



الجمعية التونسية لطب الأطفال  
Société Tunisienne de Pédiatrie

Société Tunisienne de Pédiatrie

# 30<sup>ème</sup> Congrès National de Pédiatrie

Les 14, 15 & 16 Juin 2019

Hôtel The Russelior  
Hammamet

- ▶ Programme Scientifique
- ▶ Résumés des Communications
- ▶ Posters et Conférences

Contact :

E-mail : [stpediatrie@tunet.tn](mailto:stpediatrie@tunet.tn)  
Site web : [www.stpediatrie.tn](http://www.stpediatrie.tn)

Secrétariat :

Mme Chadlia, Tél. : 95 590 666



# **SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE PÉDIATRIE**

**30<sup>ème</sup> Congrès National de Pédiatrie**

**HÔTEL THE RUSSELIOR - HAMMAMET**

**Les 14, 15 et 16 Juin 2019**

***Programme scientifique  
Résumés des conférences, communications orales  
et E. posters***

## BUREAU DE LA SOCIETE TUNISIENNE DE PEDIATRIE

Président	Dr. Mohamed DOUAGI
Vice Président	Dr. Férid JAAFAR
Secrétaire Générale	Dr. Sonia MAZIGH
Secrétaire Générale adjointe	Dr. Jihène BOUGUILA
Trésorière	Dr. Souha GANNOUNI
Trésorière adjointe	Dr. Nadia SIALA
Conseillères	Dr. Khédija BOUSSETTA
	Dr. Nadia GUELLOUZ
	Dr. Lamia SFAIHI

### Secrétaire de la Société Tunisienne de Pédiatrie

***Madame AYARI Chédia***

*Hôpital d'Enfants*

*Tél./Fax : 95 590 666*

*E-mail : [stpediatrie@tunet.tn](mailto:stpediatrie@tunet.tn) - Site web : [www.stpediatrie.tn](http://www.stpediatrie.tn)*

## **COMITE D'ORGANISATION**

**Dr. Mohamed DOUAGI**

**Dr. Sonia MAZIGH**

**Dr. Souha GANNOUNI**

**Dr. Jihène BOUGUILA**

**Dr. Férid JAAFAR**

**Dr. Nadia SIALA**

**Dr. Khédija BOUSSETTA**

**Dr. Nadia GUELLOUZ**

**Dr. Lamia SFAIHI**

## MOT DU PRÉSIDENT

La Société Tunisienne de Pédiatrie fière de ses 59 ans d'histoire, organise cette année son 30<sup>ème</sup> Congrès National de Pédiatrie.

Le programme que nous vous proposons est riche de conférences, flash info et ateliers.

Des prix d'encouragement seront attribués.

De même, nous organisons cette année pour la 4<sup>ème</sup> fois les journées des paramédicaux conscients que nous sommes, du rôle important que jouent les infirmiers dans les soins en pédiatrie.

La STP se distingue par son implication dans les causes nationales en association avec la DSSB (vaccination, nutrition, prévention des accidents domestiques .....

Notre association doit rester une famille ouverte à tous les pédiatres avec un but essentiel qui est de rassembler et permettre à chacun de s'y retrouver.

Je vous annonce que la Société Tunisienne de Pédiatrie fêtera en 2020 son 60<sup>ème</sup> anniversaire au cours du 31<sup>ème</sup> Congrès National qui va avoir lieu les 10, 11 et 12 avril 2020. Nous comptons sur la mobilisation de tous les confrères pour réussir cette commémoration.

Un comité spécial anniversaire sera constitué et nous demandons à tous ceux et celles qui veulent s'engager de se manifester.

Je ne terminerai pas sans souhaiter à nos aînés Pr Tahar SFAR, Pr Néji GUEDDICHE, Pr Mongia HACHIHA, Pr Azza SAMMOUD, Pr Sihem BARSAOUI, Pr Najoua GANDOURA une vie pleine de joie à l'occasion de leur départ à la retraite. Ils ont servi la pédiatrie tunisienne, formé des générations et continueront à le faire d'une autre façon.

Une immense tristesse nous envahit tous, suite au décès de notre maître le Pr Émérite Marie Françoise BEN DRIDI qui en nous quittant nous laisse son immense œuvre pour la pédiatrie tunisienne et pour les enfants tunisiens.

**Notre force est notre unité.  
Bon congrès à tous**

***Le Président  
Pr Mohamed DOUAGI***

# SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>- Mot du Président</b>	<b>4</b>
<b>- Informations générales</b>	<b>6</b>
<b>- Liste des conférenciers</b>	<b>7</b>
<b>- Remerciements</b>	<b>12</b>

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### **Le 30<sup>ème</sup> Congrès National de Pédiatrie se déroulera à l'Hôtel Russelior à Hammamet.**

- Les posters seront présentés sous forme de E-poster (5 stations) au niveau du hall de l'hôtel et un prix du meilleur poster et de la meilleure communication seront attribués à la fin du congrès.

- **Vendredi après midi** (P1 à P30 ) à 16h30
- **Samedi matin** (P31 à P61) à 10h30
- **Samedi après midi** (P62 à P90) à 16h30
- **Dimanche matin** (P91 à P124) à 10h30

- Les communications doivent être délivrées 30 minutes avant la séance.
- Les attestations des travaux seront délivrées à la fin de chaque séance par les modérateurs.
- Les attestations de présence seront délivrées à la fin du congrès.
- Le port du badge est obligatoire sur les lieux du Congrès.

## LISTE DES CONFÉRENCIERS

<b>Nom et prénom</b>	<b>Pays</b>
Houda Ajmi	Tunisie
Mohamed Béjaoui	Tunisie
Marc Belaiche	France
Yasser Ben Chikh	Tunisie
Essia Ben Farhat	Tunisie
Jihène Bouguila	Tunisie
Rachida Boukari	Algérie
Olfa Bouyahia	Tunisie
Asma Bouziri	Tunisie
Aida Borgi	Tunisie
Achraf Chadli	Tunisie
Olivier Claris	France
Mohamed Douagi	Tunisie
Leila Essaddam	Tunisie
Feten Fdhila	Tunisie
Zohra Fitouri	Tunisie
Wided Gueddari	Maroc
Olivier Goulet	France
Samir Haddad	Tunisie
Sabeur Hammami	Tunisie
Samia Hamouda	Tunisie
Manel Jallouli	Tunisie
Ichrak Khamassi	Tunisie
Christophe Marguet	France
Imène Miri	Tunisie
Ons Naija	Tunisie
Ouarda Fatma	Tunisie
Najla Soyah	Tunisie
Mohamed Taher Sfar	Tunisie
Samia Tilouche	Tunisie
Emanuel Vidor	France

## Vendredi 14 Juin 2019

### Après - midi

Salles Horaire	Jasmin	Hortensia	Tulipe
<b>14h00-14h30</b>	<b>Inscription</b>		
<b>14h30-15h30</b>	<b>Communications orales C1 à C8</b>	<b>Communications orales C9 à C16</b>	
<b>15h30-16h30</b>	<b>Atelier 1</b> Lunette à haut débit A. Borgi	<b>Atelier 2</b> Rédaction médicale A. Chadli	
<b>16h30-17h00</b>	<b>Pause-café et visite des E. Posters (P1 à P30) Espace les arômes</b>		
<b>17h00-17h40</b>	<b>Cas cliniques</b>		
17h00-17h20	CC1. Troubles vesico sphincteriens	M. Jalloui	
17h20-17h40	CC2. A propos d'une anomalie de la différenciation sexuelle		I. Khamassi
<b>17h40-18h00</b>	<b>Flash Info 1</b> Les nouveautés dans la prise en charge de l'état de mal épileptique S. Haddad		
<b>18h00-18h45</b>	<b>Conférence 1</b> Les IPP en pédiatrie M. Belaich		

## Samedi 15 Juin 2019

Salles Horaire	Jasmin	Hortensia	Tulipe
08h30-09h30	Communications orales  C17 à C24	Communications orales  C25 à C32	Ateliers 3 ECG pour le pédiatre H. Ajmi, F. Ouarda
09h30-10h30	<b>Table Ronde</b>  <b>Le suivi du prématuré</b> 09h30-09h50 Facteurs de risque de sequelles O. Claris 09h50-10h05 Séquelles respiratoires S. Hamouda 10h05-10h20 Le suivi neurodéveloppemental de l'enfant né prématuré I. Miri 10h20-10h30 Discussion		
10h30-11h00	<b>Pause-café et visite des E. Posters (P31 à P61)</b> <b>Espace les arômes</b>		
11h00-11h45	<b>Symposium Sanofi</b> La complexité de la fabrication et du contrôle des vaccins hexavalents E. Vidor		
11h45-12h45	<b>Ateliers 4</b> Conduite à tenir devant des troubles mictionnels O. Naija	<b>Atelier 5</b> Simulation Conduite à tenir devant un malade grave S. Tilouche A. Bouziri	<b>Atelier 3</b> ECG pour le pédiatre H. Ajmi F. Ouarda
12h45-14h30	<b>Déjeuner</b>		
14h30-15h15	<b>Conférence 2</b> Quand penser à un déficit immunitaire ? R. Boukari, M. Béjaoui		
15h15-16h00	<b>Conférence 3</b> Bronchiolite C. Marguet		
16h00-16h30	<b>Pause-café et visite des E. Posters (P62 à P90)</b> <b>Espace les arômes</b>		
16h30-17h15	<b>Symposium Biocodex</b> Diarrhée associée aux antibiotiques O. Goulet		
17h15-18h00	<b>Conférence 4</b> Pneumopathie aigue communautaire C. Marguet		
18h00-18h45	<b>Réunion d'experts</b> Calendrier vaccinal, rougeole et coqueluche en 2019 T. Sfar, M. Douagi, E. Ben Farhat		
21h00	<b>Dîner Gala</b>		

## Dimanche 16 Juin 2019

Salles Horaire	Jasmin	Hortensia	Tulipe
<b>08h45-09h45</b> 08h45-09h05  09h05-09h25  09h25-09h45	<b>Cas cliniques</b> <b>CC3.</b> La cytolysse post médicamenteuse O. Bouyahia <b>CC4.</b> Ataxie aigue F. Fdhila <b>CC5.</b> Avant l'heure, c'est pas l'heure L. Essadem	<b>Atelier 1</b> Lunettes à haut débit A. Borgi	<b>Atelier 6</b> IRM cérébrale pour le pédiatre N. Soyah Y. Ben Chikh
<b>09h45-10h30</b>	<b>Symposium Biofire</b> <b>Approche syndromique, Quel impact en pédiatrie</b> W. Gueddari		
<b>10h30-10h50</b>	<b>Pause café et visite des E. posters (P91-P124)</b> Espace les Arômes		
<b>10h50-11h35</b>	<b>Symposium Astra Zeneca</b> <b>Prise en charge de l'asthme de l'enfant : GINA 2019</b> J. Bouguila		
<b>11h35-12h15</b> 11h35-11h55  11h55-12h15	<b>Flashes info</b>		
	<b>Flash info 2</b> Association entre infection urinaire chez l'enfant et vitamine D : Quelle relation ? S. Hammami		
	<b>Flash info 3</b> Les nouveaux médicaments en rhumatologie Z. Fitouri		
<b>12h15-13h00</b>	<b>Conférence 5</b> Les petits mangeurs M. Bellaiche		
<b>13h00</b>	<b>Clôture du Congrès</b>		

# **PROGRAMME SCIENTIFIQUE**

## Vendredi 14 Juin 2019

Après midi  
14h30-18h45

14h00-14h30      Accueil et inscription des participants

14h30-15h30      Communications orales (C1 - C8)

Salle Jasmin

---

*Modérateurs : Drs : K. Boussetta, M. Jallouli*

---

- C1**  
**14h30-14h37**      **Outcomes of infants following neonatal intracranial hemorrhage**  
N. Kasdallah, MC Gharbi, S. Ben Ahmed, O. Mzoughi, N. Mlika, W. Barbaria, H. Ben Salem, S. Blibech, M. Douagi
- C2**  
**14h37-14h44**      **Status epilepticus in children : clinical study and outcomes**  
S. Ben Hassine, S. Hadded, S. Rhayem, E. Jbabli, F. Ben Mansour, F. Fdhila, M. Khemiri
- C3**  
**14h44-14h51**      **Spectre clinique des infections à West Nile virus chez l'enfant : expérience du service de pédiatrie Sahloul**  
N. Jaballah, S. Mabrouk, F. Majdoub, H. Ajmi, S. Nour, M. Tfifha, S. Hassayoun, J. Chemli, N. Zouari, S. Abroug
- C4**  
**14h51-14h58**      **Recommandations de la transfusion des concentrés de globules rouges en néonatalogie : où en sommes nous ?**  
I. Ben Amor, A. Bouraoui, W. Betbout, H. Menif, A. Gargouri, J. Gargouri
- C5**  
**14h58-15h05**      **Atésie de l'œsophage : à propos de 70 cas**  
Guefreche H. Ben Hamida H, Badri. H, Mansour. K, Khemis T. Chaabane A., Nouri A., FZ. Chioukh, K. Monastiri

**C6**  
**15h05-15h12**

**Le syndrome de Guillain Barré en réanimation pédiatrique**

A. Ahmed, A. Louati, S. Hadj, Hassine, A. Ayari,  
A. Bouziri, K. Menif, A. Borgi, N. Ben Jaballah

**C7**  
**15h12-15h19**

**Le diabète de type 1 de primo-découverte chez l'enfant: l'épidémiologie a-t-elle changé ? expérience d'une unité d'endocrinologie pédiatrique sur 3 ans**

L. Essaddam, R. Guedri, A. Ben Mansour, N. Mattoussi,  
Z. Fitouri, S. Ben Becher

**C8**  
**15h19-15h26**

**Gestion de la fièvre chez les enfants d'âge préscolaire : enquête auprès des mères tunisiennes.**

R. Khemakhem, Y. Dridi, K. Bagbah, H. Ouerda,  
I. Selmi, O. Azzabi, S. Hlioui, N. Siala, A. Maherzi

**Discussion**

**14h30-15h30**

**Communications orales (C9-C16)**

**Salle Hortensia**

---

*Modérateurs : Drs : S. Haddad, I. Khammassi, L. Sfaihi*

---

**C9**  
**14h30-14h37**

**Projet pilote : expérience des services de pédiatrie et de néonatalogie en simulation médicale : étude de la satisfaction des étudiants de médecine**

S. Tilouche, M. Ben Guedria, J. Mathlouthi, H. A. Tej,  
M. Tfifha, S. Mabrouk, F. Majdoub, N. Mahdhaoui,  
S. Abroug, L. Boughamoura

**C10**  
**14h37-14h44**

**Répercussion du diagnostic d'anomalie congénitale sur les interactions mère-bébé et l'état psychologique des mères**

R. Khemakhem, M. Hamza, I. Selmi, H. Rouissi, N. Siala,  
A. Belhadj, O. Azzabi, A. Maherzi

- C11**  
**14h44-14h51**                      **Le rétinoblastome : une tumeur curable de l'enfant**  
B. Dhaouadi, E . Jbebli, S. Rhayem, A. Chebbi,  
H. Bouguila, S. Hadded, F. Fdhila, M. Khemiri
- C12**  
**14h51-14h58**                      **Lupus érythémateux systémique de l'enfant : étude de 6 cas**  
B. Maalej, I. Moalla, M. Wali, S. Trichilli, F. Safi,  
M. Hsairi, L. Gargouri, A. Mahfoudh
- C13**  
**14h58-15h05**                      **Anomalies cardiaques chez les enfants avec syndrome drépanocytaire majeur**  
H. Barakizou, S. Hannachi, Y. Ben Rjeb , S. Gannouni
- C14**  
**15h05-15h12**                      **Prévention de l'ostéoporose chez les enfants ayant une bêta thalassémie homozygote : impact de la prophylaxie par vitamine D et calcium**  
M. Ben Khaled, O. Mzoughi, M. Ouderni, N. Dhoub, S. Rekaya, R. Kouki, F. Mellouli, M. Béjaoui
- C15**  
**15h12-15h19**                      **Efficacité et toxicité des androgènes dans l'anémie de Fanconi**  
M. Ouderni, M. Mayel, M. Ben Khaled, S. Maalej, S. Rekaya, N. Dhoub, M. Jaouadi, R. Kouki, F. Mellouli, M. Béjaoui
- C16**  
**15h19-15h26**                      **Apport de l'imagerie dans le diagnostic étiologique des infections urinaires hautes de l'enfant**  
S. Atitallah, S. Yahyaoui, O. Yahyaoui, R. Ben Rabeh, O. Bouyahia, S. Mrad, S. Boukthir
- 15h26-15h30**                      **Discussion**

