostic des thromboses vasculaires néonatales, source d'handicap à l'âge adulte, comme en témoigne notre expérience.

P93 - Les dents natales et cardiopathie congénitale : à propos d'un cas

M. Khelfa, E. Marmech, I. Selmi, R. Ben Aziza, H. Ouerda, Z. Khlayfia, J. Kanzari, S. Hlioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

Service de pédiatrie Hôpital Mongi Slim La Marsa, Tunisie.

Introduction

Les dents natales désignent celles qui sont présentes sur l'arcade dès la naissance. Leur prévalence est de l'ordre de 1/2000. Elles peuvent être isolées ou faire partie de plusieurs syndromes malformatifs.

Objectifs

En présence de dents natales la recherche de syndrome malformatif associé est nécessaire

Matériel et méthodes

Nous rapportons un cas d'un nouveau né ayant des dents natales, admis dans un tableau d'insuffisance cardiaque

Résultats

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né de sexe féminin issue d'un mariage non consanguin et d'une grossesse régulièrement suivie, menée à terme sans dysgravidie. L'échographie morphologique était sans anomalie en dehors d'un spott hyperéchogène valvulaire mitral. L'examen à la naissance trouve un nouveau-né eutrophique, sans dysmorphie faciale présentant deux dents natales immobiles (comme son père d'ailleurs) ainsi que deux pieds talus. Par ailleurs, l'auscultation cardiopulmonaire était sans anomalie. A l'âge de trois semaines, le nouveau-né est admis pour une dyspnée aigüe. L'examen note une tachycardie avec un souffle cardiaque, ainsi qu'une hépatomégalie. La radiographie du tho-

rax a montré une cardiomégalie. L'échographie cardiaque a objectivé un canal artériel persistant avec HTAP ainsi qu'une CIV minime. Une échotransfontanellaire et une échographie abdominopelvienne n'ont pas montré d'autres anomalies. Une étude génétique est en cours. Le nouveau a été mis sous traitement d'insuffisance cardiaque avec bonne évolution. Un suivi prolongé par un chirurgien-dentiste a été préconisé.

Conclusion

Les dents natales sont des affections rares d'origine inconnue. Elles peuvent parfois être associées à certains syndromes génétiques. Elles peuvent avoir des répercussions buccodentaires ou générales. Une prise en charge multidisciplinaire médicochirurgicale doit être entreprise.

P94 - Une complication rare de la manœuvre de Rashkind (à propos d'une observation)

M. Charfi (1), M. Zghal (1), C. Regaieg (1), H. Charfi (1), N. Kolsi (1), A. Bouraoui (1), A. Ben Hamad (1), R. Regaieg (1), N. Hamida (1), D. Abid (2), S. Kammoun (2), A. Ben Thabet (1), A. Gargouri (1),

Service de néonatalogie CHU Hédi Chaker Sfax (1), service de cardiologie CHU Hédi Chaker Sfax (2),

Introduction

L'atrioseptostomie de Rashkind est une procédure de cathétérisme interventionnel salvatrice. Elle est indiquée comme traitement urgent et de première intention dans certaines cardiopathies congénitales, en particulier la transposition des gros vaisseaux. Elle est devenue de pratique courante et de réalisation facile. Toutefois, comme toutes procédures interventionnelles, elle n'est pas dénuée de risque.

Objectifs

Nous nous proposons de rappeler les principales complications de cette procédure.

Matériel et méthodes

Une observation d'un nouveau-né de sexe féminin ayant présenté un bloc auriculo-ventriculaire dans les suites immédiates d'une manœuvre de Rashkind

Résultats

Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe féminin, eutrophique, issu d'une grossesse déroulée sans incident. Elle était née à terme par voie basse avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. Elle était admise à H24 de vie pour cyanose. A l'examen, elle était eupnéique avec une saturation percutanée en oxygène mesurée à 50% à l'air ambiant et ne s'améliorant pas sous oxygénothérapie, une fréquence cardiaque à 140 B/mn, un TRC Immédiat et des pouls périphériques présents et symétriques. La radiographie thoracique était sans anomalie. L'échographie cardiaque a conclu à une transposition simple des gros vaisseaux avec un canal artériel fermé et une CIA de 3mm. Une atrioseptostomie de Rashkind a été alors réalisée en urgence. La manœuvre était de réalisation laborieuse mais elle a aboutit à un résultat satisfaisant avec une CIA de 7 mm à large shunt et une saturation percutanée en oxygène allant jusqu'à 82%. En post Rashkind une bradycardie a été constatée avec une fréquence cardiaque mesurée entre 76 et 96 bpm. L'ECG fait alors a objectivé un bloc auriculo-ventriculaire. Le bilan étiologique était négatif, en particulier la recherche des anticorps anti-nucléaires. L'évolution a été marquée par la disparition spontanée de la bradycardie avec reprise d'un rythme sinusal régulier à J8 de vie. Le diagnostic retenu était alors celui d'un bloc auriculo-ventriculaire transitoire compliquant une atrioseptostomie laborieuse.

Conclusion

Le bloc auriculo-ventriculaire est une complication bien connue mais rare de la manœuvre de Rashkind. Il est le plus souvent bénin et transitoire nécessitant alors une simple surveillance clinique ou un traitement symptomatique.

P95 - Thrombose porte aigue néonatale : A propos de deux observations

F. Mezeghani, N. Helali, A. Ahmed, S. Rhayem, E. Jbebli, F. Fedhila, S. Hadded, M. Khemiri

Pédiatrie A hôpital d'enfant de Tunis

Introduction

La période néonatale constitue une période à risque de survenue de thromboses vasculaires. La thrombose porte aigue, moins fréquente que les thrombophlé-

bites cérébrales, doit être évoquée devant toute symptomatologie digestive survenant après cathétérisme ombilical chez le nouveau né.

Objectifs

Etudier le profil clinique, thérapeutique et évolutif des thromboses portes aiguës néonatales.

Matériel et méthodes

Nous rapportons l'observation de deux nouveau-nés hospitalisés dans l'unité de néonatalogie du service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants de Tunis et ayant présenté une thrombose porte aigüe néonatale.

Résultats

Les deux nouveau-nés étaient issus de grossesses menées sans dysgravidie et nés à terme, avec bonne adaptation à la vie extra utérine. Le premier nouveau né a présenté à J18 de vie un tableau d'occlusion néonatale. Il a eu un cathétérisme veineux ombilical et a été opéré avec découverte per opératoire d'un pancréas annulaire. Une échographie abdominale a été pratiquée à j3 post opératoire et a montré une thrombose porte aigüe. L'échographie cardiaque a révélé un foramen ovale perméable. Le second nouveau né a été hospitalisé à J4 de vie pour ictère hémolytique en rapport avec une incompatibilité dans le système ABO nécessitant une exsanguino-transfusion par voie ombilicale. Des vomissements et un ballonnement abdominal ont été notés après le geste invasif. L'enquête bactériologique était négative et l'échographie abdominale a révélé une thrombose ombilicale partiellement étendue au système porte. Les deux nouveau-nés ont été traités par héparine à bas poids moléculaire, le premier pendant trois mois et le second pendant deux mois avec disparition rapide des signes cliniques au bout de quelques jours et disparition totale de la thrombose au contrôle échographique.

Conclusion

Contrairement aux thromboses portes chroniques dont le traitement est lourd et l'évolution est souvent défavorable, le pronostic des thromboses portes aiguës traitée par anticoagulant est excellent. Bien que la pratique systématique d'une échographie abdominale ne soit pas recommandée, tout signe digestif survenant après cathétérisme ombilical doit faire évoquer le diagnostic.

P96 - Déshydratation hypernatrémique néonatale d'origine maternelle

B. Elleuch, A. Marzouk, F. Maalej, R. Thabti, I. Ben Fraj, O. Mzoughi, M. Missaoui, A. Bouaziz

Service de pédiatrie et néonatalogie, Hôpital régional Ben Arous, Tunisie

Introduction

La déshydratation hypernatrémique liée à l'allaitement maternel est rare en période néonatale mais peut exposer le nouveau né à des complications sévères

Objectifs

Etudier l'aspect clinico-biologique et évolutif d'une déshydratation hypernatrémique secondaire à l'allaitement maternel chez un nouveau né

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une observation à propos d'un cas de déshydratation néonatale liée à l'allaitement maternel

Résultats

Il s'agit d'un nouveau né de sexe féminin issu d'une mère primipare âgée de 27 ans né à terme par voie basse avec une bonne adaptation néonatale. Le nouveau-né était sous allaitement maternel exclusif avec des tétées brèves de 3-5mn toutes les deux heures. La mère n'a pas reçue une éducation à propos l'allaitement maternel. Le bébé a été ramené au urgences au 4^{ème} jour de vie pour hyperthermie. A l'examen, le nouveau né avait une température à 38,3°C, déshydraté avec une perte pondérale de 10,5%. Son teint était ictérique. Il ne mouillait pas ses couches. La biologie a montré une hyper-natrémie à 156 mmol/l, une insuffisance rénale fonctionnelle, une acidose métabolique, une hyper-bilirubinémie à prédominance libre, un bilan inflammatoire négatif et une enquête infectieuse négative. La réhydratation intraveineuse prudente a permis une correction progressive des troubles hydro-électrolytique. Dans le cadre de recherche des complications neurologiques, une échographie trans-fontanelle était normale. En l'absence d'une cause évidente de la déshydratation hypernatrémique, un dosage du sodium dans le lait maternel a été fait au 5^{ème} jour de vie montrant un taux élevé : 45mmol/l (valeur normale : 21-35mmol/l) . L'évolution ultérieure était favorable sous allaitement maternel bien conduit après éducation de la mère concernant la durée des tétées assurant un volume adéquat de lait maternel.

Conclusion

La déshydratation hypernatrémique au cours de l'allaitement maternel reste rare. Cette complication peut être prévenue par un allaitement précoce dès la naissance, par une éducation des mères, particulièrement les primipares, à propos de la surveillance du volume du lait tété et de l'évolution de la croissance pondérale du bébé

P97 - Facteur de mortalité chez les nouveau-nés ayant un liquide amniotique méconial: Etude analytique

E. Cherifi, A. Khalouaoui, Y. Sdiri, F. Ayari, M. Cheour, W. Belhaj Ammar, N. Ben Ameer, S. Kacem

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Introduction

Malgré le progrès de la coopération entre obstétriciens et pédiatre pour une meilleure prévention de l'émission précoce du méconium avant la naissance, cette pathologie reste fréquente et la mortalité qu'elle engendre reste non négligeable.

Objectifs

L'enjeu de notre étude était de déterminer les facteurs de mortalité chez les nouveau-nés ayant eu un liquide méconial.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les nouveau-nés hospitalisés dans le service de néonatalogie du CMNT pour liquide méconial depuis le premier janvier jusqu'au 23 décembre 2019. Le recueil des données était fait à partir des dossiers médicaux des malades. On a eu recours au test de Khi-deux et test T de Student dans la réalisation de l'étude statistique.

Résultats

Nous avons reporté 60 cas. 80% étaient issus de familles dont les conditions socio-économiques sont médiocres. 30% des mères étaient diabétiques. 83% de

nos nouveau-nés avaient un RCF pathologique. 10% des malades étaient des grands prématurés. Un poids supérieur à 2,5 Kg a été noté dans 80% des cas, 78% de nos malades étaient eutrophiques et un patient avait un très faible poids de naissance. Un score d'Apgar ≤ 7 a été objectivé dans 23% des cas. A la naissance, 32% ont bénéficié d'une aspiration intra-trachéale et une intubation en salle de naissance était nécessaire dans 14% des cas. Une inhalation méconiale était objectivée dans 22% des cas. On a eu recours à une ventilation mécanique chez 30% de nos malades avec une durée moyenne estimée à 4 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec un taux de mortalité égale à 23%. Les facteurs de risque statistiquement associés à un risque de mortalité plus important, en cas de liquide méconial, étaient le poids à la naissance, le terme, le score d'Apgar à 5 min, l'inhalation méconiale, l'intubation au service, ainsi que le recours à la ventilation par CPAP. Les conditions socio-économiques, le transfert in utéro, la naissance dans une autre maternité, les antécédents maternels de tabagisme, de diabète et de toxémie, la grossesse multiple, la voie d'accouchement, le recours à l'aspiration intra-trachéale et à l'intubation en salle de naissance, l'asphyxie périnatale et la souffrance fœtale aigue n'étaient pas significativement associées à une mortalité plus importante.

Conclusion

Le liquide méconial reste une pathologie assez fréquente dans notre contexte épidémiologique. L'objectif reste d'améliorer la qualité de l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né qui a le plus souvent subi une anoxie sévère afin de prévenir le liquide méconial et la morbi-mortalité qui en découle.

P98 - L'intérêt du bilan post mortem lors d'une détresse neurologique

F. Maalej, I. Ben Fraj, F. Friha, B. Elleuch, K. Arbi, O. Mezoughi, R. Fatnassi, M. Missaoui, NEH. Sreiri, R. Thabti, A. Marzouk, A. Bouaziz

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Régional Ben Arous, Tunisie

Introduction

Les troubles du cycle de l'urée (urea cycle disorders, UCD) présentent des défauts métaboliques héréditaires rares de la détoxification de l'ammoniac. Les formes à début néonatal sont généralement sévères et leur pronostic de survie est souvent limité.

Objectifs

Illustrer l'importance du bilan métabolique même en post mortem devant toute détresse neurologique néonatale.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une observation de deux patientes (jumelles) de notre service en Avril 2019.

Résultats

Nouveau-née de 3 jours, issue de parents consanguins du deuxième degré, aux antécédents familiaux de décès en bas âge de cause inconnue. Elle est issue d'une grossesse gémellaire bi-choriale bi-amniotique, sans dysgravidie, menée à un terme de 39 SA. L'accouchement était par césarienne avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Les deux jumelles ont présenté à J 3 de vie un refus de téter avec un cri faible. La première est arrivée aux urgences dans un tableau d'hémorragie de grande abondance avec arrêt cardio respiratoire non récupéré après réanimation. La 2ème, Abrar, était admise pour détresse respiratoire et neurologique avec une hypotonie axiale et périphérique et un trismus. Elle était anurique. La biologie trouvait une acidose métabolique compensée à trou anionique élevée, une insuffisance rénale aigüe, une hypernatrémie à 149 mmol/l, une cytolyse hépatique à 3 fois la normale et un bilan inflammatoire négatif. Les hémocultures étaient négatives. L'évolution a été marquée par l'apparition d'épisodes d'apnées, d'accès d'hypertonie puis une hémorragie digestive de grande abondance compliquée par un état de choc réfractaire. Le décès est survenu à H12 d'hospitalisation malgré un traitement symptomatique par oxygène, antibiothérapie probabiliste, remplissage, transfusion de CGR et PFC et drogues vasoactives. Le bilan métabolique pratiqué en post-mortem a conclu à une anomalie du cycle de l'urée :Hyperamino-acidémie prédominante sur la glutamine et l'alanine, associée à une élévation de l'acide orotique. L'étude génétique est en cours pour conseil génétique.

Conclusion

Les UCD provoquent une accumulation d'ammoniac qui est neurotoxique. La présence des signes neurologiques inexpliqués doit faire évoquer le diagnostic et conduire à mesurer l'ammoniémie en urgence car l'évolution est fatale en absence de prise en charge rapide.

P99 - Un arbre qui cache la forêt : Une sphérocytose révélée par une cholestase néonatale

M. Khelfa, E. Marmech, I. Selmi, R. Ben Khalifa, H. Ouerda, Z. Khlayfia, J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

Service de pédiatrie Hôpital Mongi Slim La Marsa, Tunisie.

Introduction

La sphérocytose héréditaire est une anémie hémolytique secondaire à des anomalies des protéines membranaires du globule rouge. Le mode de transmission est dominant dans 75 % des cas, elle peut être secondaire à une transmission autosomique récessive ou secondaire à des mutations de novo. Elle est souvent méconnue comme cause de l'hyperbilirubinémie néonatale. L'absence d'antécédents familiaux rend le diagnostic plus difficile.