---

## Vendredi 14 Juin 2019

---

### Après midi 14h30-18h45

15h30-16h30

Salle Jasmin

Atelier 1

Lunettes à haut débit

A. Borgi

Salle Hortensia

Atelier 2

Rédaction médicale

A. Chadli

16h30-17h00

Pause café et visite des posters de P1 à P30

Espace les arômes

Salle Jasmin

---

*Modérateurs : Drs : A. Bensenouci, Kh. Boussetta, H. Njima*

---

17h00-17h20

Cas clinique 1

Troubles vésico-sphinctériens

M. Jallouli

17h20-17h40

Cas clinique 2

A propos d'une anomalie de la différenciation sexuelle

I. Khamassi

17h40-18h00

Flash info 1

Les nouveautés dans la prise en charge de l'état de mal épileptique

S. Haddad

18h00-18h45

Conférence 1

Les IPP en pédiatrie

M. Belaich

---

## Samedi 15 Juin 2019

---

**Matinée**  
**08h30-12h45**

Salle Jasmin

---

*Modérateurs : Drs : S. Hamouda, R. Regaieg*

---

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>08h30-09h30</b>               | <b>Communications orales</b>   |
| <b>C17</b><br><b>08h30-08h37</b> | <b>Etude de la colonisation nasale et anale par les bactéries multirésistantes chez les enfants à l'admission dans un service de pédiatrie</b><br>N. Mlika, M. Tifha, A. Ferjani, N. Zouari, S. Hassayoun, H. Ajmi, J. Chemli, S. Mabrouk, F. Majdoub, J. Boukadida, S. Abroug |
| <b>C18</b><br><b>08h37-08h44</b> | <b>Umbilical cord blood procalcitonin concentration in the diagnosis of asymptomatic early neonatal sepsis</b><br>M. Bellalah, W. Taqqa, H. Ayache, O. Bouabdallah, A. Ghaith, O. Mghirbi, I. Kacem, S. Nouri, J. Mathlouthi, N. Mahdhaoui                                     |
| <b>C19</b><br><b>08h44-08h51</b> | <b>Ré-émergence de la coqueluche et croissance des formes graves : expérience de l'Hôpital Régional de Nabeul</b><br>A. Guedria, N. Oueslati, K. Chraiet, H. Bachrouch   |
| <b>C20</b><br><b>08h51-08h58</b> | <b>Particularités de la coqueluche chez le jeune nourrisson</b><br>I. Belhadj, A. Bouani, M. Essid, M. Ben Romdhane, I. Trabelsi, F. Khalsi, S. Hamouda, K. Boussetta  |
| <b>C21</b><br><b>08h58-09h06</b> | <b>Les pleuro-pneumopathies purulentes de l'enfant : des aspects épidémiologiques aux facteurs prédictifs d'évolution défavorable</b><br>F. Khalsi, M. Miraoui, I. Trabelsi, I. Belhadj, H. Smaoui, W. Douira, S. Hamouda, K. Boussetta  |

**C22**  
**09h06-09h13** **Leishmaniose viscérale en Tunisie : aspects cliniques et prise en charge sur une période de 10 ans**  
R. Guedri, A. Bouani, L. Essaddam, A. Ben Mansour,  
N. Mattoussi, Z. Fitouri, S. Ben Becher

**C23**  
**09h13-09h20** **Exsanguino-transfusion dans la coqueluche sévère : à propos de 26 cas**  
A. Khalouaoui, A. Ayari, R. Ouerfelli, A. Hajji, K. Menif,  
A. Borgi, N. Ben Jaballah

**C24**  
**09h20-09h27** **Profil épidémiologique et bactériologique et évolutif des infections urinaires de l'enfant : émergence de BLSE !**  
S. Wannas, A. Rassas, E. Azaiez, A. Werdani,  
R. Boussoffara B. Mahjoub,

**09h27-09h30** **Discussion**

**Salle Hortensia**

---

*Modérateurs : Drs : M. Jallouli, S. Tilouche, L. Boughammoura*

---

**08h30-09h30** **Communications orales**

**C25**  
**08h30-08h37** **L'hépatite auto-immune chez l'enfant : aspects cliniques et évolutifs et profil immunologique**  
R. Tbini, R. Ben Rabeh, O. Bouyahia, S. Yahyaoui,  
S. Mrad, S. Boukthir

**C26**  
**08h37-08h44** **Prise en charge des bronchiolites aiguës : intérêt de l'oxygénothérapie à haut débit**  
K. Frikha, A. Marzouk, A. Khaouaoui, R. Thabti,  
A. Bouaziz

**C27**  
**08h44-08h51** **Profil de l'utilisation de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile en pédiatrie : à propos de 20 cas**  
S. Hamouda, R. Kacem, A. Bouani, I. Belhadj, F. Khalsi,  
K. Boussetta

- C28**  
**08h51-08h58**                      **L'atteinte myocardique dans l'envenimation scorpionique grave chez l'enfant dans la région de Kairouan**  
S. Khenissi, L. Ichrak, A. Ben Taieb, H. Mejouel
- C29**  
**08h58-09h06**                      **Ingestion de corps étranger à propos de 35 cas pédiatriques**  
S. Yahyaoui, R. Ben Rabeh, A. Ben Zina, M. Zarrad,  
N. Missaoui, O. Bouyahia, S. Mazigh, S. Boukthir
- C30**  
**09h06-09h13**                      **Facteurs prédictifs d'un rendement diagnostique positif de l'endoscopie digestive basse en cas de suspicion d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin**  
A. Ben Othman, E. Ben Rabeh, S. Yahyaoui,  
O. Bouyahia, S. Mrad, S. Boukthir
- C31**  
**09h13-09h20**                      **The impact of using probiotics in verzy preterme and veray low birth weight infants**  
D. Fellah, N. Oueslati, S. Hannachi, K. Chraiet,  
A. Guedria, H. Bachrouch
- C32**  
**09h20-09h27**                      **Glomérulonéphrites rapidement progressive : une série pédiatrique**  
A. Boussetta, S. Bouguerra, N. Kharbach, D. Louati,  
M. Ferjani, O. Naija, T. Gargah
- 09h27-09h30**                      **Discussion**
- Salle Tulipe**
- 08h30-09h30**                      **Atelier 3**  
**ECG pour le pédiatre**  
H. Ajmi, F. Ouarda

---

**Samedi 15 Juin 2019**

---

**Matinée**  
**08h30-12h45**

**Salle Jasmin**

---

*Modérateurs : Drs : O. Claris, H. Affilal, N. Mahdhaoui, N. Guellouz*

---

<b>09h30-10h30</b>	<b>Table ronde</b>
	<b>Le suivi du prématuré</b>
09h30-09h50	<b>Facteurs de risque de séquelles</b>
	O. Claris
09h50-10h05	<b>Séquelles respiratoires</b>
	S. Hamouda
10h05-10h20	<b>Le suivi neuro développemental de l'enfant né prématuré</b>
	I. Miri
<b>10h20-10h30</b>	<b>Discussion</b>
<b>10h30-11h00</b>	<b>Pause café et visite des posters de P31 à P61</b>
	<b>Espace les arômes</b>

---

*Modérateurs : Drs : A. Bensenouci, MT. Sfar*

---

<b>Salle Jasmin</b>	<b>SYMPOSIUM SANOFI</b>
<b>11h00-11h45</b>	<b>La complexité de la fabrication et du contrôle des vaccins hexavalents</b>
	E. Vidor

---

## Samedi 15 Juin 2019

---

**Matinée**  
**08h30-12h45**

**Salle Jasmin**

**11h45-12h45**

**Atelier 4**

**Conduite à tenir devant des troubles mictionnels**

O. Naija

**Salle Hortensia**

**11h45-12h45**

**Atelier 5**

**Simulation**

**Conduite à tenir devant un malade grave**

S. Tilouche - A. Bouziri

**Salle Tulipe**

**11h45-12h45**

**Atelier 3**

**ECG pour le pédiatre**

H. Ajmi - F. Ouarda

**12h45-14h30**

**Déjeuner**

---

## Samedi 15 Juin 2019

---

**Après midi**  
**14h30-18h45**

Salle Jasmin

---

*Modérateurs : Drs : M. Hachicha, M. Bejaoui, S. Hlioui*

---

- |             |  |
|-------------|--|
| 14h30-15h15 | <b>Conférence2</b><br><b>Quand penser à un déficit immunitaire ?</b><br>R. Boukari, M. Béjaoui |
| 15h15-16h00 | <b>Conférence 3</b><br><b>Bronchiolite</b><br>C. Marguet                                       |
| 16h00-16h30 | <b>Pause café et visite des posters de P62 à P90</b><br><b>Espace les arômes</b>               |

Salle Jasmin

---

*Modérateurs : Drs : S. Boukthir, S. Gannouni, L. Yacoub*

---

Salle Jasmin 16h30-17h15	<b>Symposium Biocodex</b> <b>Diarrhée associée aux antibiotiques</b> O. Goulet
-----------------------------	--

---

## Samedi 15 Juin 2019

---

**Après midi**  
**14h30-18h45**

Salle Jasmin

---

*Modérateurs : Drs : R. Boukari, N. Gueddiche, H. Bahloul*

---

**17h15-18h00**                      **Conférence 4**  
**Pneumopathie aigue communautaire**  
C. Marguet

Salle Jasmin

---

*Modérateurs : Drs : M.T. Sfar, M. Douagi, A. Sahloul, C. Ben Hamouda*

---

**18h00-18h45**                      **Réunion d'experts**  
**Calendrier vaccinal**  
**Rougeole et coqueluche en 2019**  
T. Sfar, M. Douagi, E. Ben Farhat

---

## Dimanche 16 Juin 2019

---

**Matinée**  
**08h45-13h00**

**Salle Jasmin**

---

*Modérateurs : Drs : K. Mnif, S. Chouchane, Z. Fitouri*

---

- 08h45-09h05**                      **Cas cliniques**  
**Cytolyse post médicamenteuse**  
O. Bouyahia
- 09h05-09h25**                      **Ataxie aigue**  
F. Fdhila
- 09h25-09h45**                      **Avant l'heure, c'est pas l'heure**  
L. Essadam

**Salle Hortensia**

- 08h45-09h45**                      **Atelier 2**  
**Lunettes à haut débit**  
A.Borgi

**Salle Tulipe**

- 08h45-09h45**                      **Atelier 6**  
**IRM cérébrale pour le pédiatre**  
N. Soyah, Y. Ben Chikh

---

*Modérateurs : S. Ben Becher, N. Gandoura*

---

<b>Salle Jasmin</b> <b>09h45-10h30</b>	<b>SYMPOSIUM BIOFIRE</b> <b>Approche syndromique, Quel impact en pédiatrie</b> W. Gueddari
---	--

- 10h30-10h50**                      **Pause café et visite des posters de P91 à P124**  
**Espace les arômes**

---

## Dimanche 16 Juin 2019

---

**Matinée**  
**08h45-13h00**

**Salle Jasmin**

---

*Modérateurs : Drs : K. Boussetta, I. Khalifa, A. Sammoud, M. Kammoun*

---

<b>Salle Jasmin</b> <b>10h50-11h35</b>	<b>Symposium Astra Zeneca</b> <b>Prise en charge de l'asthme de l'enfant : GINA 2019</b> J. Bouguila
---	--

**Salle Jasmin**

---

*Modérateurs : Drs : C. Chouchane, A. Bouziri*

---

**11h35-12h15**                      **Flash info**

**11h35-11h55**                      **Flash info 2**  
**Association entre infection urinaire chez l'enfant**  
**et vitamine D, Quelle relation ?**  
S. Hammami

**11h55-12h15**                      **Flash info 3**  
**Les nouveaux médicaments en rhumatologie**  
Z. Fitouri

---

*Modérateurs : Drs : A. Dabbabi, M. Ben Hariz, B. Mahjoub*

---

**12h15-13h00**                      **Conférence 5**  
**Les petits mangeurs**  
M. Bellaiche

**13h00**                                      **Clôture du congrès**

---

## POSTERS

---

Vendredi 14 Juin 2019

Après midi  
16h30-17h00

### Neurologie

---

*Modérateurs : Drs : H. Barakizou, M. Jellouli, I. Khammassi, S. Haddad*

---

- P1**            **Le torticolis en pédiatrie : quelles étiologies ?**  
M. Hsairi, K. Bouaziz, F. Safi, S. Trichelli, L. Gargouri, A. Mahfoudh
- P2**            **Les encéphalites aiguës de l'enfant : étude clinique et thérapeutique**  
S. Haddad, S. Ben Hassine, S. Rhayem, W. Chikhaoui, E. Jbabli,  
F. Ben Mansour, F. Fdhila, M. Khemiri
- P3**            **Encéphalite en pédiatrie : profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif**  
Z. Khlayfia, M. Zghjam, H. Ouerda, J. Ben Hfaiedh, Y. Dridi, I. Selmi  
O. Azzabi, N. Siala, A. Maherzi
- P4**            **Encéphalomyélite aiguë disséminée (EDEM) compliquant une encéphalite herpétique chez un nourrisson**  
Y. Mesbahi, N. Soyah, R. Kebaili, J. Bahri, A. Tej, J. Bouguila,  
S. Tilouche, L. Boughammoura
- P5**            **Manifestations précoce des dysplasies corticales et focales chez l'enfant**  
Y. Mesbahi, N. Soyah, A. Tej, R. Kebaili, S. Tilouche, J. Bouguila,  
L. Boughammoura
- P6**            **Prise en charge de la paralysie faciale périphérique chez l'enfant**  
S. Mezri, S. Mnasria, M. Al Hamdi, H. Barakizou, S. Gannouni,  
R. Ben Mhamed, K. Akkari

- P7**            **Régression psychomotrice révélant une carence en vitamine B12 chez le nourrisson : à propos de 3 observations**  
F. Khalsi, A. Ayadi, M. Ben Romdhane, I.Trabelsi, I.Brini, N.Toumi, S. Hamouda, K. Boussetta
- P8**            **Cause rare de convulsions néonatales**  
F. Khalsi, N. Ben Aba, M. Ben Romdhane, A. Bouani, S. Hamouda, K. Boussetta
- P9**            **Le déficit en biotinidase, cause traitable d'épilepsie chez le nourrisson**  
R. Ben Abdelaziz, M. Rabhi, S. Ben Hassine, S. Ben Messaoud, H. Boudabous, A. Ben Chehida, M. S. Abdelmoula, A. Jlassi, F. Nasrallah, M. Feki, H.Azzouz, N.Tebib
- P10**          **Surdité chez l'enfant : étiologies, répercussion et prise en charge**  
S. Mezri, M. AlHamdi, S. Mnasria, H. Barakizou, S. Gannouni, R. Ben Mhamed, K. Akkari
- P11**          **L'œil est le miroir de la peau**  
J. Ben Hafaiedh, Y. Dridi, H. Ouerda, O.Azzabi, Z. Khlayfia, M. Bouladi, L. Fekih, N. Siala, A. Maherzi
- P12**          **La dysplasie corticale focale : particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques**  
S. Khenissi, A. Ben Taieb, I. Lazrek, S. Mdimegh, H. Mejouel

## **Gastroentérologie - Hépatologie - Nutrition**

- P13**      **La maladie de Crohn chez l'enfant : présentations cliniques, difficultés diagnostiques et particularités thérapeutiques**  
H. Kammoun, R. Ben Rabeh, N. Missaoui, A. Slama, O. Bouyahia, S. Mrad, S. Boukthir
- P14**      **Maladie de Crohn pédiatrique à début précoce**  
Z. Khalyfia, Y. Jeridi, J. Kanzari, H. Ouerda, I. Selmi, Y. Dridi, O. Azzai, S. Hlioui, N.Siala, A. Maherzi
- P15**      **La sténose hypertrophique du pylore : aspect clinique et thérapeutique**  
M. Landolsi, A. Diab, S. Houidi, R. Ben Malek, F. Trabelsi, R. Ben Abdallah, Y. Hellal, Y. Gharbi, N. Kaabar
- P16**      **Un volumineux polype gastrique chez l'enfant : à propos d'un cas.**  
M. Oumaya, T. Mili, N. Moussa, F. Nouira, A. Charieg, R. Jouini, S. Jlidi
- P17**      **Association maladie coeliaque et tuberculose multifocale : à propos d'un cas**  
Ben Mabrouk, A. Werdani, S. Wannes, N. Jemmeli, R. Boussoffara, B. Mahjoub
- P18**      **Dysphagie aux solides chez un garçon de 12 ans**  
H. Barakizou, S. Rebeh, Y. Ben Rejeb, S. Gannouni
- P19**      **Angiodysplasies jéjunales et coliques chez l'enfant : les défis diagnostiques et thérapeutiques**  
A. Amri, R. Ben Rabeh, N. Missaoui, O. Yahiaoui, O. Bouyahia, S. Mrad, S. Boukthir
- P20**      **Ingestion d'eau de javel en vrac chez l'enfant : place de la fibroscopie digestive haute à propos de 459 cas**  
M. Zarrad, R. Ben Rabeh, H. Kammoun, N. Missaoui, A. Slama, S. Yahyaoui, I. Brini, O. Bouyahia, S. Mrad, S. Boukthir

- P21 Gastro-entérite à éosinophile : à propos d'un cas**  
M. Bahloul, S. Ben Ameer, M. Zribi, S. Kmiha, I. Chabchoub, L. Sfaihi  
T. Kamoun
- P22 L'atrésie de l'œsophage : prise en charge et facteurs pronostiques**  
M. Landolsi, A. Diab, F. Trabelsi, A. Jabloun, R. Ben Abdallah,  
R. Ben Malek, Y. Hellal, Y. Gharbi, N. Kaabar
- P23 Hypersensibilité à la vitamine D3 chez les nourrissons. A propos de 2 cas**  
Y. Mesbahi, R. Kebaili, S. Tilouche, A. Tej, N. Soyah, J. Bouguila,  
L. Boughammoura
- P24 Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité du CHU de Monastir**  
Elleuch, T. Khemis, A. Chaabane, H. Ben Hamida, M. Bizid, FZ.Chioukh,  
K. Monastiri
- P25 Angiodysplasie de l'intestion grêle : pensez-y devant une anémie ferriprive**  
H. Barakizou, N. Hleli, Y. Ben Rjeb, S. Gannouni
- P26 Pancréatite auto-immune : particularités diagnostiques et thérapeutiques**  
I. Briki, Y. Ben Rejeb, M. Ben Oun, M. Hannafi, H. Barakizou,  
S. Gannouni
- P27 Diagnostic et prise en charge de la maladie de Wilson chez l'enfant : expérience d'une unité d'hépatologie pédiatrique**  
H. Kammoun, R. Ben Rabeh, N. Missaoui, A. Slama, O. Bouyahia,  
S. Mrad, S. Boukthir
- P28 Overlap syndrome : une association sous diagnostiquée en pédiatrie**  
Z. Khlayfia, W. Besshaier, H. Ouerda, J. Kanzari, Y. Dridi, I. Selmi,  
S. Hloui, O. Azzabi, N. Siala, A. Maherzi

**P29            La duplication œsophagienne cervicale à révélation néonatale :  
à propos d'un cas**

R. Ben Khalifa, MFW Cheour, F. Ayari, Belhadj, R. Ben Aziza

**P30            Intoxication médicamenteuse en pédiatrie**

Z. Khlayfia, I. Kasraoui ; J. Kanzari, H. Ouerda, I. Selmi, Y. Dridi,  
S. Hlioui, O. Azzabi, N. Siala, A. Maherzi

**Samedi 15 Juin 2019**

**Matinée**

**10h30-11h00**

**Infectieux**

---

*Modérateurs : Drs : H. Ajmi, S. Tilouche, F. Fedhila, S. BenAmeur, N. Kazdallah, M. Mahdhaoui*

---

- P31**      **Lésions cutanées sévères post-infectieuses résistantes aux traitements locaux chez une fille de 1 mois : plasma enrichi en plaquettes en alternative à la greffe?**  
R. Thabti , O. Gharbi, A. Marzouk, A. Bouaziz, F. Friha
- P32**      **Syndrome de Gradenigo : complication rare des mastoidites chez l'enfant**  
N. Brini, H. Besbes, M. Taamli, T. Ghedira, R. Hadj Salem, L. Ghedira  
Ch. Ben Meriem, Ch. Chouchane, S. Chouchane
- P33**      **Grippe A : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs**  
H. Barakizou, S. Hannachi, Y. Ben Rejeb, S. Gannouni
- P34**      **Méningites à Salmonelles non typhiques à propos de quatre observations**  
M. Ben Romdhane, L. Essid, I. Belhadj, A. Bouani, K. Boussetta
- P35**      **Pneumopathie abcédée communautaire à Serratia Marcescens chez un nourrisson immuno-compétent : une observation originale**  
F. Nasri, R. Ben Rabeh, H. Kammoun, N. Missaoui, S. Yahyaoui,  
S. Mrad, S. Boukthir
- P36**      **Cellulite orbitaire de l'enfant : étude clinique, radiologique, thérapeutique et évolutive**  
M. Zarrad, F. Nasri, S. Yahyaoui, R. Ben Rabeh, S. Mazigh, S. Boukthir
- P37**      **La brucellose aigue septicémique révélée par une pancytopenie fébrile : une situation exceptionnelle en pédiatrie**  
H. Kammoun, R. Ben Rabeh, O. Yahyaoui, S. Yahyaoui, S. Mrad,  
S. Boukthir

- P38**      **Brucellose de l'enfant : à propos de 5 observations**  
Y. Mosbahi, R. Kebaili, N. Soyah, J. Barhri, S. Tilouche, A. Tej,  
J. Bouguila, L. Boughamoura
- P39**      **Sepsis-like syndrome chez un nourrisson de 9 mois : une circonstance de découverte inhabituelle d'une cytopathie mitochondriale**  
F. Boudaya, H. Besbes, A. Lachhab, N. Brini, E. Sfar, R. Hadj Salem,  
L. Ghedira, C. Ben Meriem, C. Chouchane, S. Chouchane.
- 40**      **Flambée épidémique de la rougeole en pédiatrie, expérience du service de Pédiatrie CHU Sahloul**  
H. Ben Belgacem, M. Tfiha, D. Ben Ayed, S. Mabrouk, O. Kallala,  
F. Majdoub, H. Ajmi, N. Zouari, J. Chemli, S. Hassayoun,  
N. Boujaafar, S. Abroug
- P41**      **Syndrome d'activation macrophagique (SAM) associé à une rougeole à propos d'un cas**  
M. Ben Guedria, N. Soyah, N. Sayed, R. Kebaili, R. Elfehem, A. Tej,  
S. Tilouche, J. Bouguila, L. Boughammoura
- P42**      **Vécu d'une épidémie de rougeole dans un service du centre tunisien**  
S. Abdelmoula, N. Soyah, S. Tilouche, N. Soyed, R. Kebaili, A. Tej,  
R. El Fehem, J. Bouguila, L. Boughammoura
- P43**      **Epidémie de rougeole 2019 : expérience du service de réanimation pédiatrique à propos de 11 cas**  
S. Thabti, A. Louati, A. Chichti, S. Hadj Hssine, A. Hajji, A. Bouziri,  
Kh. Mnif, A. Borgi, N. Ben Jaballah
- P44**      **Rougeole chez l'enfant : aspects évolutifs particuliers d'une série hospitalière**  
F. Boudaya, H. Besbes, N. Hadj Salah, A. Lachhab, Ch. Abid,  
R. Hadj Salem, L. Ghedira, Ch. Ben Meriem, Ch. Chouchane,  
S. Chouchane

- P45      Rougeole compliquée : experience de service de pédiatrie de Kairouan**  
I. Lazrak, R. Sghir, F. Bahri, A. Ben Taieb, H. Mejouel
- P46      Complications pulmonaires de la rougeole**  
I. Trabelsi, T. Lamouche, I. Belhadj, A. Bouani, F. Khalsi, K. Boussetta
- P47      Quelle place à la scintigraphie osseuse dans le diagnostic de l'ostéomyélite aigue ?**  
L. Zaabar, K. Horma, K. Trabelsi, D. Ben Sallem, A. Mhri, B. Letaief
- P48      Etiologie des fièvres aiguës non palustre en pédiatrie au CHU de Bouake (Côte d'Ivoire) à propos de 145 cas**  
KV Asse, AH Aka-tanoh, C. Avi, KR Yaboua, A.Traore, KC Yao, LR. Adou, IA. Akanji, J.M. Karidioula, KJ Pio, GC Adoua-koffi
- P49      Erythème polymorphe post-infectieux atypique chez une enfant : à propos d'une observation**  
M. Taamli, H. Besbes, N. Brini, E. Sfar, A. Lachhab, R. Hadj Salem, L. Ghedira, Ch. Ben Meriem, Ch. Chouchane, S. Chouchane
- P50      Infection à mycoplasme pneumoniae, syndrome de Stevens Johnson ou maladie de Kawasaki chez un enfant : quel est le diagnostic à retenir? (à propos d'une observation)**  
A. Lachhab, H. Besbes, F. Boudaya, N. Brini, E. Sfar, D. L. Ghedira, Ch. Ben meriem, Ch. Chouchane, S. Chouchane
- P51      Lyse osseuse multifocale : piège diagnostique !**  
E. Jbebli, S. Seghaier, R. Amdouni, S. Rhayem, S. Hadded, F. Fdhila, M. Khemiri

## Néphrologie

- P52      Syndrome de Pseudo-Bartter : forme révélatrice de mucoviscidose**  
F. Khalsi, S. Jaouhari, I. Belhadj, I. Trabelsi, S. Hamouda, F. Tinsa,  
K. Boussetta
- P53      Néphrite bactérienne focale chez l'enfant : forme inhabituelle de  
pyélonéphrite aigue**  
N. Brini, H. Besbes, M. Taamli, R. Hadj Salem, L. Ghedira,  
C. Ben Meriem, C. Chouchane, S. Chouchane
- P54      Syndrome hémolytique et urémique post infectieux**  
A. Boussetta, H. Charfi, NB. Karbech, D. Louati, M. Jellouli, T. Gargah
- P55      Aspects démographiques des hyperoxaluries primitives : une série  
tunisienne**  
A. Boussetta, Khelifi, H. Kammoun, M. Ferjani, M. Jellouli, T. Gargah
- P56      La cystinose dans sa forme néhrpathique infantile : intérêt des  
manifestations ophtalmologiques**  
N. Balhoudi, R. Kebaili, M. Barka, A. Tej, S. Tilouche, N. Soyah,  
J. Bouguila, L. Boughammoura
- P57      La cystinose infantile : à propos de quatre cas**  
Ben Youssef, A. Werdani, S. Wannes, N. Jammeli, R. Boussoffara,  
B. Mahjoub
- P58      Qualité de vie des enfants en insuffisance rénale terminale**  
S. Bouguerra, M. Jellouli, A. Boussetta, T. Gargah
- P59      Rein et vascularites à ANCA à propos d'une série pédiatrique**  
M. Ferjani, D. Louati, H. Charfi, A. Boussetta, M. Jellouli, T. Gargah
- P60      Dyspnée chez un malade lupique : penser au Shrinking Lung  
syndrome**  
A. Khlifi, O. Najai, Y. Hammi, N. Karbech, M. Ferjani, T. Gargah
- P61      Néphrocalcinose et insuffisance rénale au cours du syndrome de  
Lesche Nyhan : à propos d'un cas**  
M. Ferjani, S. Bouguerra, A. Khlifi, Y. Hammi, M. Jellouli, T. Gargah

**Samedi 15 Juin 2019**

**Après midi  
16h00-16h30**

**Pneumologie - Cardiologie - Néonatalogie**

*Modérateurs : Drs : H. Benhamouda, A. Bezzine, H. Aloulou, C. Chouchane, O. Naija*

## **Pneumologie**

- P62**      **Prise en charge de bronchiolites néonatales sévères dans un service de pédiatrie générale**  
A. Ben Zina, R. Ben Rabeh, S. Yahiaoui, O. Bouyahia, S. Mrad,  
S. Boukthir
- P63**      **Asthme aigu grave : expérience du service de pédiatrie de Kairouan**  
F. Bahri, A. Ben Taieb, I. Lazrak, H. Mejaouel
- P64**      **Hypoplasie pulmonaire gauche : une cause rare de broncho-pneumopathies récidivantes**  
S. Zayani, N. Jammeli, S. Wannes, A. Werdani, K. Msalbi, S. Jerbi,  
M. Guezguez, R. Boussofara, B. Mahjoub
- P65**      **Rôle de l'anémie dans les pneumonies communautaires de l'enfant**  
H. Gandouz, A. Marzouk, R. Thabi, A. Bouaziz
- P66**      **Intérêt de la spirométrie dans le suivi de l'enfant asthmatique**  
S. Hamouda, S. Khemiri, A. Bouani, I. Belhadj, F. Khalsi, K. Boussetta
- P67**      **Carbamazépine dans le traitement d'un blocage thoracique : hypothèse très probable**  
C. Abid, H. Bebes, M. Taalmi, R. Hadj, Salem, C. Chouchene,  
L. Ghedira, S. Chouchane

- P68**      **Infarctus du myocarde secondaire à une hypercholestérolémie familiale : à propos d'un cas pédiatrique**  
R. Guedri A. Ben Othman, L. Essaddam, A. Ben Mansour, N. Mattoussi, Z. Fitouri, S. Ben Becher
- P69**      **Syndrome de Shone : à propos de deux observations pédiatriques**  
A. Lachiheb, F. Majdoub, H. Ajmi, S. Mabrouk, M. Tfifha, S. Hassayoun, N. Zouari, J. Chemli, S. Abroug
- P70**      **Les cardiopathies congénitales : à propos de 17 cas**  
I. Ben Hafaiedh, C. Gharbi, O. Azzabi, I. Selmi, Z. Khlayfia, S. Halioui, N. Siala, A .Maherzi
- P71**      **La naissance anormale de l'artère coronaire gauche à partir de l'artère pulmonaire à propos d'une observation**  
J. Bahri, R. Kebaili, A. Tej, N. Soyah, J. Bouguila, S. Tilouche, L. Boughamoura
- P72**      **Cardiomyopathies hypertrophiques : penser aux RASopathies**  
R . Fatnassi, S. Ben Messaoud, S. Hassine, R. BL. Kraoua, H. Azzouz, N. Tebib
- P73**      **Le bloc auriculo-ventriculaire néonatal : étude de deux observations**  
W. Barbaria, S. Ben Ahmed, O. Mzoughi, M. Tmar, S. Khattech, MC Gharbi, N. Kasdallah, H. Ben Salem, S. Blibech, M. Douagi
- P74**      **Cardiopathies congénitales cyanogènes : étude de 27 cas**  
N. Kasdallah, N. Mlika, W. Barbaria, S. Khatteche, Y. Aissa, H. Ben Salem, S. Blibech, M. Douagi
- P75**      **Soins du cordon ombilical du nouveau-né accouché à domicile en milieu rural à propos de 260 cas colligés à Brobo (Côte d'Ivoire)**  
KV Asse, C Avi, KR Yeboua, MR Abou, IA Akanji, JM Karidioula, KJ Pio
- P76**      **Nouveau-nés de mères diabétiques : étude épidémiologique**  
S. Zayani, S. Ghanmi, H. Chakroun, S. Kbaier, H. Ben Hamouda, H. Bouchahda, H. Soua

- P77**            **Morbidité et mortalité des très grands prématurés dans un service de réanimation néonatale niveau 3 : Etude sur dix ans**  
A. Zaouali Dridi, S. Khatrouch, Z. Zaroui, I. Kasraoui, I. Boudiche, E. Ben Hamida, Z. Marrakchi
- P78**            **Outcomes of visual function assessment in preterm infants without retinopathy : comparative study about 68 cases**  
A. Ben Thabet, R. Abdelkarim N. Hmida, A. Gargouri, A. Trigui, A. Bouraoui, C. Regaieg
- P79**            **Syndrome hémorragique du nouveau-né : à propos de 120 cas**  
S. Dbara, A. Fatnassi, B. Elleuc, H. Ben Hamida, T. Khemis, M. Bizid. , FZ. Chioukh, K. Monastiri
- P80**            **Lupus néonatal : difficultés diagnostiques et thérapeutiques : à propos de 14 cas**  
C. Regaieg, A. Ben Hamed, R. Abdelkrim, M. Charfi, N. Hmida, R. Regaieg, H. Masmoudi, A. Ben Thabet, A. Gargouri
- P81**            **Transfusion des concentrés de plaquettes en néonatalogie : état des lieux**  
I. Ben Amor, I. Bouraoui, H. Menif, A. Gargouri, J. Gargouri
- P82**            **Les hydronéphroses néonatales : aspects évolutifs, et place de la scintigraphie rénale dynamique dans le protocole de prise en charge**  
W. Tabka, J. Mathlouthi, M. Bellalah, H. Ayech, O. Bouabdallah, A. Atrous, M. Noura, I. Kacem, O. Mghirbin S. Nouri, N. Mahdhaoui
- P83**            **Accidents thrombotiques en milieu de réanimation néonatale**  
S. Khatrouch, A. Zaouali Dridi, Z. Zaroui, I. Kasraoui, I. Boudiche, E. Ben Hamida, Z. Marrakchi
- P84**            **Gestion de la trachéotomie en milieu de réanimation néonatal : à propos de 3 nourrissons**  
O. Mzoughi, MC. Gharbi, MY. Aissa, N. Mlika, H. Ben Salehm, W. Barbaria, N. Kasdallah, S. Blibech, M. Douagi

- P85**      **Le syndrome de Donohue ou lépréchaunisme : à propos d'un cas**  
R. Ben Khalifa, MYE Cheour , Sdiri, Mermech, S. Kacem, Chelli,  
I. Khamassi
- P86**      **Ritscher-Shinzel syndrome : occurrence of cranio-cerebello-  
cardiac dysplasia (3C syndrome) about a case report**  
MC. Gharbi, O. Mzoughi, N. Mlika, S. Ben Ahmed, H. Ben Salem,  
W. Barbaria, N. Kasdallah, S. Blibech, M. Douagi
- P87**      **Allo-immunisation foeto-maternelle par anticorps anti-privé : à  
propos d'un cas**  
R. Ben Khalifa, MFW Cheour, F. Ayari, Belhadj, S. Kacem
- P88**      **Place du paracétamol dans le traitement du canal artériel persistant  
chez le prématuré**  
N. Brahim, A. Louati, S. Haj Hassine, A. Ayari, A. Hajji, K. Menif,  
A. Borgi, N. Ben Jaballah
- P89**      **Anémie néonatale liée à l'atransferritinémie congénitale : à propos  
d'un cas**  
D. Fellah, C. Dghais, K. Chraiet, A. Guedria, N. Bachrouche
- P90**      **Accidents vasculaires artériels ischémiques à révélation néonatale : à  
propos de 14 observations**  
R. Regaieg, M. Charfi, A. Ben Thabet, A. Gargouri