Objectifs

Évoquer la sphérocytose héréditaire devant un ictère néonatal associé à une anémie même en absence de cas familiaux

Matériel et méthodes

Nous rapportons une observation d'un nouveau né hospitalisé à notre service pour ictère néonatal liée à une sphérocytose héréditaire

Résultats

Il s'agit du nouveau-né Joud, issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents familiaux particuliers., né à terme avec un faible poids de naissance, admis à J5 de vie pour un ictère à bilirubine libre aux seuils d'exsanguino-transfusion. Il n'y avait pas d'incompatibilité fœto-maternelle et l'anamnèse infectieuse ainsi que le bilan étaient négatifs. L'examen trouve un ictère cutanéomuqueux franc et une discrète pâleur. Le taux d'hémoglobine était à 14g/dl. Une photothérapie intensive continue associée à une perfusion d'albumine et des immunoglobulines polyvalentes ont été indiquées avec une bonne évolution clinico-biologique. A J26, le nouveau-né a été ré admis pour exploration d'une anémie avec un ictère cholestatique avec des selles décolorées de manière intermittente. Il était eupnéique, éveillé réactif avec une pâleur et un ictère franc sans hépatosplénomégalie. A la biologie, une anémie normocytaire régénérative à 7g/dl avec une

cholestase à GGT élevée ainsi qu'un ECBU positif Klebsiella p. La Prise en charge thérapeutique comprenait la transfusion par du CGR phénotypé, une antibiothérapie, la vitamine K en IV et l'acide ursodésoxycholique. L'échographie abdominale a montré la voie biliaire principale dilatée siège d'un matériel échogène avec discrète dilatation des voies biliaires intra-hépatiques pouvant cadrer avec le syndrome de bile épaisse. Malgré l'absence d'antécédents familiaux d'anémie hémolytique constitutionnelle, le diagnostic de sphérocytose a été évoqué et confirmé ultérieurement par le test EMA (cytométrie de flux).

Conclusion

Les causes de l'ictère néonatal sont très variées dont certaines mettent en jeu le pronostic vital. Une association de ces étiologies n'est pas toutefois rare. Le diagnostic de sphérocytose est souvent évoqué devant un ictère pathologique du nouveau-né associé à une pâleur cutanéomuqueuse témoignant d'une anémie, la splénomégalie est rarement présente.

P100 - Transfusion sanguine fœtale intra-utérine : intérêt et pronostic.

M.Abdelli (1), J.Methlouthi (1,3), O.Mghirbi (1,3), A. Guith (1,3), S.Gazze(1,3), M.Kehila(2,3), M.Bibi(2,3), I.Kacem (1,3), H.Ayache (1,3), N.Boudabbous (1,3), S.Nouri (1,3), M.Bellalah (1,3), N.Mahdhaoui(1,3).

Service de réanimation et de néonatalogie de Sousse (1),

Service de gynécologie obstétrique de Sousse (2), Faculté de médecine de Sousse (3)

Introduction

Les transfusions sanguines in-utéro(TIU) sont indiquées essentiellement dans les anémies fœtales sévères par allo immunisation fœto-maternelles érythrocytaire, mais cette procédure est également envisagée dans toute maladie fœtale avec une anémie sévère y compris les infections à parvovirus B19 et l'hémorragie fœto-maternelle massive.

Objectifs

Evaluer l'intérêt des transfusions sanguines in-utéro (TIU) dans le traitement des anémies fœtales et la prévention des anasarques Foeto-placentaire.

Matériel et méthodes

Étude rétrospective menée dans le service de réanimation néonatale de Sousse incluant les nouveau-nés ayant reçu une ou plusieurs transfusions intra utérine(TIU) sur une période de deux ans (premier janvier 2018- 31 Décembre 2019).

Résultats

Un total de 9 procédures (TIU) pour 4 nouveau-nés portés par 4 femmes ont été réalisées. L'âge gestationnel au moment de la réalisation de l'acte variait de 26 semaines d'aménorrhée(SA) à 33 SA tandis que l'âge gestationnel médian lors de la première (TIU) était de 26 SA. Le nombre de TIU médian : 2[1-3].Trois TIU pour chaque nouveau-né dans 2 cas, deux TIU dans un cas et une seule TIU dans un cas. Les indications étaient dominées par la maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né causée par une allo immunisation fœto-maternelle Anti-D chez trois nouveau-nés et une combinaison d'Anti-D et d'Anti-C chez un nouveau-né. Les taux médians d'hémoglobine fœtale au début et à la fin de la TIU étaient respectivement de 5g/dl et 11.8g/dl. Le taux de survie global était de 75%. Le taux de prématurité était de 68% [33SA-35SA].Aucun décès intra-utérin n'a été noté. Un décès néonatal précoce a été noté suite à un anasarque foeto-placentaire non résolu(ayant reçu une seule TIU à 33 SA+3j). Le taux d'hémoglobine à la naissance était en moyenne égal à 10,2 g/dl, variait entre 6.1 et 12.6g/dl. Tous ces nouveau-nés ont bénéficié d'une exsanguino-transfusion à H3 de vie en moyenne.

Conclusion

En tant qu'intervention obstétricale lourde et requérant une équipe entraînée et organisée, la TIU semble aboutir à un résultat favorable dans l'anémie fœtale. Les complications iatrogènes sont néanmoins non négligeables mais restent relativement faibles par rapport aux bénéfices apportés.

P101 - Facteur de mortalité chez les nouveau-nés ayant un liquide amniotique méconial

E. Cherifi, A. Khouaoui, F. Ayari, K. Bencheikh, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Introduction

Malgré le progrès de la coopération entre obstétriciens et pédiatre pour une meilleure prévention de l'émission précoce du méconium avant la naissance, cette pathologie reste fréquente et la mortalité qu'elle engendre reste non négligeable.

Objectifs

L'enjeu de notre étude était de déterminer les facteurs de mortalité chez les nouveau-nés ayant eu un liquide méconial.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les nouveau-nés ayant un liquide méconial à la naissance et hospitalisés dans le service de néonatalogie du CMNT. Notre étude s'étendait sur une période de 1 an : du premier janvier jusqu'au 23 décembre 2019. Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers médicaux des malades.

Résultats

Parmi les 60 cas reportés, 80% étaient issus de familles dont les conditions socio-économiques sont médiocres. Un transfert-in-utéro a été constaté dans 20% des cas. Deux des 60 mères étaient tabagiques, 3 % étaient toxémiques et 30% étaient diabétiques. On a noté une rupture prématurée des membranes dans 30% des cas et 26% des grossesses se sont compliquées de chorioamniotite. On a noté un d'oligoamnios dans 25% des cas. 83% de nos nouveau-nés avaient des RCF pathologiques dont seulement 36% avaient une cause obstétricale expliquant cette souffrance. 66% de nos malades étaient nés par césarienne. 15% étaient post-matures contre 10% grand prématurés. Un poids supérieur à 2kg500 a été noté dans 80% des cas, 78% de nos malades étaient eutrophiques et un patient avait un très faible poids de naissance. Un Agar ≤ 7 a été objectivé dans 23% des cas. A la naissance, 32% ont nécessité une aspiration intra-trachéale et

une intubation en salle de naissance a été pratiquée dans 14% des cas. A l'admission dans le service, 73% des cas ont présenté une DRNN et cette détresse a été attribuée à une inhalation méconiale dans 22% des cas. 30% de nos malades ont bénéficié d'une ventilation mécanique de durée moyenne de 4 jours. Une IMF a été retenue dans 48% des cas et ces patients ont eu une antibiothérapie. Un malade a été diagnostiqué porteur d'une cardiopathie complexe et 4 autres malades avaient des anomalies mineures à l'échographie cardiaque comme un foramen ovale perméable, une CMH ou une HTAP. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours et on a rapporté un taux de décès à 23%. On n'a pu obtenir les résultats des ETF pratiqués que dans 7 cas dont un était normal.

Conclusion

Le liquide méconial reste une pathologie assez fréquente dans notre contexte épidémiologique. L'objectif reste d'améliorer la qualité de l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né qui a le plus souvent subi une anoxie sévère afin de prévenir le liquide méconial et la morbi-mortalité qui en découle.

P102 - L'anémie néonatale précoce et sévère : apport du test de kleihauer à propos de deux observations

S. Gazzeh, O. Mghirbi, I. Kacem, A. Ghaith, H. Ayache, M. Abdelli, N. Bouddabous, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui

Service de Néonatalogie, Hôpital Farhat Hached Sousse, Faculté de médecine de Sousse

Introduction

Les anémies néonatales (AN) précoces et sévères sont liées en 1er lieu à une origine hémolytique; une hémorragie placentaire; un défaut d'érythropoïèse acquis ou congénital, ou une transfusion foeto-foetale en de grossesse multiple. La transfusion foeto-maternelle (TFM) est un phénomène fréquent qui touche 1/300 NV, mais elle n'est responsable d'anémie néonatale que dans 1/9000 cas.

Objectifs

D'évaluer l'apport du test de kleihauer devant toute anémie néonatale précoce même sévère .

Matériel et méthodes

Nous rapportons l'observation de deux nouveau-nés présentant une anémie néonatale sévère secondaire à une TFM massive.

Résultats

Observation1 : Le 1er nouveau-né de sexe masculin, issu d'une grossesse précieuse avec notion d'infertilité primaire de 6ans et d'une mère âgée de 37ans, diabétique sous insuline, toxémique, de groupe sanguin O négatif. Les sérologies toxoplasmoses et rubéoles a montré une immunité résiduelle. La naissance était par césarienne en urgence à terme pour RCF pathologique avec un Apgar 8/8 et un poids néonatal 3kg220. Il a été admis à la naissance pour DRNN modérée avec pâleur frappante et hypotension. Le premier bilan a montré un taux d'hémoglobine à 4 g/dl, avec une réticulocytose à 18 %. Les différents bilans ont éliminé en premier une étiologie hémolytique (mère et enfant iso-groupe, TCD négatif, bilirubine normale à plusieurs reprises...), une cause infectieuse et un saignement profond (échographies abdominale et ETF normales). Le test de Kleihauer est revenu fortement positif. L'évolution a été favorable après la transfusion sanguine. Observation2 : Le 2ème nouveau-né de sexe féminin, de mère âgée de 38ans, multipare, présentant un diabète gestationnel sous régime, de GS A positif, immunisée pour la rubéole et toxoplasmose. La naissance était, à terme, par césarienne en urgence pour utérus tri-cicatriciel en travail. Le nouveau-né a été admis à la naissance pour DRNN immédiate et modérée avec pâleur. La numération de formule sanguine a montré une anémie à 7.1 avec un taux de réticulocytes 22%. Le groupe sanguin du NN était O négatif, TCD négatif, bilan infectieux négatif et les échographies abdominales et ETF n'ont pas montré de saignement profond. Le test de kleihauer était fortement positif. L'évolution a été favorable après une transfusion sanguine.

Conclusion

Le test de kleihauer détecte les hématies fœtales dans le sang maternel, il représente un moyen indispensable, de première ligne, dans le diagnostic étiologique de l'anémie néonatale. La TFM est un phénomène fréquent souvent favorisé par des circonstances évocatrices (les actes diagnostiques in utero, un traumatisme abdominal, la version par manœuvre externe ou les pathologies placentaires : l'hématome rétroplacentaire, le placenta prævia ou le choriocarcinome) Parfois, ces hémorragies sont sans facteur de risque identifiable et voire même massives mettant en jeu le pronostic vital fœtal.

P103 - Liquide méconial : Etude descriptive dans une maternité de niveau 3

E. Cherifi, A. Khaouaoui, F. Ayari, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Introduction

L'émission précoce du méconium avant la naissance peut survenir dans différentes circonstances. Quoique, généralement sans conséquences, cette pathologie peut s'accompagner d'une inhalation méconiale qui constitue toute sa gravité.

Objectifs

L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et pronostiques des nouveau-nés ayant un liquide méconial.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les nouveau-nés ayant un liquide méconial à la naissance et hospitalisés dans le service de néonatalogie du CMNT. Notre étude s'étendait sur une période de 1 an : du premier janvier jusqu'au 23 décembre 2019. Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers médicaux des malades.

Résultats

Parmi les 60 cas reportés, 80% étaient issus de familles dont les conditions socio-économiques sont médiocres. Un transfert-in-utéro a été constaté dans 20% des cas. Deux des 60 mères étaient tabagiques, 3 % étaient toxémiques et 30% étaient diabétiques. On a noté une rupture prématurée des membranes dans 30% des cas et 26% des grossesses se sont compliquées de chorioamniotite. On a noté un d'oligoamnios dans 25% des cas. 83% de nos nouveau-nés avaient des RCF pathologiques dont seulement 36% avaient une cause obstétricale expliquant cette souffrance. 66% de nos malades étaient nés par césarienne. 15% étaient post-matures contre 10% grand prématurés. Un poids supérieur à 2kg500 a été noté dans 80% des cas, 78% de nos malades étaient eutrophiques et un patient avait un très faible poids de naissance. Un Agar ≤ 7 a été objectivé dans

23% des cas. A la naissance, 32% ont nécessité une aspiration intra-trachéale et une intubation en salle de naissance a été pratiquée dans 14% des cas. A l'admission dans le service, 73% des cas ont présenté une DRNN et cette détresse a été attribuée à une inhalation méconiale dans 22% des cas. 30% de nos malades ont bénéficié d'une ventilation mécanique de durée moyenne de 4 jours. Une IMF a été retenue dans 48% des cas et ces patients ont eu une antibiothérapie. Un malade a été diagnostiqué porteur d'une cardiopathie complexe et 4 autres malades avaient des anomalies mineures à l'échographie cardiaque comme un foramen ovale perméable, une CMH ou une HTAP. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours et on a rapporté un taux de décès à 23%. On n'a pu obtenir les résultats des ETF pratiqués que dans 7 cas dont un était normal.

Conclusion

Une meilleure connaissance des caractéristiques épidémiologiques des nouveau-nés dont le liquide amniotique est méconial pourraient contribuer à une meilleure prévention primaire et secondaire du syndrome d'inhalation méconiale qui reste la complication à craindre.

P104 - Nouveau-nés de mère atteinte de la rougeole : prise en charge et évolution

M. Bellalah, A. Segni, O. Mghirbi, A. Ghaith, I. Kacem, N. Brini, H. Ayache, N. Bouddabou, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui

Service de Néonatalogie, CHU Farhat Hached Sousse Faculté de médecine de Sousse.

Introduction

On assiste depuis quelques années à une recrudescence de la rougeole qui est une maladie virale bénigne de l'enfance et extrêmement contagieuse. Lorsqu'elle survient en cours de grossesse, la rougeole expose la femme enceinte à des complications pour elle-même ainsi que pour l'issue de la grossesse. La rougeole congénitale qui se manifeste par une éruption dans les dix premiers jours de vie peut être dramatique.

Objectifs

Nous rapportons l'observation de deux nouveau-nés de mères ayant eu une rougeole confirmée afin de rappeler les risques chez le fœtus et le nouveau-né et les modalités de la prise en charge.

Matériel et méthodes

Résultats

Le premier cas est un NN de sexe masculin, né par voie basse à terme, eutrophique. Il est issu d'une grossesse bien suivie sans dysgravidie compliquée de rougeole avec une complication pulmonaire chez la mère (fièvre avec éruption cutanée et dyspnée 5 jours avant l'accouchement). Le deuxième cas, NN de sexe féminin née par césarienne pour anomalie du RCF, à terme et eutrophique. Il est issu d'une grossesse suivie compliquée de rougeole chez la mère (prurit associé avec des vomissements deux jours avant l'accouchement). L'adaptation à la vie extra-utérine était bonne pour les deux NN et l'examen clinique était strictement normal. La prise en charge initiale était d'appliquer des mesures d'isolement afin d'éviter la transmission du virus : -Isolement des NN avec leurs mères : on a évité l'hospitalisation en néonatalogie étant non nécessaire du fait de l'état clinique rassurant - Ils ont bénéficié de l'administration d'immunoglobulines dès la naissance à raison de 400 mg/ kg -Une PCR rougeole dans les sécrétions nasopharyngées n'a pas pu être pratiquée. Ils étaient mis sortants au bout de 48 heures. L'évolution a été favorable pour les deux cas et lors de leur suivi à notre consultation externe.