Matin

10h30-10h50

Oncologie

Modérateurs : Drs : O. Bouyahia, F. Fdhila, N. Soyah, S. Hammami, Z. Fitouri

- P91**      **Prise en charge de la transposition des gros vaisseaux en réanimation néonatale**  
T. Khemis, M. El Ghali, A. Chaabane, J. Bahri, I. Dhouibi, K. Ben Ameer, H. Ben Hamida, H. Ajmi, S. Hamdi, F. Maatouk, I. Nafféti, E. Boughzéla, M. Bizid, FZ. Chioukh, K. Monastiri
- P92**      **Toute tuméfaction de la cuisse chez un nourrisson n'est pas un abcès froid**  
T. Mili, M. Oumaya, Y. Ben Ahmed, F. Noura, R. Jouini, S. Jlidi
- P93**      **Les lymphomes en pédiatrie : un diagnostic pas toujours facile !**  
F. Safi, K. Bouaziz, L. Gargouri, M. Hsairi, S. Trichilli, S. Higi, M. Elloumi, A. Mahfoudh
- P94**      **Exophtalmie d'origine tumorale de l'enfant : quand s'alermer ?**  
M. Nooman, F. Fdhila, S. Rhayem, E. Jbebli, A. Chebbi, S. Hadded, M. Khemiri
- P95**      **Masse rénale en pédiatrie : et si ce n'était pas un néphroblastome ?**  
S. Essaghaier, S. Rhayem, E. Jbebli, A. Cherieg, S. Sahli, S. Hadded, M. Hamzaoui, S. Jlidi, F. Fdhila, M. Khemiri
- P96**      **Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant**  
S. Houidi, A. Diab, I. Ben Chouchène, Y. Hellal, R. Ben Abdallah, R. Ben Malek, F. Trabelsi, Y. Gharbi, N. Kaabar
- P97**      **Les cancers de l'enfant : errances diagnostiques.**  
E. Trabelsi, M. Bouchoucha, S. Rhayem, E. Jbebli, S. Hadded, F. Fdhila, M. Khemiri

- P98** **Boule sous la peau, quels diagnostics ?**  
A. Akkari, H. Rouizgui, S. Rhayem, E. Jbebli, S. Hadded, F. Dhila,  
M. Khemiri
- P99** **Douleurs osseuses : symptôme souvent banalisé révélant des causes néoplasiques**  
E. Trabelsi, R. Amdouni, E. Jbebli, S. Rhayem, S. Hadded, F. Fdhila,  
M. Khemiri
- P100** **Les facteurs d'orientation étiologique devant les arthralgies de l'enfant : à propos de 29 cas**  
R. Amdouni, S. Seghaier, E. Jbebli, S. Rhayem, S. Hadded, F. Fdhila,  
M. Khemiri

## Endocrinologie

- P101** **Conduites addictives chez les adolescents suivis pour diabète type 1 : étude cas témoin**  
M. Zemzem, R. Kebaili, N. Soyah, A. Tej, S. Tilouche, H. Ben Said,  
J. Bouguila, L. Boughamoura
- P102** **Acidocétose diabétique sévère et inaugurale chez l'enfant**  
R. Guedria, Z. Hadrich, K. Chraiet, H. Bachrouch
- P103** **Diabète et autoimmunité**  
M. Khela, Y. Dridi, Z. Khlayfia, H. Ouerda, O. Azzabi, I. Szelmi,  
S. Hlioui, N. Siala, A. Maherzi
- P104** **Mon corps, mon diabète et mon adolescence**  
R. Khemakhem, Y. Dridi, M. Hamza, A. Ben Hamouda, Z. Khlayfia,  
H. Ouerda, S. Hlioui, N. Siala, A. Belhadj, A. Maherzi
- P105** **Comment les familles vivent le diabète de type 1 de leur enfant ?**  
R. Khemakhem, M. Hamza, H. Ouerda, N. Siala, A. Maherzi

## Génétique

- P106**      **Le syndrome de Noonan avec lentigines multiples : à propos de 6 patients tunisiens**  
Y. Lajmi, H. Safraou, I. Ouertgani, R. Meddeb, A. Ben Chehida, F. Oueerda, I. Jbabli, N. Litaïem, F. Maazoul, M. Trabelsi, R. Mrad, L. Kraoua
- P107**      **La mucoviscidose : à propos d'une nouvelle mutation**  
M. Zarrad, S. Yahyaoui, H. Kammoun, N. Missaoui, R. Ben Rabeh, O. Bouyahia, S. Mazigh, S. Boukthir
- P108**      **Un cas rare de cholantite sclérosante néonatale par mutation du gène DCDC2**  
S. Boulehmi, L. Kraoua, M. Trabelsu, W. Askri, H. Kilani, F. Broly, A. Bouaziz, R. Mrad
- P109**      **Place des techniques de séquençage à haute débit dans le diagnostic des épilepsies congénitales**  
M. Chaouch, H. Jilani, I. Rejeb, E. Elarbi, S. Hizem, I. Kraoua, A. Zerzeri, I. Turki, L. Ben Jemaa
- P110**      **Neuropathie optique de Leber : à propos d'une observation.**  
M. Chaouch, H. Jilani, I. Rejeb, Y. Elaribi, S. Hizem, M. Idoudi, L. Ben Jemaa
- P111**      **Une cause rare de retard staturo-pondéral : La Progeria : à propos de 2 cas**  
L. Essaddam, MA. Mansouri, R. Guedri, A. Ben Mansour, N. Mattoussi, Z. Fitouri, S. Ben Becher

## Hématologie

- P112**      **Leaky severe combined immunodeficiency**  
M. Ben Aoun, Y. Ben Rejeb, I. Briki, H. Barakizou, S. Gannouni
- P113**      **Les déficits immunitaires primitifs (DIP) de l'enfant : à propos de 16 cas**  
S. Maalej, I. Moalla, M. Wali, M. Muzaker, F. Safi, M. Hsairi, A. Mahfoudh
- P114**      **Spectre étiologique du syndrome d'activation macrophagique chez l'enfant**  
M. Bahloul, M. Zribi, I. Maaloul, I. Chabchoub, S. Kmiha, L. Sfaihi, S. Ben Ameer, T. Kamoun
- P115**      **Facteurs de risque de survenue de l'ostéoporose chez les patients ayant une bêta-thalassémie homozygote**  
M. Ben Khaled, Mzoughi, Ouderni, Dhoub, S. Rekaya, R. Kouki, F. Mellouli, M. Béjaoui
- P116**      **Bêta-thalassémie intermédiaire en pédiatrie : profil épidémiologique, clinico-biologique et évolutif à propos de 40 cas**  
M. Ben Khaled, Y. Mejri, M. Ouederni, M. Jaouadi, H. Ermandes, F. Mellouli, M. Béjaoui
- P117**      **Hypersplénisme au cours de la bêta-thalassémie intermédiaire : quelle approche thérapeutique ?**  
M. Ben Khaled, Y. Mejri, S. Rekaya, N. Dhoub, I. Ben Fraj, F. Maalej, H. Ermandes, M. Mzeyel, I. Zalter, F. Mellouli, M. Béjaoui
- P118**      **Anémie hémolytique auto-immune et hépatite à cellules géantes : à propos d'un cas**  
I. Briki, Y. Ben Rejeb, M. Ben Aoun, M. Hannafi, H. Barakizou, S. Gannouni
- P119**      **Epidémiologie du purpura en milieu pédiatrique : expérience du service de pédiatrie de Ben Arous**  
G. Chtioui, R. Thabti, A. Marzouk, A. Bouaziz

## Divers

- P120**      **Cannabis : intoxication en hausse chez le nourrisson**  
Y. Mesbahi, S. Tilouche, R. Kebaili, R. El fahim, A.Tej, J. Bouguila,  
N. Soyah, L. Boughammoura
- P121**      **Connaissances des résidents en pédiatrie sur la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant**  
I. Dhouibi, S. Tilouche, A. Tej, R. Kebaili, J. Bouguila,  
L. Boughammoura
- P122**      **Les accidents domestiques mortels de l'enfant dans la région de Kairouan**  
I. Kort, E. Turki, S. Mlayeh
- P123**      **Automédication en pédiatrie**  
M. Hsairi, S. Trichilli, F. Safi, M. Chaabène, L. Gargouri, A. Mahfoudh
- P124**      **Evaluation du débriefing en simulation néonatale par la grille DASH©**  
T. Khemis, T. Ghédira, E. Sfar, A. Chaabane, FZ.Chioukh, K. Monastiri

# RÉSUMÉS DES CAS CLINIQUES

## Cas clinique 4

### Avant l'heure, c'est pas l'heure...

DR LEÏLA ESSADDAM

**Pédiatre Endocrinologue AHU**

**Service PUC. Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis**

Fillette Z.B. âgée de 2 ans et 8 mois consulte pour hypertrophie mammaire et pertes vaginales. La symptomatologie évolue depuis 4 mois.

A l'examen, elle mesure 104 cm, pèse 21 kg. Sa tension artérielle est à 9/6.

L'examen de ses organes génitaux externes montre un développement des seins sans pilosité pubienne ni axillaire.

La muqueuse vulvaire est sécrétante.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Quelle est votre conduite à tenir sur le plan diagnostique et thérapeutique ?

## **RÉSUMÉS DES FLASHS INFO**

## **Flash Info 2**

### **Association entre infection urinaire chez l'enfant et vitamine D : Quelle relation ?**

DR SABER HAMMAMI

**MCA pédiatrie**

La vitamine D est une hormone dont le principal rôle est d'assurer une bonne minéralisation osseuse. Des études récentes ont montré des nouvelles propriétés. Durant ces dernières années, l'association entre infection urinaire et vitamine D a été bien démontrée. En effet, les nouvelles études plaident en faveur d'un rôle antibactérien de la vitamine D. Il existe une corrélation entre le taux sanguin de la vitamine D et le risque de survenue d'une infection urinaire.

# RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES

## Les déficits immunitaires primitifs : données cliniques

PR MOHAMED BEJAOUI

**Service de pédiatrie, immuno-hématologie et greffe de cellules souches  
Centre national de greffe de moelle osseuse, Tunis.**

Les déficits immunitaires primitifs (DIP) représentent un ensemble d'affections le plus souvent héréditaires, caractérisées par l'absence ou un dysfonctionnement d'un ou plusieurs éléments du système immunitaire. Leur prévalence varie considérablement d'un pays à l'autre puisqu'elle passe de 1,1 pour 100.000 enfants au Japon à 11,7 pour 100.000 enfants au Suède. Dans les pays du sud de la méditerranée, bien que l'on ne dispose pas de registres nationaux de DIP, leur prévalence semble plus élevée, étant donné le fort taux de consanguinité. Les DIP sont caractérisés par une grande susceptibilité aux infections dont les caractères sémiologiques rendent l'orientation diagnostique aisée.

La gravité de pronostic de la majorité des DIP invite à les reconnaître précocement afin de proposer un traitement et un conseil génétique.

La symptomatologie clinique est dominée par les manifestations infectieuses. Ces infections sont évocatrices par leur récurrence, leur gravité, le retentissement sur l'état général de l'enfant, leur diffusion provoquant une atteinte multifocale ou généralisée ainsi que leur évolution souvent prolongée. Ces infections peuvent être provoquées par des germes dits opportunistes (*pneumocystis*, *aspergillus*, *mycobacterium avium*, *toxoplasma*, *candida*...) ou des germes inactivés survenant dans les suites d'une vaccination (bécégite généralisée, poliomyélite post-vaccinale...)

Certains tableaux cliniques sont très évocateurs d'un type donné de déficit immunitaire. La survenue, chez un jeune nourrisson hypotrophique, d'un muguet buccal récidivant associé à une diarrhée chronique et éventuellement une pneumopathie interstitielle, est très évocatrice d'un déficit immunitaire combiné sévère. Des infections bronchiques récidivantes sont évocatrices d'une hypogammaglobulinémie notamment lorsqu'elles s'associent à une diarrhée chronique. Des adénites, des abcès cutanés et/ou un abcès viscéral (foie) sont évocateurs d'une granulopathie notamment une granulomatose septique chronique.

Les autres signes sont souvent associés à des infections répétées rendant le diagnostic plus aisé :

- retard de la chute du cordon ombilical (> 15 jours) avec omphalite (déficit en LFA1).

- Pseudo-albinisme (maladie de Chediak-Higashi, maladie de Griscelli).
- Convulsions néonatales par hypocalcémie, associées à des malformations cardiaques (syndrome de Di George).
- Des hémorragies cutanéomuqueuses et un eczéma chez un garçon (syndrome de Wiskott-Aldrich).
- Auto-immunité : cytopénie auto-immune...
- Allergie, intolérances alimentaires (maladie cœliaque...).
- Cancers...

DANS TOUS LES CAS L'INTERROGATOIRE recherchera particulièrement la notion de décès en bas âge dans la famille, dans un contexte infectieux (+++) ; l'état des vaccinations et des réactions vaccinales éventuelles, ainsi que l'effet des traitements sur les infections et la recherche d'une situation à risque d'une infection à VIH.

L'EXAMEN CLINIQUE permettra, souvent, de constater l'absence d'adénopathies, chez un nourrisson dont les infections sont particulièrement fréquentes et graves. Il doit rechercher un foyer infectieux, évaluer le retentissement sur l'état général et l'éveil psycho-moteur.

#### **LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES D'ORIENTATION :**

- NFS +++ (lymphopénie, anémie de type hémolytique, thrombopénie, neutropénie, hyperéosinophilie...).
- Radiographie du thorax :
  - Apprécie l'ombre thymique (loge thymique vide dans le syndrome de Di George et les DICS),
  - recherche une pneumopathie interstitielle +++,
  - un foyer infectieux pulmonaire mais aussi costal, vertébral ou claviculaire.
- IDR +++ à la tuberculine.
- Echographie splénique (asplénie).
- Dosage des Ig sériques (G, A, M et E).
- Complément hémolytique 50 (CH50).

## **RÉSUMÉS DE LA TABLE RONDE**

## Les séquelles respiratoires de la prématurité

PR. AG. SAMIA HAMOUDA

**Service de Médecine Infantile B – Hôpital d’Enfants Béchir Hamza de Tunis, Tunis.**

Le développement du poumon immature d’un nouveau-né prématuré est influencé, d’une part, par l’exposition périnatale à des phénomènes inflammatoires et à des agressions postnatales dues à l’oxygénothérapie, la ventilation, et/ou l’infection, et d’autre part, par des anomalies de croissance liées directement à la prématurité.

La morbidité respiratoire à moyen et long terme est ainsi accrue chez le prématuré. Elle correspond à un sifflement chronique ou pseudo-asthme, intolérance à l’effort, et altération des fonctions pulmonaires. La principale séquelle respiratoire de la prématurité demeure cependant la dysplasie broncho-pulmonaire (DBP).

Depuis sa première description en 1967, la DBP a évolué avec le progrès des options thérapeutiques chez le prématuré, sans pour autant diminuer de fréquence. Actuellement, elle est définie par une oxygéo-dépendance persistante à 28 jours de vie (forme légère) qui peut se poursuivre au-delà de 36 semaines d’aménorrhée (formes modérées et sévères). Elle est la conséquence d’une inhibition de l’alvéolisation et de l’angiogenèse du poumon immature.

Cet arrêt acquis du développement pulmonaire est multifactoriel. Les facteurs intrinsèques possibles sont l’immaturité de l’hôte, le retard de croissance intra-utérin, le sexe masculin, et la présence du gène de susceptibilité SPOCK2. Les facteurs environnementaux responsables d’agression sont l’oxygénothérapie, la ventilation mécanique, l’inflammation, la présence d’un canal artériel et la malnutrition.

Les patients dysplasiques peuvent présenter une hyperréactivité bronchique (HRB) persistante, une vulnérabilité à l’infection par le virus respiratoire syncytial (VRS), une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), et/ou une insuffisance respiratoire chronique qui s’améliore avec l’âge. La DBP est aussi un facteur de risque indépendant de difficultés cognitives, d’importance corrélée à son degré de sévérité.

Le traitement d’une DBP constituée est symptomatique. Les corticoïdes inhalés et les bronchodilatateurs ne sont indiqués qu’en cas d’HRB et ne sont maintenus que s’ils sont bénéfiques. L’oxygénothérapie de longue durée à domicile et le traitement d’une HTAP peuvent être nécessaires. Les infections respiratoires secondaires sont à prévenir par la vaccination antigrippale et le palivizumab (Synagis®) contre le VRS. La prise en charge nutritionnelle est primordiale.

La prévention de la DBP reste le principal défi. Des mesures telles que la cortico-

thérapie anténatale, l'introduction de support ventilatoire non invasif couplé au surfactant exogène, et l'hypercapnie permissive en cas de ventilation mécanique ont diminué l'incidence de la DBP. De nouvelles pistes thérapeutiques luttant contre l'inflammation sont en cours d'étude telles que l'administration de l'azithromycine, la vitamine A, la caféine, et du monoxyde d'azote. L'allaitement maternel est capital.

# **RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS ORALES**

## **C1 - Outcomes of infants following neonatal intracranial hemorrhage**

N. KASDALLAH<sup>1</sup>, MC. GHARBI<sup>1</sup>, S. BEN AHMED<sup>1</sup>, O. MZOUGHJI<sup>1</sup>, N. MLIKA<sup>1</sup>,  
W. BARBARIA<sup>1</sup>, H. BEN SALEM<sup>1</sup>, S. BLIBECH<sup>1</sup>, M. DOUAGI<sup>1</sup>,

**Resuscitation and Intensive Care Unit of Neonatology. Military Hospital of Tunis. (1),**

### **Introduction**

Neonatologists rely on several prognostic paradigms when counseling families of ill newborn about the possibility of adverse outcome. The diagnosis of intracranial hemorrhage (ICH) on cranial ultrasound (CUS) is often considered a key variable to predict adverse outcome. ICH, especially severe ICH typically, has been shown to be associated with adverse neurologic outcomes, including moderate to severe cerebral palsy (CP), neurodevelopmental impairment (NDI), and even cognitive delay.

### **Objectifs**

The objective of this study was to assess the outcome of infant after ICH to help guide prognosis and facilitate families consulting.

### **Matériel et méthodes**

It was a retrospective, descriptive study including 21 neonates who were hospitalized in Resuscitation and intensive Care of Neonatology of the military hospital of Tunis between 2014 and 2018.

### **Résultats**

Twenty-one cases were collected with a sex ratio of 0.57. Four neonates were born from an induced pregnancy and seven from a multiple one. Delivery was by caesarean section in most cases with poor adaptation to extrauterine life in six neonates. Prematurity rate was 17/21. The average born weight was at 1920g. Mechanical ventilation was used in 15 cases. Apnea occurred in 5/21 neonates, hemodynamic disorders in 11/21 and metabolic disorders in 10/21 neonates. Disseminated intravascular coagulation occurred in 7/21 cases. Three neonates had a patent ductus arteriosus treated with ibuprofen. Infectious complications were noted in five cases. The evolution was marked by the occurrence of seizures in 9/21 patients. The average time of diagnosis of ICH condition was six days, with a high grade intraventricular hemorrhage (IVH) in 5/21 cases. The associated brain abnormalities were predominated by leukomalacia. The mean hospital stay of the newborns was 34

days. With a mean follow-up of 28 months, 5/21 infants developed a cerebral palsy. Two children had an abnormality of growth of the cranial perimeter. Recurrence or onset of epileptic seizures occurred in 5/21 neonates. There were cognitive impairments in 2/21 infants and no case of hearing or vision problems. The cerebral MRI showed a regression of the ICH in the most cases and a post-hemorrhagic hydrocephalus in 4/21 infants.

### **Conclusion**

Neonates with bilateral IVH, high grade or associated with periventricular leukomalacia have a higher risk of developing cerebral palsy. The evaluation of the prognosis in the neonatal period is difficult because the fate is very heterogeneous. MRI brain has a major prognostic interest in the short and long term.

## **C2 - Convulsive Status epilepticus in children: Epidemiology and outcome**

S. BEN HASSINE, S. HADDAD, S. RHAYEM, E. JEBABLI ,F. BEN MANSOUR, F. FEDHILA, M. KHEMIRI

**Department of pediatrics A, Children hospital of Tunis**

### **Introduction**

Convulsive status epilepticus (CSE) is one of the most common childhood neurological emergencies. In Tunisia, the epidemiology, the aetiology, and the outcome of CSE remain poorly characterized.

### **Objective**

Our aim was to study the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of CSE and to determine the predictive factors of neurological and neurocognitive sequelae.

### **Methods**

It was a retrospective monocentric study conducted at the department of pediatrics A in the Children hospital of Tunis between 2010 and 2017. Children aged one month to 15 years old were included.

For this study, we followed the 2015 ILAE (international league against epilepsy) recommendations for classification and CSE was defined as continued seizures for at

least 5 min with prominent motor symptoms or two generalized tonic-clonic seizures without recovering consciousness.

## **Results**

The study includes 202 children (92 girls and 110 boys) treated for CSE. Their mean age was 35, 5 months. Forty-three (21.3%) patients had a delayed psychomotor development and 65 (32, 1%) had a history of epilepsy. The majority of seizures were generalized tonic-clonic (85, 6%) and lasted between 30 minutes and 1 hour (67,8%, n=137). The cause of CSE was classified as electroclinical syndromes in 62 (30, 7%) acute symptomatic in 58 (28,7), cryptogenic in 44 (21,8%), remote symptomatic in 29 ( 14,4 %) and progressive symptomatic in 9 (4,5%). Thirty patients developed refractory status epilepticus and 15 admitted to PICU. Overall mortality was 8,4% and during the mean follow-up time of 3 years, 13 had motor disabilities, 33 developed subsequent epilepsy, 20 had delayed psychomotor development. Cognitive decline was found in 44 patients while behavioral issues were found in 7 cases. The outcome sequelae was a function of aetiology (especially acute symptomatic causes) and age (under 1 year of age). In the multivariate analysis, the age under 8 months and acute focal neurological deficit following CSE were independent factors associated with neurological sequelae ((OR=28,4;IC95%(3,9-206) and (OR=28,4;IC95%(3,9-206) respectively).

## **Conclusion**

CSE is a severe life threatening emergency with substantial morbidity and mortality. . Etiology is the main determinant of long term outcome, but age, treatment timing, and status duration may also play a role, with potential opportunity for care improvements in the latter two.

## **C3 - Spectre clinique des infections à West Nile virus chez l'enfant: expérience du service de pédiatrie Sahloul**

N. JABALLAH, S. MABROUK, F. MAJDOUB, H. AJMI, S. NOUIR, M. TFIHA, S. HASSAYOUN, J. CHEMLI, N. ZOUARI, S. ABROUG

**Service de pédiatrie - CHU Sahloul (Sousse)**

### **Introduction**

Le virus West Nile (VWN) est un flavivirus émergent responsable d'un nombre croissant d'épidémies à travers le monde. En Tunisie, la circulation du VWN a beaucoup évolué avec enregistrement de 3 épidémies (en 1997, 2003 et 2012). L'infection au VWN est asymptomatique dans la majorité des cas mais elle peut entraîner une atteinte neurologique grave, voire mortelle. L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques cliniques de l'infection au VWN chez l'enfant.

### **Matériels et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, réalisée chez les patients ayant une infection confirmée ou probable au VWN, hospitalisés au service de pédiatrie Sahloul entre 2014 et 2019. L'infection était considérée comme confirmée en cas de séroconversion et probable en cas de présentation clinique évocatrice avec la présence d'anticorps IgM spécifiques.

### **Résultats**

20 patients étaient inclus, avec une infection récente confirmée chez 11 patients et une infection probable chez 9 patients. L'âge moyen était de 8 ans avec un sex-ratio de 4. Le motif de consultation était les céphalées dans 12 cas, la fièvre dans 11 cas, et une altération de l'état de conscience dans 9 cas. Il s'agissait d'une méningo-encéphalite dans 5 cas, une méningite dans 5 cas, une encéphalite dans 4 cas, une polyradiculonévrite dans 3 cas, des manifestations neuropsychiatriques dans 2 cas, une cérébellite associée à une méningite dans 1 cas et une hépatite aiguë dans 1 cas. Trois patients sont décédés et l'évolution était favorable pour les autres patients.

### **Conclusions**

Les manifestations cliniques de l'infection à WNV sont polymorphes à l'origine d'un tableau clinique trompeur. Il faut savoir facilement évoquer ce diagnostic en particulier en présence de signes neurologiques.

## **C4 - Recommandations de la transfusion des concentrés de globules rouges en néonatalogie : où en sommes nous ?**

I. BEN AMOR<sup>1</sup>, A. BOURAOUI<sup>2</sup>, W. BETBOUT<sup>1</sup>, H. MENIF<sup>1</sup>, A. GARGOURI<sup>2</sup>,  
J. GARGOURI<sup>1</sup>

**1- Centre Régional de Transfusion Sanguine de Sfax**

**2- Service de Néonatalogie – Hôpital Hédi haker Sfax**

### **Introduction**

La transfusion sanguine est une pratique courante en néonatalogie compte tenu notamment de l'augmentation de la survie des grands prématurés et de très faible poids de naissance. Des recommandations de la bonne pratique de la transfusion ont été éditées par les sociétés savantes dans le but d'harmoniser les pratiques.

### **Objectifs**

Evaluer la conformité des pratiques transfusionnelles en milieu néonatalogique et aux recommandations de bonne pratique.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de 1 an des pratiques transfusionnelles au service de néonatalogie de l'Hôpital Hédi Chaker de Sfax et au Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) de Sfax. Nous avons inclus les nouveau-nés âgés de 1 à 28 jours ayant nécessité une transfusion de produits sanguins labiles (PSL) pendant leur hospitalisation, indépendamment du sexe, de l'âge gestationnel et du poids à la naissance. A partir des demandes de PSL et des dossiers des patients, nous avons relevé les renseignements cliniques et biologiques sur une fiche dédiée à cet effet. Les données recueillies ont été comparées aux recommandations de bonnes pratiques de la haute autorité de la santé (HAS) publiées en 2014 pour les CGR, nous avons déterminé le taux de concordance entre les prescriptions de PSL et les recommandations de bonne pratique adoptées. Ce taux est défini par le rapport entre le nombre d'actes transfusionnels réalisés selon les recommandations de bonne pratique et le nombre de transfusions au cours de l'année de l'étude. La non concordance ou la non conformité par rapport aux recommandations a été définie par le non-respect des indications transfusionnelles ou par la prescription de PSL dont la qualification et/ou la transformation ne répondaient pas aux critères des recommandations.

## Résultats

Durant la période de l'étude, 85 nouveau-nés ont reçu pendant leur hospitalisation 109 CGR pour 106 demandes de PSL., soit une moyenne de 1n28 CGR/nouveau-né ; Parmi eux, 60 (70n5 %) ont été des prématurés (<37 SA) avec un AG médian de 31 SA+6j et des extrêmes allant de 27 SA+4, à 36 SA +6j. La majorité des CGR (90 %) ont été délivrés sous forme d'unités pédiatriques. La durée médiane de conservation des CGR a été de 5 jours quel que soit l'AG de nouveau-nés. En ce qui concerne l'indication transfusionnelle, le taux de concordance a été de 79n82 % (87 CGR). Dans 20,18 % des cas (22 CGR), le taux d'HB a été au-delà des seuils transfusionnels recommandés. Pour ce qui est des qualifications et transformations, les non-conformités observées : - 13 CGR (12 %) non irradiés ont été transfusés dans le cadre d'une exsanguino-transfusion – 37 CGR (33,94 %) non déleucocytés et non « CMV négatif » ont été transfusés à des nouveau-nés d'AG  $\leq$ 32 SA.

## Conclusion

A notre avis, les transfusions de CGR réalisées en dessus des seuils d'HB recommandés ne peuvent être qualifiées de « non conformes » ou « d'excessives » étant donné la présence de signes cliniques évocateurs d'une mauvaise tolérance à l'anémie motivant la prescription de transfusion. En effet, dans notre pratique courante et du fait de la pression du temps, la décision d'envisager une thérapeutique adéquate et portée sur la base de signes et de symptômes sans attendre la confirmation biologique dont les résultats ne parviennent que plusieurs heures après leur réalisation. Il a été clairement démontré que l'élaboration de protocoles transfusionnels dans les services transfuseurs en collaboration avec le centre de transfusion ainsi que l'adhésion optimale des équipes médicales à ces protocoles est de nature à réduire le nombre de nouveau-nés transfusés et le volume de CGR transfusé/nouveau-né sans effet délétère sur la morbidité ou la mortalité néonatale.

## C5 - Atrésie de l'œsophage : A propos de 70 cas

H. GUEFRECHE<sup>1</sup>, H. BEN HAMIDA<sup>1</sup>, H. BADRI<sup>1</sup>, K. MANSOUR<sup>1</sup>, T. KHEMIS<sup>1</sup>,  
A. CHAABANE<sup>1</sup>, A. NOURI<sup>2</sup>, FZ. CHIOUKH<sup>1</sup>, K. MONASTIRI<sup>1</sup>

**1- Service de réanimation et de médecine néonatale; 2Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir**

### Introduction

L'atrésie de l'œsophage (AO) est une malformation congénitale fréquente et une cause importante de morbidité et de mortalité néonatale. Une prise en charge pré, per et postopératoire adéquate est obligatoire pour garantir un meilleur pronostic.

### Objectifs

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des nouveau-nés pris en charge pour une AO.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective, menée au service de néonatalogie de Monastir, sur une période de sept ans, allant du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2016. L'étude a colligé 70 nouveau-nés avec AO qu'ils soient in-born ou outborn.

### Résultats

La quasi totalité des AO était de type de type III (67 cas soit 96%). Le sexe masculin était prédominant avec un sexe ratio de 2,3. Le diagnostic prénatal était suspecté dans deux cas. Les nouveau-nés à terme représentaient 83% des cas. Le poids de naissance moyen était de 2762 g. Le diagnostic positif de l'AO était fait à la naissance chez 53 nouveau-nés (76%). Le délai moyen du diagnostic était de 21 heures. Les malformations associées les plus fréquentes étaient les malformations cardiovasculaires (34%). L'association VACTERL/VATER a été retrouvée dans 9 cas. Une anastomose termino-terminale d'emblée a été réalisée chez tous les cas d'atrésie de type III. Une cure chirurgicale différée de la malformation ; après la confection d'une gastrostomie d'alimentation ; a été optée pour le reste des patients. Une FOT postopératoire a été observé chez 6 nouveau-nés avec un délai moyen de fermeture de 28 jours. L'infection liée aux soins était la complication postopératoire la plus fréquente (61%) et la localisation pulmonaire prédominait. Le taux de mortalité était de 24% et la principale cause de décès était le choc septique. L'analyse univariée et multivariée a montré que le poids de naissance inférieur à 2500 gr (OR =0,04 ;

$p < 0,001$ ) et l'ILS (OR =21,89;  $p=0,024$ ) étaient des facteurs indépendants corrélés à la mortalité dans notre série.

Conclusion : Il faut améliorer le diagnostic prénatal afin d'organiser un transfert in utéro aux centres de références. Il faut renforcer les mesures permettant de réduire les infections liées aux soins pour ces patients.

## **C6 - Le syndrome de Guillain Barré en réanimation pédiatrique**

A. AHMED<sup>1</sup>, A. LOUATI<sup>1</sup>, S. HADJ HASSINE<sup>1</sup>, A. AYARI<sup>1</sup>, K. MENIF<sup>1</sup>, A. BORGHI<sup>1</sup>,  
N. BEN JABALLAH<sup>1</sup>,

### **1- Réanimation pédiatrique polyvalente**

#### **Introduction**

La polyradiculonévrite aigüe de Guillain Barré (SGB) est une maladie inflammatoire auto-immune qui touche le système nerveux périphérique. Bien que son évolution soit généralement favorable chez l'enfant, la SGB peut avoir des formes sévères qui nécessitent une prise en charge en milieu de réanimation.

#### **Objectifs**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et électrophysiologiques de la SGB en réanimation pédiatrique.

#### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, sur une période de 19 ans (2000-2019), incluant tous les enfants hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente de tunis à l'hôpital d'enfants Béchir Hamza pour SGB.

#### **Résultats**

Quarante-cinq cas ont été colligés (âge moyen: 4,9 ans ; sex-ratio ). L'installation était brutale chez 2/3 des patients. Les troubles de la déglutition ont été notés chez 53% des patients et l'atteinte des autres paires crâniennes chez 46%. Le recours à une ventilation mécanique était nécessaire chez 30 (66%) malades pendant une durée moyenne de 24 jours. Le diagnostic positif de SGB était posé grâce à la réalisation d'un électromyogramme (EMG) chez 70% des malades. La forme électrophysiologique la plus fréquente (40% des cas) était la forme AMAN (neuropathie

aigue axonale motrice), suivie de la forme AMANS (neuropathie aigue axonale sensitivo-motrice) dans 13,3% des cas puis la forme AIDP (polyradiculoneuropathie démyélinisante aigue inflammatoire). L'EMG était normal chez deux patients dont l'un avait un syndrome de Miller-Fisher. La dissociation albumino-cytologique n'était présente que chez 16 patients parmi 40 ayant eu une ponction lombaire. Les immunoglobulines polyvalentes ont été administrées chez 29 patients. L'évolution était favorable chez 44 patients avec une récupération plus au moins complète à la sortie de la réanimation. Un seul patient est décédé par choc septique réfractaire.

### **Conclusion**

Le SGB est une urgence pédiatrique qui peut compromettre le pronostic vital et fonctionnel ultérieur. Une prise en charge rapide et spécialisé contribue à un meilleur pronostic.

## **C7 - Le diabète de type 1 de primo-découverte chez l'enfant : l'épidémiologie a-t-elle changé ? Expérience d'une unité d'endocrinologie pédiatrique sur 3 ans**

L. ESSADDAM, R. GUEDRI, A. BEN MANSOUR, N. MATOUSSI, Z. FITOURI, S. BEN BECHER

### **Introduction**

Le diabète de type 1 est l'endocrinopathie la plus fréquente chez l'enfant. Le diabète chez les enfants de moins de 5 ans semble de plus en plus fréquent. Nous nous sommes proposé d'étudier les caractéristiques épidémiologiques des nouveaux cas de DT1 sur les 3 dernières années.

### **Matériel et méthodes**

Ont été inclus dans l'étude tous les patients hospitalisés pour découverte du diabète durant la période allant de Janvier 2016 à Décembre 2018. Ont été exclu les anciens diabétiques hospitalisés durant cette période de même que les diabétiques suivis ailleurs et adressés pour éducation ou équilibrage de leur maladie.