Conclusion

La grossesse constitue un facteur de risque de complications de la rougeole pouvant avoir des conséquences parfois sévères chez la mère, le fœtus et le nouveau-né. En cas de rougeole en fin de grossesse, les immunoglobulines polyvalentes doivent être administrées au nouveau-né dans les premières heures de vie afin de prévenir le développement d'une rougeole congénitale ou de diminuer les symptômes de la maladie.

P105 - Syndrome d'Ondine : Cause rare d'état de mort apparente en salle de naissance.

N. Kasdallah, MY. Aissa, H. Ben Salem, S. Blibech, M. Douagi

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie

Introduction

Le syndrome d'hypoventilation centrale congénitale ou syndrome d'Ondine, est une maladie génétique rare du système nerveux autonome. Sa principale cause est la mutation du gène PHOX-2B sur le chromosome 4p13 (90%). L'incidence est estimée à 1/200 000 naissances vivantes en France.

Objectifs

Rapporter une cause très rare d'apnée en salle de naissance en rapport avec un syndrome génétique rare et de décrire ses aspects diagnostics et évolutifs.

Matériel et méthodes

Nous rapportons un nouveau-né (NN) atteint du syndrome d'Ondine déclaré dès la salle de naissance par une mauvaise adaptation respiratoire à la vie extra-utérine.

Résultats

Un NN de sexe féminin a été admise intubée dès la salle de naissance pour apnée grave. Il s'agissait du deuxième enfant d'un couple non consanguin sans antécédents particuliers. La grossesse et l'accouchement étaient sans incidents. L'enfant était née à terme eutrophique avec mauvaise adaptation à la vie extra-utérine : Apgar à 3, 6 et 5 à 1, 3 et 5 minutes de vie. Devant l'apparition d'apnée avec cyanose, elle a été intubée dès la 3ème minute de vie et soumise à une ventilation mécanique dès la 10ème minute de vie. L'examen physique était normal. Des épisodes d'apnées itératives et des convulsions atypiques sont survenues dès H4 de vie suivie d'hypotonie et d'hyperréactivité. Le bilan étiologique de ce tableau a éliminé l'asphyxie, l'infection néonatale, l'embryofoetopathie et les anomalies métaboliques simples et complexes. L'évolution était marquée par l'absence de toute autonomie ventilatoire sans état neurovégétatif justifiant une ventilation mécanique prolongée. Le diagnostic de syndrome d'Ondine a été évoqué et a été confirmé par la présence de la mutation du gène PHOX-2B. L'enfant

est décédée à l'âge de 7 mois et demi par hypoventilation globale centrale après échec de 2 tentatives de trachéotomie.

Conclusion

Devant une détresse neurologique néonatale immédiate, il faut éliminer les causes les plus fréquentes de l'asphyxie périnatale (maternelles, obstétricales, infectieuses, malformatives, métaboliques). Le syndrome d'Ondine est un diagnostic évolutif à évoquer devant le caractère isolé de l'absence de ventilation spontanée. Il doit être confirmé par étude génétique en vue d'un conseil génétique et d'un diagnostic prénatal.

P106 - Difficultés rencontrés lors de la mise en place d'un cathéter central en milieu de réanimation pédiatrique

M. Loukil, H. Besbes, L. Ghedira, C. Ben Mariem, C. Chouchene, S. Chouchene

Service de Pédiatrie Monastir

Introduction

La pose d'un cathéter veineux central (CVC) est un geste peu fréquent en milieu de réanimation pédiatrique mais garde ses indications d'urgence. La compétence de l'opérateur n'est plus le seul facteur de réussite, mais assurer les meilleures conditions pour sa mise en place est de grand intérêt.

Objectifs

Déterminer les principales difficultés rencontrés lors de la mise en place d'un cathéter central en milieu de réanimation pédiatrique

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de pédiatrie Fatouma Bourguiba de Monastir allant de janvier 2019 au mois d'Aout 2019. Nous avons colligés les patients ayant nécessité la pose de CVC au sein du service par l'équipe de chirurgie pédiatrique.

Résultats

Dans notre étude, nous avons indiqué la mise d'un CVC pour 3 patients hospita-

lisés au secteur de réanimation et dont l'état nécessite une assistance hémodynamique et respiratoire rendant leur transport au bloc de chirurgie pédiatrique difficile. Une patiente était âgée de 7 ans pour laquelle on a indiquée la mise d'un cathéter de dialyse péritonéale (insuffisance rénale anurique) et l'impossibilité d'obtenir un accès veineux périphérique nous a poussés à mettre un cathéter broviac pour deux nouveau-nés. Les difficultés rencontrées lors de la mise d'une voie centrale dans le service étaient nombreux : l'indisponibilité des champs stériles, le mauvais éclairage augmentant le nombre de ponction, l'anesthésie générale rendant le repérage des vaisseaux plus compliqué, le manque de matériels adaptés au poids et à l'âge du patient et le manque de sonde d'écho guidage adaptée. Ces difficultés n'ont pas empêché notre équipe de poser l'indication de ce geste vu l'intérêt majeure pour ces patients en état critique ainsi que les chirurgiens pédiatres qui, malgré les difficultés rencontrés, ont réussi à relever le défi et à réussir ce geste.

Conclusion

La pose d'un CVC est grevée de complications potentiellement mortelles et doit être faite dans les meilleures conditions par un médecin expérimenté. L'écho guidage doit être de plus en plus envisagé permettent une réduction significative du taux d'échec et du nombre de ponction artérielle. Ceci implique la nécessité d'une compétence double du chirurgien pédiatrie de mettre un CVC par voie classique et écho guidée.

P107 - Un Pneumothorax Spontané Néonatal révélant une Malformation Adénomatoïde Kystique du Poumon Gauche associée à une Agénésie Lobaire Droite : A propos d'un cas.

M. El Ouaer, K. Lassoued, B. Baccar, J. Kanzari, A. Guedria, K. Chraiet

Service de Pédiatrie et Néonatalogie Nabeul

Introduction

La malformation adénomatoïde kystique du poumon (MAKP) est une pathologie rare mais reste la plus fréquente des malformations pulmonaires congénitales observées chez l'enfant (25%) pouvant être seule ou associée à d'autres malformations. La survenue d'un pneumothorax spontané est une manifestation aty-

pique de la MAKP surtout à la période néonatale. Nous présentons l'observation d'un nouveau né à terme qui a été admis pour une détresse respiratoire néonatale immédiate et légère. Cependant, la radiographie thoracique a révélé un pneumothorax compressif nous poussant à rechercher une malformation associée expliquant la discordance clinico-radiologique.

Objectifs

Nous rapportons les particularités de cette présentation clinique et rappelons que le manque de connaissance de cette pathologie peut induire des erreurs diagnostiques ainsi que thérapeutiques.

Matériel et méthodes

Rétrospective à partir de dossier médical

Résultats

Un nouveau-né accouché par voie basse à terme, était admis à H4 de vie pour une détresse respiratoire immédiate et légère. Il était eutrophique. A l'inspection, il avait un bombement de l'hémithorax gauche. L'auscultation a montré une déviation des bruits du cœur à droite avec un état hémodynamique stable. La radiographie thoracique a révélé un pneumothorax gauche complet et compressif avec une déviation du médiastin à droite. Devant la stabilité de son état respiratoire et hémodynamique, nous avons opté pour une prise en charge expectative. Un complément scanographique était réalisé objectivant de multiples lésions kystiques du lobe inférieur gauche compatibles avec une malformation adénomatoïde kystique. Ainsi qu'une agénésie lobaire droite. L'évolution était favorable avec sevrage de l'oxygène au bout de 5 jours et une bonne tolérance du biberon. Le dossier était discuté avec les chirurgiens pédiatres et la décision était de le suivre régulièrement et de contrôler le scanner thoracique à l'âge de 6 mois.

Conclusion

La MAKP associée à une agénésie lobaire est une pathologie très rare et exceptionnellement révélée par un pneumothorax. C'est alors qu'un pneumothorax spontané néonatal doit faire rechercher une cause sous-jacente. Le traitement du pneumothorax par hyperoxie est une alternative.

P108 - Opsismodysplasie : à propos d'un cas.

MB. Hamada, F. Friha, I. Ben Fradj, R. Thabti, A. Marzouk, A. Bouaziz

Service de pédiatrie et de néonatalogie, hôpital Ben Arous

Introduction

L'opsismodysplasie est une dysplasie squelettique très rare (25 cas rapportés à ce jour), avec prédominance masculine 16 garçons / 9 filles. Caractérisée par un nanisme congénital et une dysmorphie faciale. L'étiologie demeure inconnue, et une transmission autosomique récessive a été suggérée.

Objectifs

A la lumière d'une nouvelle observation, nous rapportons les aspects cliniques et radiologiques de cette entité rare.

Matériel et méthodes

Observation, à propos d'un cas d'Opsismodysplasie.

Résultats

Il s'agit d'un garçon âgé actuellement de 8 mois, le premier enfant de parents consanguins du 1er degré, sans antécédents particuliers. La grossesse était bien suivie. L'échographie morphologique faite montrant un fémur court. Il est né par césarienne pour une souffrance fœtale aigüe, à un terme de 41 SA. Admis dans notre unité de néonatalogie pour une détresse respiratoire néonatale en rapport avec une DRT. Le nouveau-né avait une dysmorphie faciale comportant une macrocéphalie, une fontanelle large, une arête nasale déprimée avec petit nez, des narines antéversées avec un philtrum long, un cou court et une exophthalmie. Bilan squelettique : fémur court, radio humérus et du rachis était sans anomalies. Le bilan malformatif était sans anomalies : échographies cardiaque, trans-fontanelle et abdominale Le Nouveau-né a été adressé au service de génétique ou une recherche des gènes connus pour cette maladie sera pratiquée.

Conclusion

L'opsismodysplasie est une maladie touchant exclusivement le squelette, encore mal connue, qui s'accompagne d'une susceptibilité accrue aux infections respiratoires. Une transmission autosomique récessive a été suggérée et un diagnostic prénatal est possible.

P109 - Cardiomyopathie hypertrophique congénitale et insuffisance mitrale : Intérêt de l'étude génétique familiale par séquençage d'exome

MY. Aissa (1), N. Kasdallah (1), M. Nawar (1), H. Ben Salem (1), H. Mahfoudhi (2), W. Fehri (2), S. Chaouachi (3), S. Blibech (1), M. Douagi (1),

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie (1)
cardiologie. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie (2)
Génétique. Hôpital Régional Bougatfa de Bizerte (3)

Introduction

La cardiomyopathie hypertrophique (CMH) primitive est une maladie génétique rare [0.02 et 0.2 %] à pénétrance et expressivité variables. L'association CMH et insuffisance mitrale (IM) à la période néonatale est exceptionnelle.

Objectifs

A notre connaissance, elle n'a jamais été décrite dans la littérature.

Matériel et méthodes

Etude de quatre enfants de la même famille, issus d'un couple consanguin. Les quatre enfants (2 filles et 2 garçons) sont nés à terme eutrophiques et sont décédés entre l'âge de 9 jours et l'âge de 5 mois. L'étude génétique n'a pu être faite que dans le dernier cas.

Résultats

Cas1 : un garçon né à terme, par césarienne en urgence pour saignement maternel suite à une amniotomie. Il est né dans un contexte de souffrance fœtale et décédé à J9 de vie cause non précisée et non explorée. Cas2 : une fille née à terme eutrophique avec bonne adaptation à la vie extrautérine. Elle est décédée à J 24 de vie par une détresse respiratoire sévère. Le diagnostic de bronchiolite sévère a été retenu. Cas3 : une fille, née à terme sans incident. Elle est décédée à l'âge de 5 mois en réanimation par choc cardiogénique sur cardiopathie congénitale type insuffisance mitrale sévère avec retentissement important sur les cavités gauches. L'autopsie a été refusée par les parents. Cas4 : un garçon qui déclare à J34 de vie un tableau d'insuffisance cardiaque. Il a bénéficié d'une réanimation intensive. L'issue était fatale à J37 de vie dans un tableau

d'état de choc cardiogénique réfractaire. L'autopsie myocardique a montré une hypertrophie majeure des 2 ventricules et des nodules sur les valves mitrales et leurs piliers. Le séquençage d'exome chez l'enfant et ses parents a objectivé une mutation dans le gène majeur "Myosin regulatory light chain 2 gene" (MYL2/MLC-2V) (P144Rter59). Ce gène code l'isoforme ventriculaire cardiaque de la chaîne légère régulatrice de la myosine et il est bien impliqué dans les CMH congénitales.

Conclusion

L'association d'une CMH congénitale à une insuffisance mitrale congénitale récurrente n'a jamais été décrite. L'étude génétique extensive a permis le diagnostic étiologique dans cette famille. Un conseil génétique et un diagnostic prénatal sont désormais possibles.

P110 - Le syndrome de Beckwith-Wiedemann chez un nouveau-né de mère diabétique

A. Ayadi, N. Kasdallah, S. Khemiri, H. Ben Salem, O. Zitouni, A. Amri, J. Ben Hefaidh, MY. Aissa, S. Blibech, M. Douagi

Néonatalogie et de Réanimation Néonatale. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis-Tunisie

Introduction

Le syndrome de Beckwith- Wiedemann (SBW) est un syndrome génétique rare, de transmission autosomique dominant ou sporadique dans la majorité des cas. Il est caractérisé par des anomalies de la croissance, des malformations congénitales et une prédisposition tumorale.

Objectifs

Nous rappelons à travers une observation néonatale les différents aspects diagnostics, génétiques, thérapeutiques et évolutifs du SBW.

Matériel et méthodes

Etude d'une observation d'un nouveau-né prématuré de mère diabétique atteint du SBW atteint d'une omphalocèle de diagnostic prénatal.

Résultats

Un nouveau-né de sexe féminin a été admis pour la prise en charge d'une omphalocèle. Il s'agissait du deuxième enfant d'un couple non consanguin, sans antécédents familiaux notables. La grossesse s'était compliquée d'un diabète gestationnel. L'échographie morphologique a montré une omphalocèle isolée (3 cm de grand axe avec un collet de 1,5 cm) contenant les anses intestinales. Une amniocentèse a montré une formule : 46 XX 15 q+. La naissance s'est faite prématurée à 35 semaines d'aménorrhée avec une bonne adaptation à la vie extra utérine. L'examen a trouvé un NN hypertrophique PN à 3500 g, une hypoglycémie, une macroglossie, et une omphalocèle de 3 cm de grand axe. Le bilan poly malformatif était normal. Elle a été opérée à H 40 de vie avec des suites simples. Le SBW a été confirmé par étude génétique objectivant la mutation sur le chromosome 11p15.5. Avec un recul de 32 mois, l'enfant a un bon développement statur pondéral et psychomoteur.

Conclusion

Le SBW chez le nouveau-né de mère diabétique prématuré le prédispose à un risque plus élevé d'hypoglycémie en postnatal immédiat et de tumeurs embryonnaires. Le diagnostic prénatal permet une meilleure prise en charge périnatale.

P111 - Monosomie 1p36 : à propos d'un cas

I. Boudiche (1), I. Selmi (1), Y. Laaribi (2), N. Brahim (1), E. Mermech (1), Z. Khlayfia (1), H. Ouerda (1), J. Kanzari (1), S. Halioui (1), A. Maherzi (1), L. Ben Jemaa (2), O. Azzabi (1), N. Siala (1),

Service de Pédiatrie et Néonatalogie Hôpital Mongi Slim La Marsa (1),
Service de Génétique Hôpital Mongi Slim La Marsa (2),

Introduction

La monosomie 1p36, due à la microdélétion de l'extrémité télomérique du bras court d'un chromosome 1, est le syndrome délétionnel le plus courant avec une prévalence de 1/10 000, voire 1/5000. Cette anomalie chromosomique est caractérisée par une dysmorphie faciale distinctive, une hypotonie, un retard de développement, un déficit intellectuel, une épilepsie, des malformations cardiaques, une détérioration de l'ouïe et l'apparition prénatale d'un déficit de croissance.

Objectifs

Rapporter les manifestations cliniques évoquant une monosomie 1p36

Matériel et méthodes

Etude d'une observation clinique.

Résultats

Nourrisson KJ admise dans notre service à l'âge de 5 mois, qui présente depuis sa naissance une hypotonie, des difficultés de la déglutition avec une hypotrophie sévère. Elle avait par ailleurs une cardiopathie congénitale opérée à type de CA largement perméable avec dilatation importante des cavités gauche et une HTAP sévère. La patiente présentait depuis j10 de vie des crises comitiales hémicorporelles droites jugulées par les traitements habituels, une hypoacousie droite diagnostiquée par impédancemétrie ainsi qu'une dysmorphie faciale caractéristique : une microcéphalie, des yeux enfoncés, des fontanelles antérieure et postérieure largement ouvertes et une fente labiopalatine. Le diagnostic de monosomie 1p36 a été fortement suspecté et confirmé par l'analyse chromosomique sur puce à ADN qui a mis en évidence une délétion terminale du bras court du chromosome 1 en 1p36.33p36.22. Cette délétion a été vérifiée par une technique d'hybridation in situ fluorescente. Cette délétion a emporté un nombre important de gènes (146 gènes) dont CDH5 qui est décrit comme candidat de neuroblastome. Une échographie abdominale a été réalisée et revenue normale. Une recherche des remaniements chromosomiques impliquant cette région a également été pratiquée chez les parents sans anomalies attestant du caractère de survenue de novo de cette délétion.

Conclusion

La monosomie 1p36 est le syndrome délétionnel le plus courant avec un pronostic très variable selon les individus. La PEC doit être multidisciplinaire avec un suivi régulier. Bien qu'elle survienne le plus souvent de novo, la transmission déséquilibrée d'une translocation réciproque équilibrée incriminant la région 1p36 est une hypothèse non négligeable qu'il faut rechercher par un caryotype parental. Dans ce dernier cas réside l'importance du conseil génétique.

P112 - Syndrome de Pfeiffer : à propos d'un cas

F. Bahri, I. Lazrak, N. Balhoudi, A. Sboui, H. Mejaouel

Service de Pédiatrie Kairouan

Introduction

Le syndrome de Pfeiffer est un syndrome rare, à transmission autosomique dominante, atteint 1 individu sur 100 000, associant une craniosténose, des pouces et des gros orteils élargis et déviés, et une syndactylie partielle des mains et des pieds. Une hydrocéphalie peut être parfois présente, ainsi qu'une proptose oculaire sévère, une ankylose des articulations des épaules, des anomalies viscérales et un retard du développement. Il est causé par une mutation au niveau des gènes FGFR-1 ou FGFR-2.

Objectifs

Préciser les particularités cliniques, radiologiques thérapeutiques et évolutive du syndrome de Pfeiffer.

Matériel et méthodes

Nous rapportons le cas du nouveau né ayant ce syndrome Il s'agit d'un nouveau né issu d'une grossesse monofoetale non suivie. L'accouchement a été par voie basse.

Résultats

L'examen clinique à l'admission trouve un poids de naissance de 3300 g, une taille de 50 cm, une macrocéphalie avec un périmètre crânien de 37 cm, une détresse respiratoire une dysmorphie faciale avec un crâne en trèfle, un occiput plat, une hypoplasie centro-faciale, une exophtalmie, une implantation basse des oreilles, des pouces et des gros orteils larges et déviés, une syndactylie bilatérale des doigts et une syndactylie partielle bilatérale entre les deuxièmes et troisièmes orteils. Les explorations radiologiques du squelette ont montré une craniosténose coronale bilatérale. La tomodensitométrie cérébrale et craniofaciale a objectivé une hydrocéphalie, des déformations des os du crâne avec absence des sutures coronales. L'évolution a été marquée par l'amélioration de la détresse respiratoire et le patient a été mis sortant avec un suivi à la consultation externe.

Conclusion

Le syndrome de Pfeiffer est un désordre génétique rare, mais son pronostic reste sombre et grave en raison des nombreuses complications en particulier oculaires et neurologiques. Le diagnostic prénatal de ce syndrome reste difficile et repose une imagerie foetale méthodique.

P113 - Syndrome de régression caudale : à propos d'un cas

F. Bahri, I. Lazrak, N. Balhoudi, A. Sboui, H. Mejaouel

Service de Pédiatrie Kairouan

Introduction

Le syndrome de régression caudale est une maladie congénitale rare. Elle se produit lorsque la colonne vertébrale inférieure ne forme pas complètement avant la naissance Cette zone contient les parties de la colonne vertébrale et des os qui forment les hanches, les jambes, le coccyx, et plusieurs organes importants dans le pelvis et les membres inférieurs.

Objectifs

Préciser les particularités cliniques et radiologiques du syndrome de régression caudale

Matériel et méthodes

Il s'agit d'un nouveau né d'une mère diabétique de sexe masculin, issu d'une grossesse mal suivie. L'accouchement a été par voie basse à terme.

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, né d'une grossesse mal suivie, accouchement par voie basse a 40SA, pas souffrance foetale aigue, a été transféré à notre service pour syndrome polymalformatif. Dans les antécédents, on retrouve la notion de consanguinité de 2eme degré, diabète gestationnel sous régime, des parents en bonne état de sante pas de malformations dans la fratrie. L'examen clinique trouve un nourrisson en bon état général PN A 3500, présentant des malformations de la moitié inférieure du corps à type d'hypotrophie des

cuisse avec abduction des hanches et flexion irréductible des genoux. Il a une cryptorchidie bilatérale et les membres supérieurs sont de morphologie normale. Une radiographie standard de face du bassin et des membres inférieurs réalisée a objectivé un bassin rétréci en entonnoir avec raccourcissement des fémurs, abduction des cuisses et flexion des genoux réalisant la position en « frog-like » des membres inférieurs. Le scanner du bassin a montré une agénésie du sacrum. L'échographie cardiaque a montré une hypertrophie du septum interventriculaire et une petite CIA.

Conclusion

Le syndrome de régression caudale couvre un ensemble de malformations congénitales orthopédiques, gastro-intestinales, génito-urinaires et neurologiques. Sa relation étroite avec le diabète maternel est bien établie, d'où l'intérêt d'un diagnostic prénatal précoce pour une prise en charge adéquate.

P114 - Association VACTERL : à propos d'un cas

F. Bahri, I. Chelly, W. Barbaria, I. Khamassi

Service de Pédiatrie Bizerte

Introduction

L'association VACTERL/VATER est une association non fortuite de malformations congénitales à type d'anomalies vertébrales, d'une atrésie anale, de fistule trachéo-oesophagienne, de malformations rénales et des anomalies des membres. Son incidence est de 1/10000 à 1/40000 naissances vivantes. La présence d'au moins trois malformations permet de porter le diagnostic.

Objectifs

Préciser les particularités cliniques, radiologiques thérapeutiques et évolutive de l'association VACTERL/VATER

Matériel et méthodes

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin, issue d'une grossesse mal suivie compliquée d'un hydramnios. Accouchement par césarienne à terme, pas de souffrance périnatale. Le poids néonatal est de 2600g.

Résultats

Elle a été admise dans notre service pour détresse respiratoire néonatale en rapport avec atrésie de l'œsophage. L'examen clinique trouve une dysmorphie faciale, une agénésie du pouce droit, une syndactylie bilatérale du 2ème et 3ème orteils. Le nouveau-né a été opéré au troisième jour de vie avec fermeture de la fistule oeso-trachéale; les suites postopératoires étaient simples. Une échographie cardiaque a montré une communication interauriculaire. Une échographie abdominale a été normale. L'évolution a été marquée par un retard pondéral et un asthme du nourrisson nécessitant plusieurs hospitalisations.

Conclusion

Le diagnostic d'association VACTERL/VATER est un diagnostic clinique. Sa prise en charge est axée sur la correction chirurgicale des anomalies spécifiques en période néonatale immédiate, suivie d'une prise en charge médicale à long terme des séquelles des malformations congénitales. Pas de déficit neurocognitif n'a été rapporté. Son étiologie génétique reste inconnue jusqu'à ce jour malgré le développement des moyens de diagnostic génétiques.

P115 - Syndrome de Rubinstein-Taybi : à propos de deux cas

F. Bahri, I. Chelly, W. Barbaria, I. Khamassi

Service de Pédiatrie Bizerte

Introduction

Le syndrome de Rubinstein-Taybi est un syndrome malformatif rare caractérisé par des anomalies congénitales : microcéphalie, faciès caractéristique, pouces et gros orteils larges, un retard de croissance postnatale, une petite taille, un déficit intellectuel et des signes comportementaux caractéristiques.

Objectifs

Préciser les particularités cliniques, radiologiques thérapeutiques et évolutive du syndrome de Rubinstein-Taybi.

Matériel et méthodes

Nous rapportons dans notre travail deux frères jumeaux homozygotes qui présentent ce syndrome.

Résultats

Il s'agit de deux frères Youssef et Sabri issus d'une grossesse gémellaire monochoriale biamniotique mal suivie. Accouchement à terme par césarienne pour utérus cicatriciel, bassin rétréci et grossesse multiple. Pas de souffrance périnatale pour les deux nouveaux nés. A la naissance, ils présentent respectivement un poids de 2450g et 2150g, un retard statural avec une taille à 45 cm et 44cm, une microcéphalie congénitale avec un périmètre crânien de 31,5 cm et 31cm. Ils ont été adressés à la consultation de génétique médicale à l'âge de 3 ans pour exploration d'un retard de croissance à début prénatal avec une taille à -2 DS, une microcéphalie à -2 DS, une dysmorphie faciale avec hypertélorisme, des fentes palpébrales obliques, un nez aquilin, une columelle saillante, un palais ogival et une micrognathie et une cryptorchidie bilatérale. L'examen des extrémités montre des pouces et des gros orteils larges. Les explorations radiologiques du squelette ont montré une accentuation de la cyphose dorsale pour les deux. L'échographie cardiaque et abdomino-rénale sont revenues normales. Notion de retard global de développement. L'évolution a été marquée par la persistance du retard statural, absence de développement de langage, un sourire caractéristique avec fermeture simultanée des yeux, une accentuation de la dysmorphie avec l'âge pour les deux frères. Le caryotype et la recherche de microdélétion 16p13.3 ont été recherchés chez les deux frères, mais ils sont revenus normaux.

Conclusion

Le syndrome de Rubinstein-Taybi est un désordre génétique rare. La presque totalité des cas sont sporadiques. On peut offrir un diagnostic prénatal dans ces familles si une confirmation moléculaire a été réalisée. Ces patients nécessitent une prise en charge multidisciplinaire, symptomatique, paramédicale et psycho-éducative pour améliorer l'intégration de ces enfants dans leur entourage et améliorer leur qualité de vie et celle de leurs parents. L'espérance de vie dépend des malformations associées et au risque de tumeurs associées.

P116 - Le syndrome de Wiskott-Aldrich à début néonatal

I. Boudiche, E. Marmech, I. Selmi, S. Khatteche, H. Ouerda, Z. Khlayfia,
J. Kanzari, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

Service de pédiatrie Hôpital Mongi Slim La Marsa, Tunisie

Introduction

Le syndrome de Wiskott-Aldrich (WAS) est un déficit immunitaire héréditaire récessif lié à l'X caractérisé par une microthrombocytopenie, un eczéma, des infections récurrentes parfois sévères et un risque accru de manifestations auto-immunes et/ou oncohématologiques. Le WAS est dû à des mutations du gène WAS (Xp11.4-p11.21). L'incidence est estimée à moins de 1/100 000 naissances vivantes. Le WAS se manifeste en général pendant l'enfance, mais un début néonatal est possible

Objectifs

Etudier les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives du syndrome de Wiskott-Aldrich.

Matériel et méthodes

Nous rapportons l'observation d'un nouveau né admis pour thrombopénie néonatale dont le diagnostic retenu au cours du suivi était le syndrome de Wiskott Aldrich

Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né Safouan eutrophique, issu d'un mariage non consanguin sans antécédents particuliers admis en période néonatale pour suspicion d'infection materno fœtale associée à une thrombopénie sévère. Le NN a été mis sous antibiothérapie et a bénéficié d'une cure d'immunoglobuline avec normalisation du taux de plaquettes. A l'âge de deux mois Safouan a été réadmis pour rectorragie avec un chiffre de plaquette à 22000/mm³. Une deuxième cure par immunoglobuline a été instaurée. Au cours de son hospitalisation le nourrisson a présenté une cellulite du pied, et a été mis sous antibiothérapie avec une amélioration clinique et biologique. L'évolution a été faite par persistance d'une thrombopénie sans syndrome hémorragique. A l'âge de six mois l'enfant nous a été ré adressé devant un purpura extensif et une thrombopénie à 14000/mm³ avec un volume plaquettaire moyen bas à 4.9 fl. Lors de l'examen

clinique du nourrisson, un eczéma modéré du front et des joues a été noté. Le diagnostic de syndrome de Wiskott Aldrich a été fortement suspecté. Le diagnostic a été confirmé par une étude génétique qui a révélé une mutation du gène de la protéine WAS : c.257G> A; NP_000368.1: p.Arg86His (R86H). La substitution par immunoglobulines IV ont été programmées toutes les trois semaines et les antibiotiques oraux quotidiens pour prévenir les infections ont été prescrits. Une enquête HLA de la famille est en cours.

Conclusion

Le syndrome de WAS a une expression clinique hétérogène. Le diagnostic doit être évoqué en présence de thrombopénie avec volume plaquettaire bas. Une surveillance attentive clinique et biologique des patients atteints est nécessaire devant le risque accru de manifestations auto-immunes et oncohématologiques à type de lymphome. Le seul traitement curatif est la greffe de cellules souches hématopoïétiques réalisée le plus tôt possible avec un donneur HLA compatible.

P117- Atrésie duodénale et anomalie de la rotation :une association rare A propos d'un cas

D. Brahem, T. Guedira, H. Yengui, I. Briki, N. Soyed, M. Houssein

Service de Pédiatrie ibn el jazzar kairouan

Introduction

l'atrésie duodénale est une embryopathie qui entraîne une absence complète (atrésie)ou incomplète(sténose)de la lumière duodénale .d'autres malformations peuvent s'y associer classiquement(atrésie de l'œsophage,malfomations anorectale et urogénitale) mais l'association avec une anomalie de rotation est rare.elle n'est pas facilement détectable en prénatal et l'magerie préopératoire est non discriminante .

Objectifs

Notre observation illustre ce type de difficulté.

Matériel et méthodes

Observation faite à propos d'un cas hospitalisé en unité de réanimation néonatale

Résultats

Nouveau né de sexe féminin admise à H38 de vie pour des vomissements bilieux. Grossesse mal suivie, une seule échographie faite à 35SA montrant un hydramnios non exploré (mère perdue de vue). accouchement à terme par voie basse avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. à l'admission : poids=2400g, eutrophique pour le terme, faciès trisomique, sur le plan respiratoire, eupneïque, saturation correctement à l'AA, état hémodynamique stable, une légère hypotonie axiale, à l'examen abdominal : abdomen plat, résidus verdâtre, transit conservé. aux explorations : bilan de métabolisme correct, radiographie thoraco abdominale : sonde nasogastrique en place, image en double bulle, pas d'anomalie vertébrale. Echographie cardiaque de débrouillage : normale. Echographie abdominale avec doppler a été demandée pour éliminer un volvulus du grêle, mais l'étude des vaisseaux mésentériques était gênée par l'interposition des gaz digestifs. Le diagnostic d'atrésie duodénale a été évoqué et une chirurgie a été indiquée en urgence. L'intervention a retrouvé une association entre une atrésie duodénale et un mésentère commun incomplet. La correction des deux anomalies s'est déroulée sans incident avec une bonne évolution post opératoire : régime introduit à J9 post opératoire avec une bonne tolérance.

Conclusion

Le pronostic de l'atrésie duodénale est souvent favorable et reste relié à la présence ou non de malformations associées. L'analyse minutieuse des moyens radiologique et échographique préopératoire est primordiale pour rapprocher au mieux le diagnostic et éviter une ré intervention en période néonatale.