### **Résultats**

Nous avons colligé 85 cas de nouveaux diabétiques. 59% étaient de sexe masculin. Près de la moitié (49,4%) étaient âgés de moins de 5 ans, cadets de leur fratrie

(50,5%) et ont été hospitalisés durant la période automno-hivernale (55%). La consanguinité n'a été retrouvée que dans 14% des cas. Les motifs d'admission étaient majoritairement la cétose (41%) ou un syndrome polyuro-polydipsique (41%); l'acidocétose n'a été le mode d'entrée que chez 17% des patients. Des antécédents familiaux de maladies auto-immunes ont été retrouvés chez les patients : 31% de DT1, 13% d'hypothyroïdie, 7% de vitiligo, 6% d'hyperthyroïdie, 4,7% de maladie coeliaque. Le DT1 s'est associé à une maladie coeliaque chez 4 patients et à un vitiligo chez un enfant. Aucun cas d'hypothyroïdie associée n'a été rapporté. A noter que 6 enfants présentent en outre un asthme sous traitement de fond. Sur le plan thérapeutique, 42% des patients ont été mis sous schéma multi-injections par stylos.

### **Conclusion**

Notre travail conforte notre constat : le diabète de type 1 survient chez des enfants de plus en plus jeunes. Cet âge pose le double problème thérapeutique et éducatif. Les résultats de notre étude soulignent le challenge auquel sont confrontés les pédiatres prenant en charge les enfants diabétiques.

## **C8 - Gestion de la fièvre chez les enfants d'âge préscolaire : Enquête auprès des mères tunisiennes**

R. KHEMAKHEM<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>1</sup>, K. BAGBAG<sup>1</sup>, Z. KHLAYFIYA<sup>1</sup>, H. OUARDA<sup>1</sup>, I. SELMI<sup>1</sup>, O. AZZABI<sup>1</sup> S. HALIOUI<sup>1</sup>, N. SIALA<sup>1</sup>, A. MAHERZI<sup>1</sup>

**1- Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa**

### **Introduction**

La fièvre est un signe clinique couramment observé chez les enfants. Souvent source d'angoisse chez les parents, son traitement relève pour eux de l'urgence et son action bénéfique de défense de l'organisme est rarement connue.

### **Objectifs**

Evaluer les connaissances et les attitudes des mères face une fièvre chez leur(s) enfant(s) d'âge préscolaire

### **Matériel et méthodes**

Etude transversale menée entre janvier et avril 2019 et diffusée en ligne via la pla-

teforme sociale Facebook, dans des groupes destinés aux parents. Cette enquête a inclus 714 mères. Le recueil des données s'est fait au moyen d'un auto-questionnaire mis en ligne via un lien permettant d'accéder aux différents items du formulaire à travers le service de stockage et de partage de fichier Google Forms.

## Résultats

L'âge moyen des mères était de 33,54 ans ( $\pm 4,37$ ) et 629 mères (88,1%) avaient poursuivi des études universitaires. Les principales connaissances erronées concernaient le seuil de température à partir duquel est définie la fièvre (en deçà ou au-delà de 38,5° pour 42% d'entre elles), le seuil de température à partir duquel était entamé l'administration d'un antipyrétique (12% pensaient qu'elles pouvaient l'administrer quand la température était inférieure à 38,5°), et la modalité de calcul de la dose d'antipyrétique (2,9% pensaient qu'elle se calculait en fonction de l'âge de l'enfant). Deux cent quarante mères (33,6%) ignoraient les effets indésirables des antipyrétiques. En cas de persistance de la fièvre après une prise d'antipyrétique, 56,7% des mamans (n=405) pensaient qu'il était nécessaire d'associer un autre traitement médicamenteux. Cent quarante-huit mamans (20,7%) ignoraient le risque de convulsions et 46,4% (n=331) celui de déshydratation. Douze pour cent (n=85) pensaient que la fièvre pouvaient rendre leur enfant aveugle ; 223 (31,2%) qu'elle pouvait altérer les capacités cognitives de l'enfant ; 234 (32,8%) qu'elle pouvait être à l'origine d'un délire ; 171 (23,9%) craignaient le coma et 216 (30,3%) la mort de leur enfants. Il était nécessaire d'abaisser la fièvre rapidement pour 70% des mères interrogées (n=503) et 39,1% (n=279) pensaient que la fièvre devait disparaître en moins d'une heure. En matière de comportements maternels désadaptés, 29,7% (n=212) et 17,9% (n=128) des mères utilisaient respectivement leurs mains et leurs lèvres pour évaluer la température de leur enfant. L'antipyrétique était administré selon une précédente dose prescrite dans 13,7 % des cas (n=98) et dans un autre récipient que le doseur adapté dans 5,6% des cas (n=40). Trois cent soixante-quinze mères (52,5%) ne dévêtaient pas l'enfant, 222 (31,1%) ne l'hydratait pas et six chauffaient la chambre.

## Conclusion

Certaines connaissances et attitudes erronées dans la gestion de la fièvre des enfants d'âge préscolaire semblent avoir été adoptées par les mères tunisiennes. Cependant, l'information et l'éducation continues des mères restent nécessaires pour pallier ces méconnaissances et permettre un traitement précoce et adapté pour ces enfants.

## **C9 - Projet pilote : expérience des services de pédiatrie et de néonatalogie en simulation médicale : étude de la satisfaction des étudiants de médecine**

S. TILOUCHE<sup>1</sup>, M. BEN GUEDRIA<sup>1</sup>, J. MATHLOUTHI<sup>3</sup>, H. AJMI<sup>4</sup>, A. TEJ<sup>1</sup>, M. TFIHA<sup>1</sup>, S. MABROUK<sup>4</sup>, F. MAJDOUB<sup>4</sup>, N. MAHDHAOUI<sup>3</sup>, S. ABROUG<sup>4</sup>, L. BOUGHAMOURA<sup>1</sup>

1 - Service de Pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse

2 - Service de Néonatalogie CHU Farhat Hached Sousse

3 - Service de Pédiatrie CHU Sahloul

### **Introduction**

La simulation en santé semble avoir apportée ses preuves dans l'enseignement en formation initiale de plusieurs disciplines où elle fait partie intégrante du cursus des étudiants dans plusieurs pays. Jusqu'à aujourd'hui, l'apprentissage « pratique » de la pédiatrie en Tunisie, s'est réalisée au cours des stages hospitaliers ; Un certain nombre de publications témoignent de leur intérêt en pédiatrie. Les enseignants universitaires de la pédiatrie dans notre Faculté ont proposé un programme de simulation pour la formation des étudiants qui a débuté durant l'année universitaire (2018-2019).

### **Objectifs**

Apprécier l'impact de cet apprentissage en commençant par le premier niveau d'évaluation d'une formation du modèle de Kirkpatrick qui mesure la satisfaction des étudiant(e)s quant à leur participation à des séances d'apprentissage par simulation.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons utilisé un questionnaire pour évaluer la satisfaction des étudiants suite à leur participation à ces séances d'apprentissage.

### **Résultats**

Sept scénarios différents de simulations relatifs aux 4 thèmes choisis (convulsion, dyspnée, pratique de la ponction lombaire et la réanimation du nouveau-né) ont été élaborés par une équipe d'enseignants. Les séances se sont déroulées dans le centre de simulation de la Faculté de Médecine. Cent treize étudiants ont participé à cette enquête. Les participantes ont été très satisfaites par l'activité d'apprentissage par simulation. Pour ce qui est de l'appréciation générale, 94 % des étudiants considèrent ces séances de simulation comme bénéfiques. Pour ce qui est de la valeur

pédagogique des séances de simulation, les étudiants sont satisfaits ou très satisfaits (71 % des cas) par l'interactivité au cours des séances. Près de 45 % étaient satisfaits par l'organisation générale des séances en particulier la disponibilité des formateurs (44 %). Sur le plan théorique, les exposés étaient jugés satisfaisants avec respectivement 41 % et 43 %.. Par rapport à l'enseignement traditionnel notamment les cours magistraux, 55 % des étudiants trouvent la simulation médicale supérieure au méthode traditionnelle. Pour améliorer ces séances, 60 % des étudiants ont proposé d'augmenter le nombre des thèmes étudiés, 35 % ont suggéré le recours à des groupes plus restreints lors des séances.

### **Conclusion**

Le développement des séances de formation s'est révélé une méthode efficace. Les participantes ont été satisfaites de leur expérience d'apprentissage et recommandent de multiplier ces séances et les généraliser à d'autres disciplines.

## **C10- Répercussions du diagnostic d'anomalie congénitale sur les interactions mère-bébé et l'état psychologique des mères**

R. KHEMAKHEM<sup>1</sup>, M. HAMZA<sup>2</sup>, I. SELMI<sup>3</sup>, H. ROUISSI<sup>3</sup>, N. SIALA<sup>3</sup>, A. BELHADJ<sup>3</sup>, O. AZZABI<sup>3</sup>, A. MAHERZI<sup>3</sup>,

Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa

(1), Service Pédopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa

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

(3), Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa (4),

### **Introduction**

L'annonce d'un diagnostic d'anomalie congénitale représente pour les couples et particulièrement pour les mères, une situation très difficile, voire traumatogène.

### **Objectifs**

Evaluer l'impact que peut avoir une anomalie congénitale (AC) sur les interactions mères-bébés et l'état psychologique des mères.

### **Matériel et méthodes**

Etude transversale de septembre à décembre 2018 incluant 33 mères d'enfants de 1 mois à 3 ans et porteurs d'une AC. Un auto-questionnaire portant sur les émo-

tions et pensées entourant l'annonce de l'AC, le Post-Partum Bonding Questionnaire (PBQ) évaluant les interactions mères-bébés (un score élevé indique de mauvaises interactions), le Brief-COPE pour les stratégies de coping, l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) pour les symptômes anxio-dépressifs (score seuil  $\geq 11$  pour chaque dimension) et le Perinatal Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Questionnaire (PPQ) pour les symptômes de stress post-traumatique liés à la naissance de l'enfant ont été utilisés.

## Résultats

Douze enfants ont été diagnostiqués porteur d'une AC en anténatal et 21 en postnatal. La qualité des interactions n'était ni associée au type d'AC ( $p=0,971$ ) ni au timing du diagnostic dans notre étude ( $p=0,318$ ). Les interactions mères-bébés étaient altérées quand les mères étaient préoccupées par les difficultés futures que pourrait impliquer l'AC aux niveaux scolaire ( $p=0,032$ ) ou professionnel ( $p=0,048$ ). Plus les mères présentaient des symptômes de PTSD, plus les interactions mères-bébés étaient altérées ( $p=0,00$ ) et plus elles étaient déprimées et anxieuses ( $p=0,001$  et  $p=0,00$ ). Une différence significative a été notée en terme de symptômes dépressifs puisque les mères étaient significativement plus déprimées en cas de diagnostic postnatal ( $n=21$  ;  $9.90 \pm 3,878$ ) qu'en anténatal ( $n=12$  ;  $6.82 \pm 2,359$ ) ( $p=0,026$ ). Les mères avaient un score de dépression significativement plus élevé dans les cas de visibilité de l'AC ( $10,14$  vs  $7,71$   $p=0,031$ ). L'idée que le médecin ait pu commettre une erreur diagnostic était significativement associée à la dimension anxieuse ( $14,33 \pm 4.967$ ;  $p=0,043$ ). Plus les mères étaient anxieuses, plus elles étaient dans le déni ( $p=0,022$ ) ou la culpabilité ( $p=0,003$ ). Aucune association entre le type d'AC, les scores HADS et les stratégies de coping n'a été retrouvée.

## Conclusion

Le diagnostic d'une AC affecte les interactions mères-bébés et entache les projections futures des mères.

## **C11 - Le rétinoblastome: une tumeur curable de l'enfant**

B. DHAOUEDI<sup>1</sup>, E. JBEBLI<sup>1</sup>, S. RHAYEM<sup>1</sup>, A. CHEBBI<sup>4</sup>, H. BOUGUILA<sup>4</sup>, S. HADDED<sup>1</sup>,  
F. FEDHILA BEN AYED<sup>1</sup>, M. KHEMIRI<sup>1</sup>,

**SERVICE DE MEDECINE INFANTILE A HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS (1), ONCOLOGIE INSTITUT HEDI RAIES (2),**

### **Introduction**

Le rétinoblastome (RB) est la tumeur maligne intraoculaire la plus fréquente de l'enfant. Les résultats thérapeutiques sont excellents au prix d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge multidisciplinaire.

### **Objectifs**

L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives des patients et d'analyser le pronostic du RB dans une unité d'oncologie pédiatrique tunisienne.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé dans l'unité d'oncologie du service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis tous les cas de RB entre Janvier 2006 et Décembre 2018.

### **Résultats**

L'âge médian des patients était de 18,85 mois (4-72 mois). Le sex ratio était de 1,63. 57 patients présentaient un RB bilatéral (27,8%) tandis que 22 patients avaient un RB unilatéral (72,2%). L'énucléation unilatérale d'un œil a été pratiquée dans la majorité des cas (93,7%) et 05 enfants ont été énucléés des deux yeux. Une chimiothérapie néoadjuvante a été administrée dans 62% des cas. Un traitement conservateur a été réalisé chez 13 enfants: thermo-thérapie (11), laser (2) et Melphalan intravitréen chez 2 patients. Une chimiothérapie adjuvante a été administrée dans 81% des cas. La radiothérapie orbitale externe a été réalisée chez 11 enfants. Nous avons analysé le statut de mutation RB1 dans 37 cas. Au total, 50 modifications somatiques de RB1 et 7 nouvelles mutations ont été identifiées. Avec un recul médian de 29,2 mois (1-78 mois), la survie globale à 5 ans était de 89,9%. Les facteurs pronostiques significatifs étaient la présence de métastases et la stadification anatomopathologique de la tumeur.

## **Conclusion**

La prise en charge du RB nécessite une concertation multidisciplinaire et des programmes collaboratifs à long terme pour améliorer la survie des patients. Cette étude démontre l'efficacité de la chimiothérapie systémique et du traitement conservateur dans le traitement du rétinoblastome en Tunisie.

## **C12 - Lupus érythémateux systémique de l'enfant: étude de 6 cas**

B. MAALEJ<sup>1</sup>, I. MOALLA<sup>1</sup>, M. WALI<sup>1</sup>, S. TRICHILLI<sup>1</sup>, F. SAFI<sup>1</sup>, M. HSAIRI<sup>1</sup>,  
L. GARGOURI<sup>1</sup>, A. MAHFOUDH<sup>1</sup>,

Service de pédiatrie urgence et réanimation CHU Hédi Chaker Sfax (1),

### **Introduction**

Le Lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie systémique auto-immune d'étiologie inconnue. Chez l'enfant, il n'est pas exceptionnel et représente une certaine urgence diagnostique.

### **Objectifs**

Etudier les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives du lupus érythémateux systémique (LES) de l'enfant

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective portant sur 6 cas de LES de l'enfant colligés au service de pédiatrie urgence réanimation du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 13 ans (2006-2018).

### **Résultats**

Il s'agit de 3 filles et de 3 garçons. L'âge de début de la symptomatologie a varié de 9 ans à 13 ans. Les signes révélateurs étaient de type cutané (4 cas), articulaire (3 cas), rénal (2cas) et hématologique dans 1 cas. Le tableau clinique était très polymorphe. L'atteinte neurologique était retrouvée dans 3 cas, alors que l'épanchement des séreuses a été noté dans 2 cas. Un patient a développé un syndrome d'activation macrophagique. Un patient a nécessité des séances d'hémodialyse. Une patiente a présenté une pancréatite stade D. Un patient avait une granulomatose septique chronique associée. Sur le plan immunologique, tous les patients avaient

des anticorps Ac anti-nucléaires élevés, 3 avaient des Ac anti-DNA natifs, et deux patients avaient des Ac anti Sm positifs. Les options thérapeutiques étaient : corticothérapie + Endoxan® (4 cas), corticothérapie et plaquénil® (1 cas) et plaquénil® + aspirine® (1 cas). Deux patients sont décédés et on a noté évolution favorable chez quatre autres patients

### **Conclusion**

Le LES est une maladie auto-immune rare chez l'enfant. Le tableau clinico-biologique est polymorphe avec l'atteinte possible de multiples organes. Le pronostic est conditionné par l'atteinte rénale

## **C 13- Anomalies cardiaques chez les enfants avec syndrome drépanocytaire majeur**

H. BARAKIZOU (1), S. HANNACHI (2), Y. BEN RJEB (1), S. GANNOUNI (1)

**Pédiatrie Hôpital Militaire de Tunis (1), Pédiatrie Hôpital Militaire de Tunis (2).**

### **Introduction**

Le syndrome drépanocytaire majeur se présente comme une maladie chronique d'allure systémique. L'atteinte cardiaque en représente un facteur pronostique majeur. Le dépistage précoce de cette complication reste tributaire de la qualité du suivi et des outils écho cardiographiques utilisés.

### **Objectifs**

Déterminer le retentissement cardiaque du syndrome drépanocytaire majeur chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons conduit une étude prospective transversale de type cas témoins. Deux groupes ont individualisé G1 (n=29, page : (4-18 ans) regroupe les enfants avec syndrome drépanocytaire majeur, G2 (n = 58), est celui des témoins sains similaires en termes d'âge et de sexe. Tous les enfants ont bénéficié d'une échocardiographie classique, d'une mesure des pressions artérielles pulmonaires systoliques, d'un doppler tissulaire pulsé ainsi qu'une évaluation de la déformabilité myocardique. Les résultats ont été comparés entre G1 et G2.