P118 - Bride jéjuno – pariétale : une cause rare d'occlusion néonatale. A propos d'un cas

D. Brahem, I. Briki, H. Yengui, N. Soyed, T. Guedira, H. Mejaouel

Service de Pédiatrie ibn el jazzar kairouan

Introduction

L'occlusion intestinale se définit comme une difficulté à la progression du contenu intestinal soit par un obstacle situé entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anus (mécanique), soit par un arrêt de péristaltisme (fonctionnelle). Parmi les

causes d'occlusion intestinale aigue : la bride qui est avant tout une maladie du patient laparatomisé, rarement congénitale .

Objectifs

*insister sur les signes sémiologiques orientant vers une cause chirurgicale du syndrome occlusif. *mettre le point sur un diagnostic rare, qui est la bride congénitale.

Matériel et méthodes

Nous rapportons le cas d'une bride congénitale révélée par un syndrome occlusif.

Résultats

Il s'agit d'un nouveau né de sexe masculin, issue d'une grossesse monofoeatale. Accouché sur un terme de 38SA par voie basse avec notion de souffrance foetale aigue (apgar5/8/9). Admis à H40 de vie pour des vomissements verdâtres. méconium émis à H24 de vie. A l'examen : bébé plaintif, poids à 3600 g (eutrophique pour le terme), stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, abdomen globuleux, sensible à la palpation, transit positif. L'abdomen sans préparation a montré des anses très dilatées, avec épaississement des espaces interanses, pas de niveau hydroaérique. Echographie abdominale : pas de volvulus. Au bilan hyponatrémie sévère à 123 mmol/l, insuffisance rénale fonctionnelle. Notre conduite était l'admission en milieu de réanimation , la correction des troubles hydro électrolytiques ,double antibiothérapie par claforan ,flagyl(prise en charge comme entérocolite devant le contexte de souffrance) et une surveillance .devant l'absence d'amélioration ,on a refait l'asp qui a montré un aspect en double jambage ,et le malade a été opéré à j4 de vie . le diagnostic d'une bride jéjuno-pariétale avec anse souffrante a été posé. Une résection anastomose a été nécessaire avec une bonne évolution postopératoire.

Conclusion

Devant tout vomissement verdâtre, une cause chirurgicale doit être évoquée en premier lieu. Les examens paracliniques peuvent être normaux, notamment dans les cas des brides congénitales.

P119 - Le remplacement œsophagien et sa place dans l'arsenal thérapeutique de l'atrésie de l'œsophage

M. Massoud, M. Ben Fredj, S. Ben Youssef, S. Mani, S. Sfar, A. Ksiai, S. Lassaad, M. Mekki, M. Belguith, A. Nouri

Service de chirurgie pédiatrique, Monastir

Introduction

Le remplacement œsophagien traite un large spectre de pathologies œsophagiennes congénitales et acquises et il est indiqué en cas d'atrésie œsophagienne à long gap ou après échec d'une réparation primaire.

Objectifs

Dégager la place du remplacement œsophagien dans l'arsenal thérapeutique de l'atrésie de l'œsophage

Matériel et méthodes

Nous rapportons les cas d'atrésie de l'œsophage qui ont eu un remplacement œsophagien dans notre service entre janvier 1987 et 2017.

Résultats

Il s'agit de 5 patients, de sexe masculin avec une moyenne d'âge au moment de la chirurgie de 37 mois porteurs d'atrésie de l'œsophage, 3 cas de type I, un cas d'AO type II et un cas d'AO type III. 3 malades ont eu initialement une gastrostomie d'alimentation et une œsophagostomie à la naissance et le remplacement a été indiqué devant l'écart très important entre les deux culs du sac. Un cas d'AO type I a eu une gastrostomie et mise en aspiration continue du cul de sac supérieur pendant 4 mois puis il a eu une anastomose œsophagienne compliquée par une médiastinite et un lâchage complet d'où l'indication du remplacement. Pour le cas d'AO type III, il a eu initialement une anastomose œsophagienne compliquée par une sténose anastomotique serrée qui a échappé à plusieurs tentatives de dilatation et mise en place d'un stent à 4 reprises. L'œsophagoplastie a été faite par le colon transverse dans tous les cas. L'évolution était bonne pour 3 patients, 1 cas de sténose anastomotique qui a bien évolué après deux séances de dilatation pneumatique et 1 cas de décès.

Conclusion

Puisque l'oesophagoplastie peut être la dernière chance d'un enfant porteur d'atrésie de l'œsophage, elle reste un défi important pour les chirurgiens pédiatres en raison de difficultés opératoires et dans l'objectif d'assurer un bon résultat fonctionnel et une meilleure qualité de vie.

P120 - Découverte néonatale d'un polype vaginale, Intérêt de l'examen systématique à la naissance.

M. Massoud, S. Mosbahi, M. Ben Fredj, S. Mani, S. Ben Youssef, A. Ksiao, S. Lassaad, M. Mekki, M. Belguith, A. Nouri

Service de chirurgie pédiatrique, Monastir

Introduction

Les anomalies congénitales du tractus génital féminin sont relativement courantes. Par ailleurs, les polypes vaginaux fibro-épithéliaux chez la petite fille sont extrêmement rare.

Objectifs

Intérêt d'un bon examen systématique du nouveau né dans le diagnostic des malformations vaginales

Matériel et méthodes

Nous rapportons un cas de nouveau né de sexe féminin portant un polype vaginal

Résultats

Observation : Un nouveau-né, de sexe féminin, a été adressé à notre service pour prise en charge d'une masse vaginale pédiculée de 1,5 cm, découverte lors de l'examen physique systématique du nouveau-né. Elle n'avait aucune malformation associée. L'excision chirurgicale du polype a été réalisée à l'âge de 10 jours sans incident. L'examen histopathologique a révélé un polype fibroépithélial du vagin (FEPV).

Conclusion

Les polypes fibro-épithéliaux doivent être inclus dans le diagnostic différentiel d'une masse inter-labiale chez un nouveau-né. Bien qu'elles sont bénignes et récidivent rarement, les polypes vaginaux doivent être complètement excisés. Un long suivi est suggéré car elles peuvent se reproduire à tout âge.

P121 - La ponction aspiration échoguidée : traitement mini-invasif des kystes ovariens néonataux : à propos de 4 cas

M. Massoud, M. Ben Fredj, S. Ben Youssef, S. Mani, N. Kechiche, R. Lamiri, S. Lassaad, M. Mekki, M. Belguith, A. Nouri

Service de chirurgie pédiatrique, Monastir

Introduction

Introduction : Le kyste ovarien est l'étiologie la plus fréquente de masse abdominale kystique néonatale. La plupart des kystes néonataux sont simples et de petite taille et disparaissent spontanément au décours de premier mois de naissance en contre partie les kystes de grande taille peuvent exposer l'ovaire au risque de torsion et entrave la vitalité du parenchyme ovarien ainsi un traitement urgent s'impose dès les premiers jours de vie.

Objectifs

Le but de notre étude de rappeler l'intérêt de la ponction percutanée échoguidée des kystes ovariens simples

Matériel et méthodes

Etudes rétrospective sur les cas de kystes ovariens traités par ponction échoguidée percutanée dans notre service entre l'année 2010 et 2019.

Résultats

Il s'agit de 4 cas âgée respectivement de 1 jour, 20 jours, 1 mois et 3 mois, tous les kystes ont été de découverte en anténatale avec une taille qui varie de 5 cm à 9 cm, cliniquement on palpe une masse abdomino-pelvienne dans 2 cas. Tous les malades ont eu une échographie pelvienne qui confirme la présence de kyste

et 1 malade a eu un scanner abdomino-pelvien car le diagnostic de kyste était incertain. Tous les kystes étaient simples sans cloisons intra-kystique ni végétations. Les malades ont eu une ponction percutanée sous contrôle échographique dans le service de radiologie sous anesthésie locale, la ponction de kyste a ramené un liquide jaune citrin avec un taux de alpha foeto-protéine et BHCG normal et taux d'œstradiol élevé. Pas de complication immédiate lors de la ponction. L'évolution était marquée par disparition progressive du kyste au bout d'un temps moyen de 18 mois.

Conclusion

La ponction percutanée échoguidée appartient à l'arsenal thérapeutique de traitement de kyste ovarien simple avec une taille supérieure à 4 cm. Elle permet de diminuer la taille de kyste mettant ainsi l'ovaire à l'abri de toute complication et facilite l'évolution vers la disparition. Elle a aussi l'avantage d'éviter une anesthésie générale et un acte chirurgical avec ses complications. Ainsi elle paraît une solution facile, efficace et anodine.

P122 - Torsion testiculaire anténatale : faut-il l'opérer en urgence ?

M. Massoud, M. Ben Fredj, S. Ben Youssef, S. Mani, S. Mosbahi, S. Belhassen, S. Lassaad, M. Mekki, M. Belguith, A. Nouri

Service chirurgie pédiatrique, monastir

Introduction

Devant une bourse aigue chez un nouveau-né, le diagnostic de torsion du cordon spermatique doit être évoqué. L'indication d'une intervention en urgence est discutée.

Objectifs

Discuter la place de la chirurgie en urgence dans le cadre de torsion testiculaire anténatale

Matériel et méthodes

Nous rapportons un cas d'une torsion testiculaire anténatale (TTA)

Résultats

Nouveau né de sexe masculin, né à terme par voie basse, adressé à J1 de vie pour prise en charge d'une bourse aigue découverte lors de l'examen systématique. A l'examen on note une tuméfaction scrotale gauche d'aspect bleuté, douloureuse à la palpation. Le testicule droit était sans anomalies. L'écho doppler objective un testicule gauche non vascularisé diminué de volume avec épaissement des enveloppes vaginales en faveur d'une torsion testiculaire. L'exploration chirurgicale a noté la présence d'un testicule gauche totalement nécrosé avec 2 tours de spire du cordon spermatique en supra-vaginale. Il a eu une orchidectomie gauche après ligature des vaisseaux et une orchidopexie droite de principe.

Conclusion

La TTA est une pathologie rare. La forme extra-vaginale est la plus fréquente. Seul l'exploration chirurgicale permet de poser le diagnostic. vue que le testicule est généralement nécrosé certains auteurs ne voient pas l'indication de cette exploration chirurgicale sauf dans le but de fixer le testicule controlatéral.

P122 - Diagnostic antenatal et prise en charge néonatale de l'omphalocele.

I. Ghaddab (1), S. Smida (2)

Service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Maternité et de Néonatalogie de Monastir (1),
Service de gynécologie obstétrique sousse (2)

Introduction

L'omphalocèle se présente comme une large hernie centrée par le cordon ombilical où les viscères extériorisés sont protégés par un sac. Le diagnostic anténatal de l'omphalocèle est le plus souvent fait lors de l'échographie initiale vers la 12ème semaine d'aménorrhée. Leur pronostic dépend des malformations associées, de la précocité de la prise en charge, de la taille du collet et du contenu.

Objectifs

Préciser l'intérêt de l'imagerie anténatale dans le diagnostic positif de l'omphalocèle et leur pronostic neonatal.

Matériel et méthodes

A travers 2 observations d'omphalocèle colligées dans les services, de Gynécologie Obstétrique et de Radiologie du Centre de Maternité et de Néonatalogie, CHU Fattouma Bourguiba Monastir, et à travers une revue de la littérature, on revoit les critères diagnostiques de cette anomalie ainsi que les facteurs pronostiques permettant le suivi de la grossesse et la gestion de l'accouchement.

Résultats

observation 1; Madame S, 25 ans, G2P2A0, sans antécédents pathologiques notables. Sa grossesse actuelle était de déroulement normal avec une échographie obstétricale réalisée à 18 SA révélant: un défaut pariétal mesurant 3.5 cm livrant passage au foie et à la vésicule biliaire. Echographie en mode B montre la présence d'une masse médiane antérieure de la paroi abdominale présentant un contour net à contenu hépatique (flèche) avec de l'ascite (étoile). Etude en mode doppler montre la veine ombilicale qui reste médiane à travers l'ouverture pariétale du fait de son trajet intrahépatique avec le un cordon ombilical est composé d'une seule artère ombilicale. La patiente était admise en travail à 37 SA. L'accouchement par voie basse était accepté après avoir avisé l'équipe de néonatalogie. La nouveau-née de sexe féminin avait un score d'Apgar de 9//10/10, le poids de naissance était 3400g et présentait une macroglossie et une omphalocèle faisant 6 cm de diamètre et dont le collet mesurait 3cm contenant une partie du foie avec de l'ascite. Elle a été transférée au service de chirurgie pédiatrique et a bénéficié d'une fermeture chirurgicale idéale. Devant l'association omphalocèle, macroglossie et hypoglycémies, BECKWITH-WIEDEMANN était fortement suspecté. Les échographies cardiaques et trans-fontanelle pratiquées à la recherche de malformations associées n'ont pas montré d'anomalies. L'évolution était favorable avec introduction de l'alimentation à J2 de vie, et sa sortie le 30/07/12 (J16 de vie). Le caryotype était normal et l'analyse des marqueurs microsatellites a confirmé le diagnostic de SBW. Vue aux consultations externes 1 mois après, elle a pesé 3500g et était bien portante. Elle est revue 3 mois après la 1ère consultation et a pesé 5600g. **observation 2:** Madame, 28 ans, G1P1A0. Sa grossesse actuelle était mal suivie. La première échographie obstétricale était réalisée à 30 SA montrant: la présence d'une masse médiane antérieure de la paroi abdominale présentant un contour net à contenu intestinale (plus hyperéchogène que le parenchyme hépatique avec l'étude en mode doppler montre la veine ombilicale qui contourne les viscères herniés. Une réunion multidisciplinaire était planifiée. Un accouchement par césarienne est pratiqué à 38 SA donnant naissance à un bébé de sexe masculin, le poids de naissance était 4400 grammes, l'Apgar 9/10. Il avait à l'examen une macroglossie avec protrusion de

la langue et une omphalocèle de 7 cm de diamètre et dont le collet mesurait 4 cm. Il a été transféré en chirurgie pédiatrique où il a bénéficié d'une réintégration et une fermeture idéale du défaut. Il a présenté un épisode d'hypoglycémie unique à la naissance et la surveillance ultérieure de la glycémie était sans anomalies. Une échographie abdominale n'a pas montré de malformation associée. Une recherche moléculaire du SBW par analyse de marqueurs microsatellites au niveau du chromosome 11 a été faite revenue négative.

Conclusion

L'échographie constitue la modalité d'imagerie de choix pour l'étude de la paroi abdominale. En effet le diagnostic d'une omphalocèle peut être fait dès la 12^{ème} SA. Les éléments pronostiques essentiels étaient les malformations ainsi que les anomalies chromosomiques associées. Plusieurs autres facteurs pronostiques ont été évalués avec des résultats hétérogènes (données post-natales, prénatales), les critères de mesure des omphalocèles étaient variables (diamètre, périmètre, collet), ne permettant pas une évaluation objective. La prise en charge du fœtus avec une omphalocèle, nécessite un plateau technique multidisciplinaire : chirurgiens pédiatres, anesthésistes réanimateurs pédiatres, gynéco-obstétriciens avec le recours à des foetopathologistes et des généticiens.

P124 - Naissance prématurée et séjour en soins néonatalogiques : quel impact sur les interactions mère-bébé et la sante mentale des mères ?

R. Khemakhem (1), I. Selmi (2), S. Bourgou (1), E. Mermech (2), A. Maherzi (2), A. Belhadj (1), O. Azzabi (2), N. Siala (2),

Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa (1),

Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa (2)

Introduction

La naissance prématurée d'un enfant représente pour les couples une situation stressante, bouleversante voire traumatique puisqu'elle va inéluctablement entraîner des questionnements sur la survie ou pas de l'enfant et les éventuelles séquelles d'un séjour plus ou moins long en soins néonatalogiques. Comment se développe alors le lien mère-enfant ? Et quel impact cette naissance prématurée va-t-elle avoir sur la santé mentale de la mère ?

Objectifs

Examiner les interactions mère-bébé prématuré en ICU et évaluer l'impact de cette naissance sur l'état psychologique des mères.

Matériel et méthodes

Etude transversale menée de Mars à Mai 2017 au service de Pédiatrie et Néonatalogie de l'hôpital Mongi Slim- La Marsa et incluant dix dyades mères-bébés prématurés hospitalisés en unité de soins néonataux. Les mères ont bénéficié d'un entretien semi-directif comprenant une grille d'entretien, le Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) évaluant les interactions mère-bébé (un score élevé indique que le parent ressent peu d'affection pour l'enfant), l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) pour le dépistage des dépressions du post-partum (score seuil de 12) et l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) pour la mesure de la symptomatologie anxieuse.

Résultats

L'âge moyen des mères étaient de 32,4 ans avec des extrêmes allant de 22 à 47 ans. Deux mères ont décrit des antécédents psychiatriques personnels de type dépressif en rapport avec un événement de vie traumatique. La grossesse actuelle n'était pas désirée dans 3 cas dont 2 correspondant aux mères présentant des antécédents de dépression. La première rencontre mère-bébé s'est faite à travers les parois de l'incubateur pour 8 mamans et via des photos pour les 2 autres. En ce qui concerne les interactions, le score moyen au PBQ était de 14,2 avec des extrêmes allant de 7 à 36. À l'EPDS, dont le score moyen était de 7,88, trois mères avaient un score supérieur à 12 (l'une était primipare et les 2 autres présentaient les antécédents de dépression antérieure). Les niveaux moyen et élevé à la sous-échelle anxiété de l'HADS ont été retrouvés chez les 3 mères pour qui nous avons les scores les plus élevés pour la symptomatologie dépressive. Plus les mères étaient déprimées ou anxieuses, plus elles avaient des scores d'interaction élevés (respectivement $p=0,009$ et $p=0,012$).

Conclusion

La naissance prématurée semble affecter l'état psychologique des mères et leurs interactions avec leur bébé.

P125 - Diagnostic anténatal et prise en charge néonatal de la malformation adénomatoïde kystique du poumon (MKAP)

I. Ghaddab (1), H. Mhabrech (2)

Service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Maternité et de Néonatalogie de Monastir (1)
service de Radiologie B du Centre de Maternité et de Néonatalogie de Monastir (2)

Introduction

MAPK est une des lésions les plus fréquentes des malformations pulmonaires. Leur évolution spontanée et leur pronostic sont le plus souvent favorables mais l'apparition des complications est possible, c'est dire toute l'importance d'un diagnostic anténatal précis pour améliorer leur prise en charge.

Objectifs

Préciser l'intérêt de l'imagerie anténatale dans le diagnostic positif, différentiel et le pronostic de la MKAP. Déterminer la prise en charge post natal

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 2 dossiers médicaux des patientes ayant un diagnostic anténatal (échographie, IRM) de malformation adénomatoïde kystique du poumon. Les données sont recueillies à partir des dossiers médicaux de deux patientes qui ont été pris en charge aux services de Radiologie B et de Gynécologie Obstétrique du Centre de Maternité et de Néonatalogie de Monastir et au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hopital Taher Sfar de Mahdia.

Résultats

Le diagnostic antenatal du MAKP était posé par l'échographie obstétricale dans les deux cas. Dans la première observation, la découverte de cette malformation était réalisée à 24 SA et était affirmé par IRM à 28SA. L'évolution anté et post natale était favorable avec traitement chirurgical à 1 an et l'histologie avait confirmé le diagnostic, il s'agissait d'un type III de la classification de Stocker. Alors que dans le deuxième cas, le diagnostic anténatal était réalisé à un stade plus tardif, motivé par l'installation d'un hydramnios sévère. Le fœtus était porteur d'une MKAP macrokystique compliquée d'anasarque fœtal, d'hydramnios sévère. L'évolution était marquée par la survenue d'un MFIU à 36 SA.

Conclusion

La malformation adénomatoïde kystique congénitale du poumon (MKAP) est une pathologies très rare, son diagnostic anténatal peut être fait dès la seizième semaine du développement de l'œuf . L'exérèse chirurgicale post natale du lobe intéressé est salvatrice pour le nouveau né. Cela justifie la place de l'imagerie dans le diagnostic et le suivi anténatal des malformations fœtales en vue d'un traitement post natal de la pathologie.

P126 - Déterminants de la morbidité hospitalière liée aux cardiopathies congénitales révélées à l'âge néonatal

F. Ayari, H. Chourou, A. Khlifi, E. Cherifi, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Introduction

Introduction : Les cardiopathies congénitales (CC) sont des anomalies cardiaques qui surviennent lors de la formation du cœur pendant la vie intra-utérine. Elles sont extrêmement diverses, allant des simples anomalies bénignes compatibles avec la croissance de l'enfant sans problèmes majeurs jusqu'à la malformation grave rendant impossible la survie du nouveau-né. Leur incidence est estimée entre 6 et 9‰ naissances vivantes. Leur épidémiologie a considérablement changé grâce à la transformation des conditions de diagnostic anténatal.

Objectifs

Notre étude a pour but de préciser les déterminants de la morbidité hospitalière liée aux cardiopathies congénitales.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique colligeant tous les nouveau-nés porteurs de CC dans sept services de pédiatrie et de néonatalogie en Tunisie sur une période de deux ans allant du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2016.

Résultats

La morbidité en néonatalogie dans notre étude était de 37,8%. Elle était liée au

retard de l'acte opératoire et au tableau clinique sévère nécessitant le recours prolongé aux Prostine*, tonicardiaques et/ou à la ventilation mécanique. Nous avons retrouvé une augmentation de la morbidité chez 28 nouveau-nés out-born parmi 109, $p=0.002$. La présence d'un antécédent de cardiopathie congénitale, la présence d'anomalies associées et la trophicité n'étaient pas liée à une augmentation du risque de morbidité. Le type de cardiopathie était associé à un risque accru de morbidité néonatale, $p= 0.01$.

Conclusion

Dans notre étude, la morbidité hospitalière des cardiopathies congénitales révélées en période néonatale était majorée en cas de naissance hors d'une structure hospitalière de niveau III et surtout avec le type de cardiopathie.

P127 - Mortalité hospitalière des prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée.

H. Charfi, M. Charfi, C. Regaieg, R. Regaieg, A. Ben Hmed, A. Bouraoui, N. Hmida, A. Ben Thabet, A. Gargouri

Service de Néonatalogie CHU Hedi Chaker Sfax.

Introduction

La grande prématurité est responsable d'une morbidité et d'une mortalité néonatales élevées. Sa prévalence est en perpétuelle augmentation.

Objectifs

L'objectif de notre étude était d'évaluer la mortalité hospitalière des prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée (SA).

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective sur la période s'étalant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2016. Nous avons inclus tous les prématurés nés vivants avant 33 SA dans la maternité centrale de Sfax (MCS) et hospitalisés au service de néonatalogie pendant la période d'étude.

Résultats

L'incidence de la grande prématurité par rapport au nombre de naissances vivantes dans la MCS était de 1,85%. Le nombre de ces prématurés était autour de 190/an. Les grossesses étaient compliquées de pré éclampsie dans 27% des cas et de rupture prématurée des membranes dans 30,4% des cas. 22,5% étaient issus de grossesses multiples. La prématurité était induite dans 47,7% des cas, avec un taux de césarienne à 76,5%. La corticothérapie anténatale était réalisée dans 76,1%. La mortalité hospitalière globale était de 25%. Ces décès ont représenté 37,8% de l'ensemble de nouveau-nés décédés dans le service pendant les 3 années de l'étude. Les facteurs de risque de mortalité étaient le faible âge gestationnel, notamment avant 28 SA (71%), le poids de naissance inférieur à 1000g (70,7%), le sexe masculin (28,7%) et l'absence de corticothérapie anténatale (39,3% versus 20,7%). Les principales causes de décès étaient l'immaturité (26,1%), la maladie des membranes hyalines (19,7%), les infections nosocomiales (12,7%) et les malformations congénitales (5,6%).

Conclusion

Nous avons noté une amélioration du taux de survie de ces prématurés. Cependant le pronostic est toujours réservé pour les prématurés nés avant 28 SA. Nos efforts doivent être centrés sur la prévention de l'extrême prématurité et l'amélioration du pronostic des prématurés nés après 28 SA.

P128 - L'asphyxie périnatale chez le nouveau né à terme et pré-terme: Evitable mais...

F. Ayari, K. Ben Cheikh, E. Cherifi, A. Khalouaoui, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem

Service de médecine et de réanimation néonatale. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Introduction

L'asphyxie périnatale (APN) constitue une cause de mortalité néonatale importante, qui peut atteindre 20%, elle complique environ 0.5% d'accouchement à terme et pré-terme. L'APN peut être responsable d'une défaillance multi-viscérale et d'une encéphalopathie néonatale sévère avec des séquelles neurosensorielles importantes.

Objectifs

Etudier les déterminants de l'asphyxie périnatale chez les nouveau nés a terme et pré-terme.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective et analytique menée sur une période de sept mois allant de juin 2019 au décembre 2019 ayant ciblé le nouveau né nés de 34 semaines d'aménorrhée et plus hospitalisés au service de néonatalogie du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (CMNT) pour asphyxie périnatale.

Résultats

Quarante-huit nouveau nés ont été inclus d'âge gestationnel entre 34 SA et 41 SA+ 4 jours (24 à terme et 24 prématurés, le poids moyen est 2800 (entre 1kg300 et 4kg300), 34 de ces nouveau nés soit 70% inclus sont nés par césarienne (dont 38% sous anesthésie générale) 3 cas d'hématome retro placentaire ont été retrouvés, 7 cas de placenta accréta hémorragique 1 cas de rupture utérine. La souffrance fœtale aigue enregistrée par l'enregistrement du RCF est retrouvée dans 33% (16 cas). Les pathologies malformatives ont représenté 29% des cas soit 14 (dont 50% de hernie diaphragmatique, 29% de syndrome polymalformatif, 21% de malformations cardiaques), 8% sont nés dans un tableau d'anasarque foetoplacentaire, 4% avec RCIU, 1 cas d'immobilisme fœtal et un cas de thrombus intracardiaque ont été enregistrés. La rupture prématurée des membranes a compliqué 16% des grossesses avec 4% de chorioamniotite. 18% des mamans étaient diabétiques (9 cas) dont 22% sous insuline, un cas d'acidocétose inaugurale décompensée par une infection urinaire est enregistré, 10% était hypertendues avec pré-eclampsie sévère dans 20% des cas. 12% des mamans n'ont pas consulté le long de la grossesse. Les anomalies du cordon ont été retrouvées dans 18% des cas. Dans 20% des cas le pédiatre n'était pas présent au moment de l'accouchement ce qui a aboutit a un retard de prise en charge d'une mauvaise adaptation a la vie extra-utérine d'où une asphyxie périnatale

Conclusion

L'asphyxie périnatale est une cause fréquente de morbi-mortalité néonatales avec des conséquences lourdes à court et à long terme. Le suivi de la grossesse, le dépistage des pathologies maternelles (diabète, HTA, infections), les échographies prénatales permettent une meilleur prise en charge périnatale et une diminution de l'incidence de l'APN et ses lourdes conséquences.

P129 - Prise en charge et devenir des grands prématurés au service de néonatalogie de Mahdia

A. Ouali, S. Bouguerra, I. Fekih Romdhane, A. Yahyaoui, H. Ben Hamouda, S. Ghanmi, H. Soua

Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia

Introduction

L'incidence de la prématurité a augmenté ces dernières années. La prise en charge initiale des grands prématurés est très spécifique et détermine le devenir précoce et tardif de ces patients très fragiles.

Objectifs

Déterminer les aspects épidémiologiques, la prise en charge initiale et le devenir précoce des grands prématurés au service de néonatalogie de Mahdia.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective et descriptive des grands prématurés nés entre 28 et 32 SA + 6 jours à la maternité centrale sur une période de deux ans (2017 et 2018) et hospitalisés au service de néonatalogie du CHU Tahar Sfar de Mahdia.

Résultats

Au total, 100 grands prématurés ont répondu aux critères de sélection. Le terme moyen était de 31 SA + 5 j avec un PN moyen de 1555 g dont 31% étaient hypotrophes. Les grossesses étaient compliquées de toxémie gravidique (15%), de RPM (15%), de diabète gestationnel (13%), d'HRP (7%) et de placenta prævia (4%). La grande prématurité était spontanée dans 54% des cas. En salle de naissance, 19% ont été intubés. La morbidité était dominée par la DRNN (91%) dont 45% secondaire à une DRT, 48% à une MMH et 6,5% à une IMF. La MMH était d'autant plus fréquente que l'âge gestationnel est faible. Le surfactant a été administrée dans 22% des cas. Un support ventilatoire s'est avéré nécessaire dans 90% des cas, qui était non invasif dans un tiers des cas. La durée moyenne de ventilation était de 9 j. Des complications de la ventilation ont été observées dans 14 cas, avec un pneumothorax dans 4 cas et une dysplasie broncho-pulmonaire dans 4 cas. Par ailleurs, 28% des cas ont contracté une infection liée aux soins qui était létale pour 16% des grands prématurés, et 73% des cas ont présenté d'au-

tres pathologies néonatales, à savoir l'anémie dans 38 cas dont 29 ont nécessité au moins une transfusion sanguine, l'ictère dans 28 cas, l'hyperglycémie dans 20 cas, les apnées dans 19 cas, l'entérocolite dans 5 cas. Une encéphalopathie anoxo-ischémique a été objectivée dans 15 cas avec convulsions dans 2 cas. Le taux de mortalité global était de 25%. Les survivants sont rentrés à domicile après un séjour moyen de 27 jours (extrêmes de 6 à 98 j), un poids moyen de 2100 g et un terme corrigé moyen de 35 SA.

Conclusion

La grande prématurité est une cause principale de mortalité périnatale, et responsable d'hospitalisation prolongée avec une morbidité assez importante. Une évaluation de l'évolution cognitive à long terme et des difficultés scolaires chez les grands prématurés est nécessaire.

P130 - Profil à risque de l'asphyxie périnatale dans une maternité de niveau 3

F. Ayari, A. Khalouaoui, E. Cherifi, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

L'asphyxie périnatale (APN) constitue un problème de santé publique du fait de sa fréquence et de sa lourde morbi-mortalité. Vu l'absence d'armes thérapeutiques efficaces contre l'encéphalopathie anoxo-schémique, la prévention de celle-ci demeure la seule issue.

Objectifs

L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs de risque de l'asphyxie périnatale dans une maternité de niveau 3.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective menée au service de néonatalogie du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis colligeant 30 cas d'asphyxie périnatale et 60

témoins comparables point par point à la population malade particulièrement pour le sexe, l'âge gestationnel, le poids et ce du 1er janvier 2018 au 30 juin 2018 .

Résultats

La moitié des grossesses étaient compliquées d'une pathologie chronique et/ ou aiguë dominée par la toxémie gravidique. L'accouchement s'est fait par césarienne dans 74% des cas. Notre population d'étude avait un âge gestationnel (AG) moyen de, un poids de naissance (PN) moyen de 2300gr .Le saxe ratio était de 3.Dix pour cent des nouveau-nés (NN) ont présenté une encéphalopathie anoxo-ischémique stade III de Sarnat & Sarnat. Les NN avec des antécédents pathologiques maternels avaient un risque multiplié par 5,211 de naître dans un contexte d'asphyxie périnatale alors que la consanguinité multipliait le risque d'asphyxie périnatale par 4,677.Les femmes au foyer avaient un risque d'avoir un nouveau-né asphyxié multiplié par 6,368.Un poids de naissance inférieur à 1500g était associé à un risque plus élevé d'asphyxie périnatale (risque multiplié par 6,909). Les NN présentant une souffrance fœtale aiguë avaient un risque multiplié par 5,714 de développer une APN.La naissance dans un liquide méconial multipliait le risque d'APN de 5.

Conclusion

L'handicap lourd et la mortalité élevée liés à l'APN rappelle qu'il est impératif d'agir sur les facteurs de risque inhérents à cette entité et de s'armer d'une réanimation rapide et efficace afin faire face à ses complications.

P131 - La mortalité hospitalière dans l'asphyxie périnatale chez les nouveau-nés à terme ou pré-terme : Quel profil à risque ?

F. Ayari, A. Khalouaoui, E. Cherifi, K. Ben Cheikh, Y. Sdiri, W. Belhaj Ammar, M. Cheour, S. Kacem.

Service de médecine et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Introduction

L'asphyxie périnatale, définie par l'OMS comme étant l'incapacité d'initier et de maintenir une respiration à la naissance, demeure un problème de santé publique.On estime que dans le monde environ 2,9 millions de nouveau-nés (NN)

meurent chaque année des suites de la prématurité, de l'asphyxie périnatale et des infections.