## Résultats

G1 et G2 ont été comparables en termes d'indice de masse corporelle et de pression artérielle. Pour G1, l'âge moyen au moment de l'inclusion était de 11,8 ans (extrêmes (6 mois-4 ans)). Comparativement à G2, la fonction systolique du ventricule gauche (VG) de G1 était significativement altérée ( $p=0,001$ ). Une dilatation du VG a été constatée dans 45% des cas pour G1 ; Le diamètre télé diastolique du VG indexé à la surface corporelle était pour G1 :  $3.2 \pm 0.5$  mm/m<sup>2</sup> versus pour G2 :  $29.3 \pm 1.3$  mm/m<sup>2</sup> avec  $p = 0,005$ . Une hypertrophie ventriculaire gauche a été notée chez 19% des enfants de G1. La masse ventriculaire gauche indexée était de  $110 \pm 4$  chez G1 et de  $92 \pm 3$  chez G2 et  $p = 0,009$ . Une hypertension artérielle pulmonaire a été retrouvée chez 36% des drépanocytaires. Les PAPS pour G1 :  $33$  mm hg +/- versus pour G2 :  $29$  mm hg +/-  $3$  avec  $p=0.008$ . L'étude de la fonction diastolique du VG a montré une anomalie de la relaxation chez 21% des patients du groupe G1, une anomalie de la compliance chez 10% des patients et le reste avaient un rapport E/A normal avec une différence significative par rapport au groupe témoin.

## Conclusion

Le développement des techniques échocardiographique permet un dépistage précoce des complications cardiaque du syndrome drépanocytaire majeur permettant ainsi d'optimiser sa prise en charge.

## C14 - Prévention de l'ostéoporose chez les enfants ayant une béta thalassémie homozygote : impact de la prophylaxie par vitamine D et calcium

M. BEN KHALED, O. MZOUGHJI, M. OUDERNI, N. DHOUIB, S. REKAYA, R. KOUKI, F. MELLOULI, M. BÉJAOUJ

Service d'immuno-Hématologie pédiatrique, centre national de greffe de moelle Osseuse de Tunis, Tunis, Tunisie

## Introduction

L'ostéoporose est un problème de santé chez les patients bêtathalassémiques homozygotes(BTH).

## **Objectifs**

Décrire l'impact de la prophylaxie par vitamine D et calcium dans la prévention de l'ostéoporose dans la BTH.

## **Matériel et méthodes**

Etude semi-expérimentale avant/après menée au service d'hématologie pédiatrique (1998-2018) incluant 120 patients BTH ayant eu une densité minérale osseuse (DMO) avant l'âge de 20 ans. L'ostéoporose était définie par un Z-score <2DS. La supplémentation par vitamine D et calcium a été démarrée en Novembre 2012. Une comparaison a été réalisée entre les patients ayant reçu ou non cette prophylaxie.

## **Résultats**

Vingt huit patients (23.3%) avaient eu une DMO avant la prophylaxie. L'observance moyenne était de  $75.9\% \pm 24(0-100\%)$ . La survenue de l'ostéoporose était comparable dans les deux groupes. L'ostéoporose était moins fréquente chez les patients BTH ayant reçu la prophylaxie de plus de 30 mois (29,5% vs 70,5%,  $p=0,003$ ). Les douleurs osseuses étaient plus fréquentes chez les patients n'ayant pas reçu de prophylaxie (75,7% vs 24,3%,  $p=0,014$ ).

## **Conclusion**

Cette étude avait prouvé l'efficacité de la supplémentation en calcium et en vitamine D des patients BTH pour prévenir l'ostéoporose. D'autres études multicentriques sont nécessaires pour valider ces résultats.

## **C15 - Efficacité et toxicité des androgènes dans l'anémie de Fanconi**

M. OUDERNI, M. MAYEL, M. BEN KHALED, F. MAALEJ, S. REKAYA, N DOUIB, M. JAOUADI, R. KOUKI, F. MELLOULI, M. BÉJAOUI

Centre National de Greffe de moelle osseuse à Tunis

## **Introduction**

La maladie de Fanconi (AF) est une pathologie rare de transmission autosomique récessive associant pancytopénie progressive, aplasie médullaire, (AM), malformations congénitales variables et prédisposition aux cancers. Le seul traitement cura-

tif des manifestations hématologiques est la greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH). Les androgènes sont indiqués chez les patients ne disposant pas de donneur génoidentique.

### **Objectifs**

Evaluer la réponse hématologique et la toxicité des androgènes chez des patients atteints d'anémie de Fanconi.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective incluant les patients suivis pour anémie de Fanconi et ayant reçu un traitement androgénique.

### **Résultats**

Seize patients ont été inclus, 6 filles et 10 garçons. L'âge moyen d'apparition de l'atteinte hématologique a été de 70,7 mois ; Tous les patients ont évolué vers une aplasie médullaire au cours du suivi. Cette aplasie était modérée chez 57 % des patients. Tous les patients ont reçu un traitement par androgènes : noréthandrolone (Nileva) à une dose moyenne de 1,2 mg/kg/j pour une durée allant de 1 à 149 mois. Initialement, une indépendance transfusionnelle en CGR a été obtenue chez huit patients. Sept patients sont devenus indépendants des transfusions de plaquettes. Une rémission complète de l'anémie (Hb > 12 g/dl) et de la thrombopénie (plaquettes > 100 000/mm<sup>3</sup>), a été notée chez 15,4 % des patients. Une rémission complète de la neutropénie (PNN > 1500/mm<sup>3</sup>), a été notée chez 15,4 % des patients. La réponse était transitoire chez 38,5 % des patients. Une toxicité des androgènes a été notée chez six patients : puberté précoce (n = 3), accélération de la croissance (n = 3) avec signes de virilisation (n = 3), une toxicité hépatique (n = 2)

### **Conclusion**

L'androgénothérapie peut permettre l'arrêt des transfusions chez les malades atteints de Fanconi. Cette rémission peut être transitoire ou dissociée n'intéressant qu'une lignée et pas une autre. Cependant, la durée prolongée du traitement expose les malades à un risque élevé de toxicité et impose une surveillance stricte.

## **C16 - Apport de l'imagerie dans le diagnostic étiologique des infections urinaires hautes de l'enfant**

S. ATITALLAH<sup>1</sup>, S. YAHYAOU<sup>1</sup>, O. YAHYAOU<sup>1</sup>, R. BENRABEH<sup>1</sup>, O. BOUYAHIA<sup>1</sup>,  
S. MAZIGH<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>,

**1- Service de Médecine Infantile C, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis**

### **Introduction**

Les infections urinaires hautes représentent un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation en milieu pédiatrique. Elles représentent la deuxième cause d'infections bactériennes de l'enfant après celles des voies respiratoires. Les indications de l'imagerie après un premier épisode d'infection urinaire haute restent controversées.

### **Objectifs**

Etudier l'apport de l'imagerie dans la prise en charge des infections urinaires hautes de l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive concernant les observations d'infections urinaires hautes colligées dans le service de Médecine Infantile C de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis sur une période de 5 ans.

### **Résultats**

Nous avons colligé un échantillon de 149 cas d'infections urinaires hautes durant la période de l'étude. L'échographie rénale a été pratiquée chez 77,2% malades (N=115). Elle était pathologique chez 29,6% des malades (N=34/115). Les anomalies les plus fréquemment retrouvées étaient la dilatation urétéro-pyélo-calicielle unilatérale et bilatérale. L'urétrocystographie rétrograde a été faite chez 21,5% des malades (N= 32). Elle était pathologique dans 21,9% des cas (N=7/32). Le reflux vésico-urétéral unilatéral et bilatéral étaient les anomalies les plus fréquemment retrouvées. La scintigraphie rénale au DMSA a été pratiquée chez 7,4% malades (N=11). Elle a montré des anomalies dans 27,3% des cas (N=3/11). Les anomalies retrouvées étaient une asymétrie de fonction chez deux patients et un défaut cortical chez un seul patient.

## **Conclusion**

L'échographie rénale reste l'examen de premier recours après un premier épisode d'infection urinaire haute chez l'enfant. La pratique de l'UCR doit être considérée au cas par cas en fonction des résultats de l'échographie rénale. La scintigraphie au DMSA doit être pratiquée six mois après l'épisode aigu, pour rechercher la présence de cicatrices pyélonéphritiques résiduelles.

## **C17 - Etude de la colonisation nasale et anale par les bactéries multirésistantes chez les enfants à l'admission dans un service de pédiatrie**

N. MLIKA, M. TFIFHA, A. FERJANI, N ZOUARI, S. HASSAYOUN, H. AJMI, J. CHEMLI, S. MABROUK, F. MAJDOUB, J. BOUKADIDA, S. ABROUG

**Service de Néonatalogie de l'hôpital militaire de Tunis**

### **Introduction**

L'émergence de résistances aux antibiotiques ne cesse de croître mais très peu de nouvelles molécules d'antibiotiques voient le jour. Ces bactéries multi-résistantes (BMR) représentent un problème de santé publique devant la gravité de leurs conséquences à l'échelle individuelle et communautaire.

### **Objectifs**

Le but de ce travail est de déterminer les différentes BMR présentes en portage à l'admission dans un service de pédiatrie générale, et de chercher les facteurs de risque associés.

### **Matériel et méthodes**

Une étude prospective et analytique sur deux mois a été menée sur les malades admis au service de pédiatrie de Sahloul. Pour chaque malade, un prélèvement anal et un autre nasal ont été réalisés afin de dépister les entérobactéries productrices de beta-lactamases (EBLSE), les entérocoques productrices de carbapénémases (EPC), les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et les staphylocoques résistants à la méticilline (SARM) respectivement. Ces prélèvements bactériologiques ont été réalisés à l'admission avec étude des potentiels facteurs de risque. L'analyse bactériologique a été effectuée immédiatement après le prélèvement dans le laboratoire de microbiologie de l'hôpital Farhat Hached à Sousse.

## Résultats

Au total, 112 patients ont été prélevés. L'âge moyen était deux ans avec une prédominance masculine (sex-ratio=1,33). Un antécédent pathologique a été noté chez 50% des malades. Un antécédent d'hospitalisation a été noté chez 33,3% de malades. Une antibiothérapie antérieure était prescrite pour 7,14% des malades dans les trois mois qui précèdent l'admission. Sur le plan bactériologique, parmi les 112 malades admis pendant la période d'étude, 10 (8,92%) ont été colonisés par au moins une BMR. L'espèce bactérienne la plus détectée à l'admission était E. coli (50%). L'âge, le sexe, la présence d'un antécédent pathologique, d'un antécédent d'hospitalisation ou d'une prise antérieure d'antibiothérapie ne sont pas corrélés à la présence de BMR à l'admission.

## Conclusion

Cette étude a montré d'une part, que le portage de BMR chez les enfants avant l'hospitalisation a atteint des taux alarmants et d'autre part qu'il n'est pas corrélé aux facteurs de risque étudiés dans notre étude. Un système de surveillance nationale multicentrique avec dépistage systématique de portage s'avère nécessaire pour pouvoir suivre l'étendu de la dissémination du portage des BMR et prendre les mesures nécessaires pour diminuer le coût, la morbidité et la mortalité attribués aux infections par ces BMR.

## C18- Umbilical Cord Blood Procalcitonin Concentration in the Diagnosis of Asymptomatic Early Neonatal Sepsis

M. BELLALAH<sup>1</sup>, W. TABKA<sup>1</sup>, H. AYACHE<sup>1</sup>, O. BOUABDALLAH<sup>1</sup>, A. GHAITH<sup>1</sup>, O. MGHIRBI<sup>1</sup>, I. KACEM<sup>1</sup>, S. NOURI<sup>1</sup>, J. METHLOUTHI<sup>1</sup>, N. MAHDHAOUI<sup>1</sup>

Néonatalogie CHU Farhat Hached Sousse (1),

### Introduction

Early onset sepsis (EOS) is a real public health problem. No clinical symptoms or biological markers are neither sensitive nor specific and the majority of the newborns are suspected of having infection and many of them undergo laboratory tests and empiric antibiotherapy, which is the source of multidrug-resistant germs. The objective of our study is to evaluate the contribution of umbilical cord blood procalcitonin (PCT) in the management of asymptomatic EOS.

## **Objectifs**

The objective of our study is to evaluate the contribution of umbilical cord blood procalcitonin (PCT) in the management of asymptomatic EOS.

## **Matériel et méthodes**

It was a prospective study conducted between the 1st August 2017 to 31 July 2018, and included the asymptomatic newborns at risk of EOS, and born in the maternity of Farhat Hached Hospital in Sousse. All the patients undergo an umbilical cord blood PCT . Quantitative PCT level  $\geq 0.5$  ng/ml was accepted as pathological.

## **Résultats**

Two hundred and nineteen newborns were included over the study period. The majority of Newborns were term. The mean birth weight was 3296 g and 79% of the neonates were eutrophic. The risk factor associated with EOS was chorioamnionitis ( $p = 0.047$ ). 12 of our patients were diagnosed with bacterial infection .Incidence of EOS in our cohort study was about 1.23 ‰ live births. The infection was probable in all cases. PCT was positive in 8 cases (3.7%), its median value was 0.09 ng / ml [0.1-2.18] and the median value of PCT in the infected neoantes was 0.115 ng / ml. The sensitivity and specificity of PCT were respectively 25% and 97.58%. The positive predictive value was 37.5% with an excellent negative predictive value of 95.73%.

## **Conclusion**

The non-invasive umbilical cord boold PCT seems to be a specific marker to identify as soon as possible newborns with a high risk of EOS. Our results need to be confirmed by a more powerful multicenter study with a larger cohort.

# **C19 - Ré-émergence de la coqueluche et croissance des formes graves : expérience de l'Hôpital Régional de Nabeul**

A. GUEDRIA, N. OUESLATI

**Service de Pédiatrie Hôpital -Mohamed Tlatli de Nabeul**

## **Introduction**

La coqueluche est une maladie infectieuse respiratoire d'origine bactérienne, très fortement contagieuse. Elle est due principalement à *Bordetella pertussis*. La généralisation de la vaccination a permis pendant plus de 50 ans une remarquable régression de la mortalité et de la morbidité coquelucheuses chez l'enfant. Cependant, une résurgence de cette infection bactérienne notée dans de nombreux pays notamment en Tunisie. La coqueluche n'a pas disparu et reste toujours d'actualité.

## **Objectifs**

Etablir le profil épidémiologique, clinique et évolutif de la coqueluche ré-émergée notamment des formes graves.

## **Matériel et méthodes**

Des Mars 2017 à mars 2019 des prélèvements nasopharyngés provenant de nourrissons hospitalisés au service de Pédiatrie à l'Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul pour une toux quinteuse évoquant un diagnostic de coqueluche ont été reçus au laboratoire de microbiologie ; Une culture des prélèvements nasopharyngés a été réalisée ainsi qu'une amplification par PCR en temps réel.

## **Résultats**

Vingt trois malades dont 11 filles et 12 garçons ont fait l'objet de ce travail. Quinze nourrissons avaient un âge inférieur à deux mois ; Dix huit malades n'étaient pas vaccinés contre la coqueluche. Les motifs de consultation aux urgences étaient une toux quinteuse dans tous les cas, une cyanose chez 20 patients, une fièvre chez 8 patients et des vomissements chez un nourrisson. L'hyperlymphocytose a été notée chez 19 nourrissons et une coinfection bactérienne chez 7 malades. Tous les malades ont été mis sous microlides. Une oxygénothérapie était nécessaire dans neuf cas avec recours à la ventilation mécanique dans sept cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de dix jours. Sept nourrissons ont présenté une forme maligne de la coqueluche avec recours à l'exanguinotransfusion dans deux cas. Six ont eu une

issue fatale dans un tableau de défaillance multiviscérale.

### **Conclusion**

La coqueluche demeure un problème de santé publique en Tunisie et potentiellement mortelle. L'urgence est de trouver une stratégie adaptée pour renforcer la couverture vaccinale, surtout pour les deux premiers mois de vie. L'importance de la prévention, principalement orientée vers la population des jeunes adultes doit être soulignée mais la difficulté reste d'identifier les contamineurs.

## **C20 - Particularités de la coqueluche chez le jeune nourrisson**

I. BEL HADJ<sup>1</sup>, A. BOUANI<sup>1</sup>, M. ESSID<sup>1</sup>, M. BEN ROMDHANE<sup>1</sup>, I. TRABELSI<sup>1</sup>, F. KHALSI<sup>1</sup>, S. HAMOUDA<sup>1</sup>, K. BOUSSETTA<sup>1</sup>,

### **1- Service Médecine Infantile B**

#### **Introduction**

La coqueluche est un problème de santé publique, elle évolue sur le mode épidémique et peut être responsable d'une importante mortalité et morbidité surtout chez le jeune nourrisson non ou incomplètement vacciné.

#### **Objectifs**

Nous nous proposons d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des nourrissons hospitalisés dans notre service pour coqueluche.

#### **Matériel et méthodes**

Nous avons analysé rétrospectivement tous les dossiers des patients hospitalisés pour coqueluche, au service de médecine infantile B, au cours de l'année 2018 (1er Janvier au 31 Décembre 2018).