Objectifs

Déterminer les facteurs de de mortalité chez les nouveau-nés à terme et pré-terme hospitalisés pour asphyxie périnatale.

Matériel et méthodes

Nous avons inclus dans notre étude tous les nouveau-nés à terme et pré-terme (34-35-36 SA) hospitalisés dans le service de néonatalogie du CMNT pour asphyxie périnatale sur une période de 6 mois depuis juillet jusqu'au mois décembre 2019. Le recueil des données s'est fait rétrospectivement à partir des dossiers des malades et la détermination des facteurs de risque s'est faite par tests khi-deux et T de Student.

Résultats

Nous avons reporté 54 malades dont 54% étaient des garçons. Soixante pourcents des grossesses étaient bien suivies et 40% des mères avaient des antécédents médicaux principalement le diabète gestationnel. Les RCF étaient pathologiques dans 80% des cas. Dix pourcents de nos patients étaient nés par césarienne. Le poids moyen des nouveau-nés était de 2kg500. L'intubation en salle de naissance était pratiquée dans 58% des cas et 45% des malades étaient intubés dans le service. Le recours aux drogues vasoactives était nécessaire dans 30% des cas. Le taux de mortalité était à 52%. Les facteurs de risque de mortalité retenus dans notre étude sont le score d'apgar à 1 minute, le poids, l'intubation en salle de naissance et dans le service et le recours aux drogues vasoactives. L'Apgar à 5 et à 10 minutes, l'âge et les antécédents maternels, le suivie de la grossesse, le terme, la voie d'accouchement et le transfert in utéro n'étaient pas significativement corrélés à une mortalité plus élevée.

Conclusion

L'asphyxie périnatale constitue un problème de santé publique en raison de sa forte mortalité. Une meilleure connaissance des déterminants de cette mortalité peut aider dans la classification pronostique de ces nouveau-nés. L'asphyxie périnatale peut aussi causer des séquelles graves comme la rétinopathie et l'encéphalopathie qu'il serait intéressant d'en étudier les déterminants.

P132 - Ascites as sign of appeal for antenatal meconium peritonitis complicating intestinal atresia in the newborn: a case series

R. Labbaoui, O. Mghirbi, M. Bellalah, I. Kacem, H. Ayach, A. Ghaith, W. Tabka, S. Nouri, J. Methlouthi, N. Mahdhaoui

Department of Medicine and Neonatal Resuscitation of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia

Introduction

Neonatal ascites is a rare condition characterized by the accumulation of fluid in the intraperitoneal cavity. This condition may occur due to a wide range of medical and surgical causes, some of which are specific to the newborn period. We present three cases of neonates with congenital ascites that turn out to be antenatal meconium peritonitis complicating intestinal atresia.

Objectifs

We present three cases of neonates with congenital ascites that turn out to be antenatal meconium peritonitis complicating intestinal atresia.

Matériel et méthodes

Retrospective study about three cases

Résultats

For the three babies the diagnosis of ascites was made before 32 weeks of gestation. Detailed fetal ultrasound showed ascites of great abundance, normal placenta and no other obvious pathology. Torch serology, cytomegalovirus (CMV) and serum albumin of the mother, Complete blood count were normal. There was no ABO or Rhesus incompatibility. Case I: The first patient was born on its 36thGW. He was admitted at birth for a respiratory distress with important abdominal distension. No hemodynamic compromise was detected at birth. An ascities puncture was practiced and showed citrus yellow fluid. No specifics were found on the fluid analyses. The patient presented a pneumoperitoneum after the ascetic puncture associated to a deterioration of the hemodynamic state. After respiratory support, fluid resuscitation and vasopressor drugs, the patient was transferred to the pediatric surgery ward after stabilizing his hemodynamic state. The laparotomy showed an aged stercoral peritonitis with ileal atresia. The outcome was good and the baby survived Case II: the second patient was born on its 34th GW. He presented a low Apgar Score end needed intubation and res-

piratory support at birth. He presented a severe distention of the abdomen, collateral venous circulation, and hemodynamic instability needing drug support. The plain abdominal X-ray showed a huge pneumoperitoneum. The patient was admitted into the surgical ward within the first hours. The laparotomy showed an aged stercoral peritonitis with 4 portions of ileal atresia (the apple peel sign) with perforated intestine. They practiced a resection of the atretic portion with anastomosis. The patient couldn't be saved due to a severe septic choc. Case III: The third patient was born on his 33rd GW. he was intubated immediately after birth due to a severe respiratory and hemodynamic distress with a severe abdominal distension. A plain abdominal X-ray showed a huge pneumoperitoneum. he was admitted into the surgical ward after 2 days due to the severe hemodynamic distress. The laparotomy showed stercoral peritonitis with a type 3 ileal atresia and mesentery deficiency. The patient was lost on the operating table due to the severe choc.

Conclusion

Ascites remains a rare condition for neonates. In order to decrease the morbidity, future work should be directed at establishing means for an earlier diagnosis, avoiding invasive diagnostic procedures, and improving management outcome.

P 133 - Exsanguino-transfusion (EST): Indications et pronostic chez le nouveau-né

M. Abdelli, J. Methlouthi, O. Mghirbi, I. Kacem, S. Gazzeh, H. Ayeche, M. Bellalah, S. Nouri, N. Mahdhaoui.

Service de réanimation et de médecine néonatale, centre maternité et néonatalogie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie.

Introduction:

L'Exsanguino-transfusion (EST) consiste à remplacer la masse sanguine du nouveau-né avec du sang frais compatible. Elle est principalement indiquée dans les incompatibilités érythrocytaires fœto-maternelles (IFM) permettant d'éliminer la bilirubine la fraction circulante des anticorps immuns. Ses indications sont devenues rares depuis l'avènement de la photothérapie intensive et l'amélioration anténatale de ces incompatibilités.

Objectifs

Analyser les indications, les modalités et le pronostic des EST en période néonatale.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective observationnelle menée dans le service de réanimation néonatale de Sousse sur une période de six ans (1er Janvier 2014 -31 Décembre 2019) durant laquelle nous avons colligé tous les nouveau-nés ayant bénéficié d'une EST.

Résultats

Nous avons colligé 44 Nouveau-nés. L'âge moyen au moment de la réalisation de l'EST était de 41 heures [H2-J6]. Le diagnostic anténatal d'alloimmunisation était réalisé chez 12 nouveau-nés moyennant des RAI positives. Quatre nouveau-nés ont reçu des transfusions intra-utérines. La prématurés était notée dans 56,8% des cas dont 16% avaient un terme <32 SA. Les indications de l'EST étaient dominées par l'hyper bilirubinémie sévère résistante à une photothérapie intensive bien conduite (52,3%). L'hyper bilirubinémie associée à une anémie sévère (38,6%) et d'emblée sur signes d'encéphalopathie selon BIND score (9,1%). Les pathologies à l'origine de l'ictère étaient dominées par l'IFM dans 79,5% des cas essentiellement dans le système rhésus (68,6%) et le système ABO (31,4%), le syndrome de Lucey- Driscoll (6,8%), l'ictère hémolytique par déficit en G6PD (4,5%), par résorption de céphallhématome dans un cas, dans le cadre du syndrome de Blueberry- muffin dans un cas et d'une erreur innée du métabolisme (hyperammoniémie par anomalie du cycle de l'urée) dans un cas. Le délai de l'intervention était en moyen de 5,1h. Le volume sanguin échangé était en moyenne de 2,3 fois la masse sanguine. Les incidents au moment de l'acte étaient notés dans 24,4%. Elles étaient à type de bradycardie (4), hypothermie (3), embolie gazeuse (1), apnée (1), hypoglycémie (1) et défaillance cardiaque (1). Le taux de la bilirubine libre en post EST immédiat était diminué en moyenne de 41%. Les complications post ET étaient dominées par la thrombopénie (90,9%), l'hypocalcémie (22,7%) et l'infection associée aux soins (15,9%). Aucun décès ni séquelles neurologiques n'a été notée. Le dépistage des séquelles auditives par l'étude des Potentiels évoqués auditifs (PEA) n'a été réalisé que pour 2 nouveau-nés et était normale.

Conclusion

Notre travail a montré qu'il y a un ré ascension du taux de l'EST notamment dans les ictères par IFM RH incitant à améliorer la prise en charge anténatale de cette pathologie. L'EST reste une procédure efficace. La place des immunoglobulines associée reste à discuter.

P134 Anomalie de rotation intestinale à révélation néonatale : à propos d'un cas

D. Brahem, N. Soyed, K. Mansour, T. Guedira, I. Briki I, H. Yengui, H. Mejaouel

Service de Pédiatrie ibn el jazzar kairouan

Introduction

Le mésentère commun est caractérisé par la persistance d'une disposition anatomique embryonnaire secondaire à une anomalie de rotation de l'anse ombilicale primitive. elle peut aboutir à des complications redoutables parfois mortelles : sténose duodénale par bride de ladd, volvulus notamment en cas d'un mésentère commun incomplet.

Objectifs

l'objectif de notre observation est de mettre le point sur l'intérêt du diagnostic précoce dans la prise en charge thérapeutique de cette pathologie.

Matériel et méthodes

Résultats

Nous rapportons l'observation d'un nouveau né de sexe masculin âgé de 6 jours, admis pour des vomissements alimentaires .issue d'une grossesse de déroulement normale. Accouchement à terme par voie basse avec une bonne adaptation à la vie extrautérine.méconium émis à H24 de vie .son histoire remonte à 2 jours avant l'admission marquée par l'apparition des vomissements alimentaires fait du colostrum de moyenne à grande abondance avec un transit correct .à l'examen : poids à 3 kg (eutrophique), pas de dysmorphie faciale, bon état d'hydratation, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, abdomen globuleux mais souple. il s'agissait d'un tableau d'occlusion intestinale haute. au bilan :pas de désordre métabolique .l'abdomen sans préparation a montré :un aspect en double bulle avec présence d'une légère aération digestive en aval .échographie doppler abdominale :stase et distension duodénale modéré avec pancréas normale ,doute sur un obstacle jéjunal , pas de volvulus. TOGD : doute sur sténose ou diaphragme duodénal .le patient a été opéré à j2 d'hospitalisation : c'était un mésentère commun incomplet avec des suites opératoires simples.

Conclusion

En présence d'une anomalie de rotation, nulle n'est à l'abri d'un volvulus :du fœtus au nouveau né et de l'enfant à l'âge adulte .on comprend ainsi l'importance d'un programme de dépistage anténatal par l'étude ultrasonores des vaisseaux mésentériques du fœtus

P135 - Etude épidémiologique rétrospective de la toxoplasmose congénitale

M. Bellallah (1), R. Sghir (1), O. Mghirbi (1), I. Kacem (1), A. Ghith (1), S. Nouri (1), S. Ismail (2), A. Yaacoub (2), A. Fathallah (2), J. Methlouthi (1), Mahdhaoui N(1)

Service de néonatalogie, Hôpital Farhat Hached Sousse, Faculté de médecine de Sousse (1),

Service de parasitologie,Hôpital FarhatHachedSousse ,Faculté de médecine de Sousse (2)

Introduction-Objectif

La toxoplasmose est une infection particulièrement redoutable chez la femme enceinte à cause de la possibilité de transmission du *Toxoplasma gondii* au fœtus responsable de toxoplasmose congénitale (TC). L'épidémiologie de cette infection est mal connue en Tunisie. L'objectif était d'étudier les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des cas de TC recensés dans le laboratoire de Parasitologie et pris en charge au service de Néonatalogie de Sousse.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective, menée sur une période de 18 ans (janvier 2000–décembre 2017) incluant les nouveau-nés des femmes adressées au laboratoire de parasitologie de l'hôpital Farhat Hached dans le cadre du dépistage sérologique de la toxoplasmose, et les femmes chez lesquelles il a été diagnostiqué une primo-infection toxoplasmique pergravidique.

Résultats

La prévalence de la séroconversion de la toxoplasmose a été estimée à 39.36% avec une diminution de 50,86% au cours de la période de l'étude et un taux de décroissance annuel moyen de -3,8%. 87 PCR conventionnelles ont été réalisées,

84 (96,55%) se sont révélées négatives. Les 3 PCR conventionnelles positives ont été pratiquées sur liquide amniotique (LA). 54 NN ont été bien suivis après la naissance. Le diagnostic de la TC a été retenu dans 14 cas soit 25,93% des nouveau-nés suivis et représente 0,1 cas pour 1000 grossesses suivies avec des formes symptomatiques dans 28,5 % des cas. La symptomatologie évoquant la TC et notée chez 4 NN était une chorioretinite dans 2 cas, des convulsions dans 1 cas et une microphthalmie dans 1 cas. La PCR sur LA avait une sensibilité de 60% et une spécificité de 100%, la recherche des IgM par ELISA chez le NN avait une sensibilité de 85,7% et une spécificité de 100% et le WB comparatif mère-NN avait une sensibilité de 92,85 % et une spécificité de 80,5 %. Le taux global de transmission, quelque soit l'âge gestationnel (AG), était de 25% (14/54). Ce taux augmente avec l'AG, allant de 5,88% au 1^{er} trimestre (T1) à 40% au T2 et 60% au T3. Cinq NN ont été traités par l'association pyriméthamine-sulfadiazine et 2 NN par l'association pyriméthamine-sulfadoxine. La durée du traitement a été précisée dans 6 cas (1 an 4 mois pour 2 cas, 1 an pour 3 cas et 8 mois pour 1 cas). Le décès était survenu chez 2 cas (j3 et j24 de vie).

Conclusion : Malgré une baisse de la prévalence de la toxoplasmose dans notre étude, cette dernière reste élevée. La sévérité de la pathologie en cas d'atteinte congénitale et la difficulté du diagnostic dans certaines situations rendent compte de l'intérêt de la prévention. Ceci nous amène à insister sur l'importance du dépistage de la toxoplasmose chez la femme enceinte et leur suivi tout au long de leur grossesse.

P136 - Results in treatment of omphalocele and gastroschisis : experience in 21 cases.

M. Belhajmansour (1), M. Ben Dhaou (1), L. Jarray (1), H. Zitouni (1), R. Mhiri (1), C. Regaieg (2), M. Charfi (2), A. Gargouri (2),

Service de chirurgie pédiatrique sfax (1), Service de Néonatalogie sfax (2),

Introduction

The purpose of our study is to evaluate the results of treatment of newborns with abdominal wall defect: omphalocele and gastroschisis

Objectifs

The purpose of our study is to evaluate the results of treatment of newborns with abdominal wall defect: omphalocele and gastroschisis

Matériel et méthodes

Medical records were retrospectively reviewed of 21 patients with wall abdominal defects over seven years, between January 2011 and June 2017 at our department of pediatric surgery Hedi Chaker Hospital Sfax. We classified the cases of the omphalocele according to Aitken classification

Résultats

21 newborns underwent surgical repair. There were 19 omphaloceles and two gastroschisis. The patients with omphalocele were classified type I in 12 cases (63%) and type II in seven (36%). A total of 8 associated malformations were recorded in 7 newborns. Primary parietal closure was possible in 16 cases (76%), gross technique was used in one case (4%) and progressive reintegration according to Shuster technique was practiced in two cases (10%) while two patients had undergone a conservative tanning treatment Grob (10%). The mean follow-up was 2,7. Morbidity rate was 42% in type II versus 33% in type I ($p:0,69$). The overall survival in children with gastroschisis was 50% and with omphalocele was 84%. Mortality rate was 42% for omphalocele type II versus 0% for omphalocele type I ($p:0,01$). Associated malformations were correlated negatively with mortality in 28% versus 14% for isolated omphalocele ($p:0,6$).

Conclusion

Although the sample was small the outcomes for omphalocele are determined mainly by omphalocele type.

P137- Anorectal malformation Colonic atresia a rare association.

M. Bel Haj Mansour (1), M. Ben Dhaou (1), H. Zitouni (1), N. Boukhrissa (1), L. Jarray (1), M. Charfi (2), A. Gargouri (2), R. Mhiri (1),

Service de chirurgie pediatrique sfax (1)

Service de Néonatalogie sfax (2)

Introduction

Colonic atresia and anorectal malformation are rare congenital anomalies individually. Few reports of the conditions combined in a single patient have been published in the literature.

Objectifs

Herin we describe a new case of this combination

Matériel et méthodes

Case report

Résultats

A 4 day-old female suffering from feculent emesis and failure to pass stool since birth with diagnosis of anorectal malformation, so colostomy was made. At 5 months of life opacification was made showing an atresia of the right transverse colon and right angle colic. At 6 months of life anorectal malformation was repaired with Pena technique. After one month horizontal exploratory laparotomy revealed that there was no ascending, transverse or descending colon where resection with ileo-colic anastomosis. Postoperative outcomes were simple

Conclusion

The coexistence of colonic atresia and anorectal malformation is a very rare occurrence and presents unique clinical and operative challenges. Investigation for additional congenital abnormalities is appropriate, and although two-stage operative correction is considered the best treatment, long-term outcomes are uncertain.

P138 - Management of congenital digestive atresia: A 13-year experience.

M. Belhajmansour (1), H. Zitouni (1), C. Regaieg (2), M. Zouari (1), M. Ben Dhaou (1), L. Jarray (1), M. Charfi (2), A. Gargouri (2), R. Mhiri (1),

Service de chirurgie pédiatrique sfax (1)

Service de Néonatalogie sfax (2)

Introduction

Digestive atresia is one of the commonest causes of neonatal intestinal obstruction for almost 50% cases

Objectifs

Our objective was to study the characteristics of different types of digestive atresia and describe the management and outcomes.

Matériel et méthodes

This is a retrospective study over a period of 13 years from 2005 to 2018. Charts of patients operated in the pediatric surgery department of Sfax were analyzed. Were excluded from cases of malrotation associated with abdominal wall defect.

Résultats

42 patients were admitted (29 males and 13 females). Polyhydramnios was detected in 13 (30%) pregnancies. Average birth weight was 2 Kg. Average gestational age was 39 weeks with 9 (21%) preterm neonates. Presenting features were vomiting in 35 (84%) (Bilious in 76% and non-bilious in 8%) and epigastric fullness in 19 (44%). Most common cause of obstruction was duodenal atresia in 28 (66%), followed by ileal atresia in 13 (31%), including 5 jejunal atresia, then colonic atresia in 1 cases. X-ray abdomen was the most commonly used investigation to confirm the diagnosis. Abdominal ultrasound was performed in 13 patients. All cases were managed surgically by open laparotomy. 22 patients died due to sepsis and associated congenital anomalies. 12 Patients had complicated evolution. Mean follow up-period was 4years.

Conclusion

Congenital digestive atresia commonly presents a serious pathology. Early antenatal diagnosis and surgical interventions are mandatory in achieving good outcome. The main predictors of mortality were associated congenital anomalies, prematurity and sepsis.

P139 - Fetal midgut volvulus with congenital internal hernia: A Case Report

**M. Belhajmansour (1), M. Zouari (1), T. Cheikh Rouhou (1), H. Zitouni (1),
M. Charfi (2), M. Ben Dhaou (1), A. Gargouri (2), R. Mhiri (1),**

Service de chirurgie pédiatrique sfax (1)

Service de Néonatalogie sfax (2)

Introduction

Fetal midgut volvulus is a rare condition in which the small bowel loops twists around the superior mesenteric artery

Objectifs

We report a rare case of fetal intestinal volvulus with congenital internal hernia.

Matériel et méthodes

Case report

Résultats

A 28-year-old G1P1 woman presented for prenatal care in the first trimester. Routine prenatal ultrasound was performed at 24 weeks and was unremarkable. Follow-up ultrasound at 36 weeks revealed striking tubular dilatation of the lower digestive tract. At that time, an intestinal atresia was suspected. The gravida presented to the obstetrical triage at 37 weeks with decreased fetal movement for the past 2 days. A male infant of 2,470 g was born via urgent cesarean delivery due to non-reassuring fetal heart tones. Apgar scores were 3, 7, and 10 at 1, 5, and 10 minutes, respectively, and abdominal distention was immediately noted on neonatal examination. Abdominal ultrasound revealed multiple distended

loops of small bowel filled with a whirlpool sign of the mesentery. Emergent laparotomy was performed. Surgical exploration revealed proximal ileal volvulus with gangrene of 40 cm of bowel, and congenital internal hernia. There was no malrotation. Surgical management was based on peritoneal drainage and ileostomy creation. The baby died on the fifth day after surgery for septic multiorgan failure.

Conclusion

Fetal intestinal volvulus is a rare life-threatening condition. The prognosis of this condition depends on the length of the segment involved, on the level of intestinal obstruction, on the presence of meconium peritonitis and on the gestational age at birth.

P140 - Neonatal gastric duplication cyst: a case report

M. Belhajmansour (1), S. Ammar (1), C. Regaieg (2), S. Sallemi (1), M. Bendhaou (1), A. Gargouri (2), R. Mhiri (1),

Service de chirurgie pédiatrique sfax (1)

Service de Néonatalogie sfax (2)

Introduction

Gastrointestinal duplication (GID) cysts are rare congenital malformations. It can occur at any part of the alimentary tract. Early diagnosis and surgical correction in the neonatal period usually are advocated to avoid potential morbidity and mortality.

Objectifs

We report a case of gastric duplication cyst diagnosed antenatally and describe management.

Matériel et méthodes

Case report

Résultats

A three-day-old female born by normal vaginal delivery at term was admitted for exploration. Antenatal ultrasound revealed a cystic abdominal mass. On exa-

mination, there was no palpable mass. Laboratory examinations were normal. Post natal abdominal ultrasonography showed cystic mass measuring 4×3,6cm between the spleen and the greater curvature of the stomach and the duodenum. There was a doubt about a small communication between the cyst and the gastric lumen. Gastrointestinal tract contrast radiographs showed a mass with hydric tone repressing the posterior side of the stomach. This mass was not opacified referring probably to a gastric duplication non communicating with the stomach. The infant was asymptomatic and was discharged . A second ultrasound was performed showing the cyst with the presence of a muscular layer and the same size that the first ultasound. The child was operated at the age of two months. A cystic gastric duplication was found between the greater curvative of the stomach and the spleen. There was no communication between the cyst and the stomach. A total macroscopic excision was performed without opening the gastric lumen. Histology confirmed the presence of a gastric wall. The patient has an uncomplicated postoperative course and was discharged. The follow up period is three months. The infant is doing well.

Conclusion

Gastric duplications are very rare in newborns. Symptoms are atypical. Antenatal diagnosis is possible and allowed planning management. The treatment is based on a complete excision.

P141 - Prenatal diagnosis and management of a rare form of anorectal malformation: isolated recto-urethral prostatic fistula: case report

M. Belhajmansour (1), S. Ammar (1), C. Regaieg (2), S. Sallemi (1), H. Zitouni (1), M. Ben Dhaou (1), A. Ben Hmad (2), A. Gargouri (2), R. Mhiri (1),

Service de chirurgie pediatrique sfax (1), Service de Néonatalogie sfax (2),

Introduction

Recto-urethral prostatic fistula (RUPF) is an infrequent form of anorectal malformation (ARM). Its prenatal diagnosis and management with a minimum of sequel are a challenge.

Objectifs

We aimed to present diagnostic and therapeutic modalities in a patient with RUPF

Matériel et méthodes

Case report

Résultats

Prenatal ultrasound showed loop dilatations and enterolithiasis. Fetal MRI imaging confirmed the diagnosis of ARM and suggested the presence of recto-urinary fistula. There was no other associated malformation. Parents decided continuation of pregnancy after counseling. A 2300g male was born at 37 WG in February 2018 in a tertiary care hospital. Colostomy then laproscopic pull through were performed. Physician and parents expectations were satisfied after one year of follow up period

Conclusion

Fetal MRI had the potential to diagnose ARM more accurately than ultrasound. Laparoscopic pull through was safe and feasible.

P142 - VACTREL association and jejunal atresia: a case report

**M. Belhajmansour (1), H. Zitouni (1), C. Regaieg (2), M. Ben Dhaou (1),
N. Ben Kraiem (1), M. Charfi (2), A. Gargouri (2), R. Mhiri (1),**

Service de chirurgie pédiatrique sfax (1),
Service de Néonatalogie sfax (2),

Introduction

Anorectal malformations (ARMs) commonly co-occur with other congenital anomalies, particularly VACTERL (vertebral, anorectal, cardiac, tracheal, esophageal, renal, limb, and duodenal) associations. However, this collection of associations is not comprehensive, and other concurrent anomalies may exist that can be missed during the standard work-up of patients with ARMs such as jejunal Artesia.

Objectifs

We present a case of ARMs and jejunal atresia .

Matériel et méthodes:

Case report

Résultats

A term female infant was born via normal spontaneous vaginal delivery. During initial examination, the baby was found to have an imperforate anus with the classic findings of a high anorectal malformation associated with esophageal Artesia so colostomy was made with termino terminal esophageal anastomosis. After 16 days the examination revealed a moderately distended abdomen. A nasogastric tube was placed with return of bilious output, the TOGD showed no gas within the lower abdomen. The patient was taken for an exploratory laparotomy, which revealed a jejunal Artesia 50 cm from the angle of treitz with a dilated proximal end, the atretic segment was resected and a termino terminal anastomosis was made .The patient was transferred to the neonatal intensive care unit post-operatively where he had an uneventful recovery.

Conclusion

This case describes a rare co-occurrence of ARMs and jejunal Artesia, and illustrates the importance of maintaining a high index of suspicion when deviations from a classic presentation of either entity occur.

P143 - Obstructions duodénales congénitales: corrélation anatomo-pronostique

M. Charfi (1), M. Hbaieb (2), C. Regaieg (1), H. Zitouni (2), N. Kolsi (3), A. Bouraoui (3), A. Ben Hmed (3), N. Hmida (3), M. Ben Dhaw (2), R. Mhiri (2), A. Ben Thabet (3), A. Gargouri (3),

Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax (1), Service de chirurgie pédiatrique, CHU Hédi Chaker de sfax (2)

Introduction

Les obstructions duodénales congénitales représentent un spectre varié de malformations digestives congénitales. Elles sont rares sans être exceptionnelles.

Objectifs

Nous nous proposons d'en décrire les différentes entités cliniques et en déterminer les facteurs prédictifs de mortalité.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 30 observations d'obstruction duodénale congénitale opérées au service de chirurgie pédiatrique de Sfax entre Janvier 2005 et Décembre 2018.

Résultats

Nous avons noté une prédominance masculine (sexe ratio = 1,3). Le diagnostic anténatal a été établi chez 9 fœtus. Un hydramnios a été retrouvé dans 76,6% des grossesses. La révélation était à la période néonatale dans 90% des cas avec un âge moyen au moment du diagnostic de $2,48 \pm 2,6$ jours (1 à 11 jours). Le diagnostic était d'autant plus précoce ($< H48$) qu'il s'agissait de forme complète (92% vs 35%). Trois cas d'obstruction duodénale incomplète à révélation tardive, respectivement à l'âge de 36 jours, 2 ans et 12 ans, ont été colligés. Les vomissements étaient le signe d'appel le plus fréquent (90%), en particulier les vomissements bilieux (60%). La radiographie de l'abdomen sans préparation a confirmé le diagnostic dans 73,3% des cas. Les obstructions intrinsèques complètes par atrésie duodénale ont représenté 43,3% des cas. Les obstructions intrinsèques incomplètes ont représenté 26,7% des cas. Quant aux obstructions extrinsèques, elles ont représenté 30% des cas et elles étaient dominées par les sténoses par pancréas annulaire (23%). La duodéno-duodénostomie latéro-latérale en diamant était utilisée chez 86,7% des patients. Le délai moyen de la reprise d'alimentation orale complète était de 11,4 jours (7 à 25 jours). Les principales complications postopératoires immédiates étaient les infections (50%), les difficultés de réalimentation précoce (20%) et le retard de rétablissement du transit (17%). La mortalité hospitalière était de 23,3%. Elle était secondaire à un sepsis postopératoire dans tous les cas. Après étude multi variée, les facteurs prédictifs de mortalité retenus étaient la prématurité ($p=0,05$), la détresse respiratoire néonatale ($p=0,022$), l'association à une malformation digestives ($p=0,007$) et cardio-vasculaires ($p=0,003$), l'atrésie duodénale type III ($p=0,01$) et les complications postopératoire hémodynamiques ($p=0,000$), métaboliques ($p=0,05$) et digestives ($p=0,025$).

Conclusion

Malgré les progrès de la réanimation et de la nutrition parentérale, le taux de mortalité des obstructions duodénales congénitale reste élevé. L'amélioration du pronostic passe obligatoirement par une prise en charge précoce et adaptée. Nous insistons de ce fait sur l'importance du diagnostic prénatal.

P144 - Masses ovariennes fœtales : diagnostic prénatal et prise en charge

N. Kolsi (1), N. Bouzidi (1), M. Charfi (1), M. Zghal (1), M. Derbel(2), Ch. Regaieg (1), D. Louati(2), A. Ben Thabet (1), A. Gargouri (1)

(1) Service de néonatalogie de Sfax

(2) service de gyneco-obstétrique de Sfax

Introduction

Les masses ovariennes sont les masses abdominales les plus fréquentes chez le fœtus féminin. Elles sont habituellement accessibles au diagnostic anténatal, certaines d'entre elles peuvent poser des problèmes de diagnostic étiologique.

Objectifs

Insister sur le diagnostic anténatal des masses ovariennes, la démarche diagnostique post natale et le choix des examens d'imagerie pour arriver à un diagnostic étiologique et thérapeutique.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de néonatalogie du CHU HédiChaker de Sfax entre 2014 et 2019 et portant sur 5 nouveau-nés ayant comme diagnostic une masse ovarienne.

Résultats

Il s'agit de 5 filles dont le diagnostic anténatal était établi dans tous les cas par la découverte à l'échographie du 3ème trimestre d'une masse intra abdominale. Trois nouveau-nés étaient nés à terme alors que les deux autres étaient nés prématurés à 36 SA. Tous les nouveau-nés étaient eutrophiques avec un poids de

naissance moyen de 3148gr. A la naissance, l'examen physique a révélé une masse abdominale palpable dans trois cas. L'échographie abdomino-pelvienne postnatale a confirmé la présence d'une masse intra abdominale dans tous les cas, et a identifié l'origine ovarienne de la masse dans deux cas. A l'échographie, la masse était hétérogène dans deux cas, anéchogène dans deux cas et anéchogène cloisonnée dans un autre cas. La taille moyenne des masses était de 6.4cm. L'IRM abdominale a été faite chez deux nouveau-nées, objectivant un kyste de l'ovaire dans un cas et une suspicion d'un lymphangiome kystique dans l'autre cas. Un scanner abdominal a été fait dans un cas, et était non concluant avec suspicion d'une duplication digestive ou d'un hématome intra péritonéal. L'attitude thérapeutique était une laparotomie exploratrice avec une exérèse complète des lésions dans 3 cas dont l'examen anatomopathologique a confirmé la nature folliculaire ou lutéinique bénigne des kystes, et une simple surveillance dans les 2 autres cas avec une régression complète du kyste dans un délai moyen de 7 mois et survenue d'une hémorragie dans l'autre cas nécessitant une prise en charge chirurgicale à l'âge de 3 mois.

Conclusion

Les masses ovariennes les plus fréquentes en période néonatale sont les kystes de l'ovaire. C'est une pathologie en apparence bénigne mais qui peut être grevée d'un nombre considérable de complications périnatales et peut poser des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. La localisation dans l'abdomen permet d'orienter le diagnostic, cependant un kyste de l'ovaire ne sera pas toujours facile à différencier d'une duplication digestive ou d'un lymphangiome. D'où l'intérêt de l'échographie, l'IRM et parfois l'exérèse chirurgicale pour étayer le diagnostic.

REMERCIEMENTS

PHARMALYS NUTRICIA

CHIESI

SAHA

COTUPHA AIR LIQUIDE GALIEN

LILAS GSK SANOFI

TERIAK VITAL BOIRON OPALIA