#### **Résultats**

Nous avons colligés 23 observations, 9 garçons et 14 filles, soit un sex ratio de 0,64. L'âge moyen était de 2,5 mois (0,53 à 7 mois). Quinze nourrissons âgés de moins de 2 mois n'étaient pas encore vaccinés contre la coqueluche, et 8/23 nourrissons n'ont reçus qu'une seule dose de vaccin contre la coqueluche au moment du diagnostic. L'anamnèse a retrouvé un tousseur chronique intrafamilial dans 12 cas. La

durée moyenne de la symptomatologie avant l'admission était de 7,1 jours (1 à 21 jours) faite de toux dans 11 cas, de toux cyanogène dans 10 cas, de quintes noté la de toux dans 9 cas. L'examen a noté une fièvre chez 10 patients, une polypnée avec des signes de luttés dans 12 cas et une cyanose dans 3 cas. A la biologie, une hyperlymphocytose a été retrouvée dans 18 cas avec nombre moyen de lymphocytes à 13 736elts / mm<sup>3</sup> (2560 - 43 330 elts/mm<sup>3</sup>). Une PCR à Bordetella pertussis positive a confirmé le diagnostic dans tous les cas. Un traitement antibiotique par macrolide per os a été prescrit dans 18 cas, avec un délai moyen de 9,6 jours par rapport au début de la symptomatologie. Une oxygénothérapie a été nécessaire pour 18/23 nourrissons pour une durée moyenne de 17,25 jours (2 à 73 jours). L'évolution était favorable dans 18/23 cas. Un transfert en milieu de réanimation a été nécessaire pour 6/23 patients, deux patients ont présenté un SDRA et trois patients ont nécessité un échange transfusionnel. Nous avons déploré deux décès par coqueluche maligne.

### **Conclusion**

La prévention de la coqueluche repose essentiellement sur une bonne couverture vaccinale. La haute susceptibilité des jeunes nourrissons de moins de 3 mois devrait inciter à vacciner les adultes jeunes, essentiellement les parents et le personnel de santé pour limiter la contagion.

## **C21- Les pleuro-pneumopathies purulentes de l'enfant : Des aspects épidémiologiques aux facteurs prédictifs d'évolution défavorable**

F. KHALSI<sup>1</sup>, M. MIRAOU<sup>1</sup>, I. TRABELSI<sup>1</sup>, I. BELHADJ<sup>1</sup>, H. SMAOUI<sup>2</sup>, W.DOUIRA<sup>3</sup>, S. HAMOUDA<sup>1</sup>, K. BOUSSETTA<sup>1</sup>

1- Service Médecine Infantile B

2- Service de Microbiologie

### **Introduction**

Les pneumonies infectieuses sont une pathologie fréquente en pédiatrie pouvant se compliquer en pleuro-pneumopathies. La toux, la fièvre et la douleur thoracique sont les principaux symptômes, peu spécifiques, faisant évoquer cette infection. Le diagnostic est confirmé par la radiographie de thorax et l'échographie thoracique. La ponction pleurale permet la plupart du temps le diagnostic étiologique. Le trai-

tement repose sur une antibiothérapie intraveineuse probabiliste qui suffit la plupart du temps à obtenir une guérison. Les principales complications sont l'abcès pulmonaire, le pneumothorax et la pneumatocele pouvant nécessiter un drainage thoracique et l'hospitalisation en milieu de réanimation.

### **Objectifs**

Cette étude a comme objectif primaire d'étudier les aspects épidémiologiques des pleuro-pneumopathies purulentes de l'enfant et de préciser secondairement les facteurs prédictifs d'évolution défavorable

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective regroupant trente et un cas de pleuro-pneumopathies purulentes hospitalisés au service de pneumo-pédiatrie B de l'hôpital d'enfants de Tunis durant la période 2015-2019.

### **Résultats**

Les trente et un cas étudiés étaient répartis en 15 garçons et 16 filles avec une moyenne d'âge de 37 mois [ 1 mois – 12 ans ] . La saison d'hospitalisation était le printemps dans 9 cas. Trente patients ont été vaccinés contre l'Haemophilus B et deux seulement contre le pneumocoque. Les symptômes étaient dominés par une toux ( 25cas ) et une dyspnée ( 20 cas ) évoluant dans un contexte fébrile ( 31 cas ) associées à des signes digestifs dans 4 cas. Une antibiothérapie préalable a été prescrite dans 22 cas avec une durée moyenne de 3 jours avant l'hospitalisations . Une prise d'AINS a été rapportée dans 6 cas. L'examen physique a montré une polypnée dans 20 cas , une fièvre dépassant 39° dans 31 cas et une saturation pulsée en O2 moyenne à 94%. L'auscultation pulmonaire a mis en évidence des râles crépitants dans 7 cas avec une diminution du murmure vésiculaire dans 18 cas. Le bilan infectieux était positif avec une CRP moyenne de 212 mg/l [13-397mg/l] et des GB moyens à 22547/mm<sup>3</sup>. Les prélèvements bactériologiques à type d'hémocultures et ECBC ont été tous négatifs. La radiographie de thorax a été contributive au diagnostic positif dans les 31 cas. L'échographie thoracique a été pratiquée dans 26 cas montrant un épanchement pleural de grande abondance dans 7 cas. Une ponction a été pratiquée dans 16 cas avec isolement du germe à la cultures dans 5 cas. Une antibiothérapie probabiliste a été instaurée à base d'ampicilline seule dans 5 cas , céfotaxime seule dans 10 cas et une association céfotaxime+vancomycine dans 16 cas. Cette antibiothérapie a été maintenue pendant 14 jours en moyenne. L'évolution était favorable dans 16 cas . Un transfert en réanimation a été réalisé dans 5

cas avec recours à la ventilation mécanique dans 4 cas et au drainage thoracique dans .5 cas. Le contrôle radiologique à moyen terme a mis en évidence un pneumothorax dans 2 cas et une pneumatoçèle dans 3 cas.

### **Conclusion**

Les facteurs prédictifs d'évolution défavorable étudiés étaient la durée d'évolution de la fièvre avant l'hospitalisation de plus de 5 jours avec ( $p=0.04$ ) , la prise préalable d'AINS et le cloisonnement de l'épanchement . La taille de notre échantillon est réduite. D'autres études à large échelle multicentriques sont nécessaires afin de conforter nos résultats.

## **C22 - Leishmaniose viscérale en Tunisie : Aspects cliniques et prise en charge sur une période de 10 ans**

R. GUEDRI, A. BOUANI, L. ESSADDAM, A. BEN MANSOUR, N. MATTOUSSI, Z. FITOURI  
S. BEN BECHER

**Service Pédiatrie Urgences Consultations (PUC).  
Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis, Tunis, Tunisie**

### **Introduction**

La leishmaniose viscérale (LV) est une Anthropozoonose qui évolue selon un mode endémique en Tunisie. Elle se caractérise par son polymorphisme clinique.

### **Objectifs**

Décrire le profil épidémiologique, les aspects cliniques et évolutive de la leishmaniose viscérale chez l'enfant.

### **Patients et méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective des observations des enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie PUC de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis sur une période de 10 ans.

### **Résultats**

Nous avons colligé 82 cas. Le sex-ratio était de 0,64. L'âge moyen au moment de diagnostic était de 32,2 mois [5,5 mois - 14 ans]. Dans notre population, 24 patients provenaient de la région de Beja et 19 autres de la région de Siliana. Le délai

de déclaration de la maladie était de 1,7 mois [7 jours – 15 mois]. Les principaux symptômes révélateurs étaient la fièvre dans 70% des cas et la pâleur dans 47% des cas. Sur le plan clinique, la splénomégalie était présente chez 80% des patients associée à l'hépatomégalie dans 52% des cas. Les anomalies biologiques étaient essentiellement l'anémie dans 97% des cas, la thrombopénie dans 84% des cas et la leucopénie dans 64% des cas. Seulement 13 patients ont développé un syndrome d'activation macrophagique. Le diagnostic a été porté chez 75 cas par l'analyse du myélogramme. La PCR a été réalisée dans 3 cas sur myélogramme et dans 3 autres sur sang périphérique. Le glucantime a été utilisé chez 80 cas de LV. Alors que l'ambisone a été prescrit chez 5 cas : 2 cas de rechute après un traitement bien conduit par le glucantime et 3 cas de stibio-toxicité à type de thrombopénie réfractaire, de pancytopénie persistante et de pancréatite. L'évolution était favorable chez 97,5% des cas. Seulement 2 patients ont présenté des rechutes au bout de 25,2 jours [7 jours, 3 mois].

### **Conclusion**

La LV est un problème de santé publique. Sa sévérité est variable et son mode évolutif est imprévisible.

## **C23 - Exsanguino-transfusion dans la coqueluche sévère : À propos de 26 cas**

A. KHALOUAOUI<sup>1</sup>, A. AYARI<sup>1</sup>, R. OUERFELLI<sup>1</sup>, A. HAJJI<sup>1</sup>, K. MENIF<sup>1</sup>, A. BORGHI<sup>1</sup>, N. BEN JABALLAH<sup>1</sup>

### **1- Réanimation pédiatrique polyvalente**

#### **Introduction**

La coqueluche constitue jusqu'à nos jours un problème de santé publique. La forme sévère de la maladie est grevée d'une lourde mortalité et continue à poser un problème de prise en charge thérapeutique. L'exsanguino-transfusion (EST) figure en tête de liste de l'arsenal thérapeutique.

#### **Objectifs**

Identifier les facteurs de risques de mortalité chez les patients atteints de coqueluche sévère et ayant bénéficiés d'EST.

## **Matériel et méthodes**

Etude monocentrique descriptive rétrospective incluant tous les patients hospitalisés dans le service de réanimation pédiatrique polyvalente pour coqueluche sévère confirmée par PCR et ayant bénéficiés d'une EST sur une période de 6 ans (2013-2018).

## **Résultats**

Vingt six cas ont été colligés (sexe ratio 1,3, âge moyen : 49 jours ( $\pm 23$ )). Parmi ces patients : 11,5% étaient des anciens prématurés et 50% étaient hypotrophes. Aucun de nos malades n'était correctement vacciné contre la coqueluche. La symptomatologie était faite d'une toux (92,3%), une apnée (34,6%), une fièvre (46,2%) et une complication neurologique (42%). A l'admission la fréquence respiratoire moyenne était de 61 c.p.m ( $\pm 17$ ). La fréquence cardiaque moyenne était 197 b.p.m ( $\pm 27$ ). Le taux moyen des globules blancs était de 80369 /mm<sup>3</sup> ( $\pm 28000$ ), la moyenne des taux de lymphocytes était de 36160 /mm<sup>3</sup> et 63% de nos patients avaient une HTAP. Une coïnfection bactérienne communautaire a été documentée chez 20% des patients. Tous les malades ont été intubés ventilés pendant une durée moyenne de 6,8 jours ( $\pm 7$ ) et 61,5% ont bénéficié d'un support hémodynamique. Tous nos malades ont bénéficié d'une exsanguino-transfusion. Cinquante pour cent des patients sont décédés. Les facteurs prédictifs de mortalité selon l'analyse univariée étaient : le taux de globule blanc à l'admission ( $p = 0,02$ ), la présence d'une HTAP ( $p = 0,002$ ) et le recours à la norépinephrine ( $p = 0,02$ ).

## **Conclusion**

La mortalité des nourrissons ayant une coqueluche sévère et ayant bénéficiés d'une EST resté élevée, les facteurs de risques identifiés dans cette étude sont le taux de globules blanc à l'admission, la présence d'une HTAP et le recours à la norépinephrine.

## **C24 - Profil épidémiologique et bactériologique évolutifs des infections urinaires de l'enfant : Emergence de BLSE !**

S. WANNES<sup>1</sup>, A. RASSAS<sup>2</sup>, E. AZAIEZ<sup>3</sup>, A. WARDANI<sup>1</sup>, R. BOSSOFARA<sup>1</sup>, B. MAHJOUB<sup>3</sup>,

1- Service de Pédiatrie CHU-Tahar Sfar Mahdia-Faculté de médecine de Monastir

2- service de Pédiatrie CHU-Tahar Sfar Mahdia

4- service de Pédiatrie CHU-Tahar Sfar Mahdia-Faculté de médecine de Monastir

### **Introduction**

Une augmentation substantielle de la prévalence des bactéries productrices de BLSE dans les infections urinaires communautaire de l'enfant est rapportée dans le monde. Les données à l'échelle nationale sont rares. Nous avons cherché à définir l'épidémiologie de ce type émergent de bactéries et à étudier les facteurs de risque.

### **Objectifs**

Nous avons cherché à définir l'épidémiologie de ce type émergent de bactéries et à étudier les facteurs de risque.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur une série de 406 épisodes d'infection urinaire fébrile chez (323) enfants hospitalisés au service pédiatrie de Mahdia durant deux périodes de 2ans chacune séparée d'une décennie respectivement Janvier 2004-Décembre 2005 et Janvier 2014-Décembre 2015. L'analyse statistique a été réalisée via le logiciel statistique IBM SPSS avec recours à une analyse multi varié.

### **Résultats**

Les germes retrouvés à la culture sont dominés par les BGN avec respectivement L'Escherichia Coli (88%), Klebsella (6,4%) et le Proteus (2,7%). L'étude de sensibilité de l'E. Coli au cours des deux périodes de l'étude a objectivé une augmentation de résistance pour tous les antibiotiques testés en particulier pour les céphalosporines (de 2% à 15%), les aminosides (0% à 12%), l'imipénème (1% à 3%), les fluoroquinolone (0% à 5%) et pour la fosfomycine (0% à 3%) . Une entérobactérie productrice de BLSE est isolée dans 50 cas soit 12,3% des cas ; 1.5 % (2004-2005) Vs 20,2% en (2014-2015). 27 garçons et 23 filles et les enfants âgés de moins de un an étant les plus touchés. Sur l'analyse multivarié un âge inférieure

à un an, l'hospitalisation récente, la prise d'antibiothérapie récente, l'existence de méga uretère sous-jacent, et les antécédents d'hyper calciurie étaient les facteurs de risque indépendants de survenue d'infections urinaires communautaire à entérobactéries sécrétrices de BLSE

### **Conclusion**

Sur une décennie, notre étude a montré une augmentation des infections urinaires à germes BLSE. Cette augmentation doit faire rediscuter le traitement empirique des infections urinaires fébriles de l'enfant.

## **C25 - L'hépatite auto-immune chez l'enfant: Aspects cliniques et évolutifs et Profil immunologique**

R. TBINI<sup>1</sup>, R. BEN RABEH<sup>1</sup>, O. BOUYAHYA<sup>1</sup>, S. YAHYAOU<sup>1</sup>, S. MRAD<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>,

1- Service de médecine infantile C, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza, Tunis

### **Introduction**

L'hépatite auto-immune (HAI) est une maladie inflammatoire chronique du foie évoluant par poussées vers la destruction progressive du parenchyme hépatique et la constitution d'une cirrhose. Le profil immunologique de cette maladie est variable. La réponse au traitement immunosuppresseur (IS), dont les modalités pratiques demeurent peu codifiées chez l'enfant, est variable.

### **Objectifs**

Etudier les aspects cliniques, biologiques, évolutifs, le profil immunologique et la réponse au traitement IS de l'HAI chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective (2011-2018) des cas d'HAI colligés au service de pédiatrie C de l'hôpital d'enfants. Le diagnostic a été confirmé par un score d'HAI (2008)  $\geq 7$  ou sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et histologiques associé à une réponse favorable sous traitement IS.

### **Résultats**

Nous avons colligé 20 cas (12 filles et 8 garçons) d'âge moyen 7 ans [10 mois-15

ans]. Les circonstances de découverte étaient : une hépatite aiguë (n=8) qui était fulminante dans deux cas, une hépatopathie chronique (n=11), une cytolysse persistante sous traitement antituberculeux (n=1). Deux enfants avaient des antécédents personnels de maladie auto-immune. Quatre enfants ont développé une HAI suite à une hépatite virale A et une fille suite à une hépatite à CMV. Sur le plan biologique, la cytolysse et la cholestase étaient constantes, l'hypergammaglobulinémie était présente dans 13 cas. Dans 18 cas les autoanticorps étaient positifs : Ac anti-muscle lisse (AML) de spécificité anti-câble d'actine (n=14), Ac anti-nucléaires (AAN) (n=8) et Ac anti-SLA (soluble liver Antigen) (n=2) soit une HAI type 1 dans 16 cas ; Ac anti-LKM1 (Liver-Kidney-Microsome) ou anti-CYP2D6 (n=1) et Ac anti-liver cytosol 1 (anti-LC1) (n=1) soit deux cas d'HAI type 2. Deux cas étaient séronégatifs. La PBF a été réalisée dans 8 cas. Elle était contributive dans 6 cas et elle a montré un overlap syndrome chez un garçon de 6 ans. Sur le plan thérapeutique 19/20 patients ont été mis sous azathioprine, à la dose de 2 mg/kg/j, associé au prednisone à la dose initiale de 1 à 2 mg/kg/j. Un nourrisson de 10 mois ayant l'hépatite fulminante a reçu la ciclosporine d'emblée vu la gravité du tableau. L'acide ursodésoxycholique a été associé chez le garçon ayant l'overlap syndrome. La dégression de la corticothérapie était très progressive en fonction de l'évolution clinique et biologique. Tous les patients ont bénéficié d'une surveillance échographique et endoscopique annuelle. L'évolution sous traitement était favorable dans 18 cas avec une normalisation des transaminases dans un délai moyen de 6 semaines. Le temps de Quick s'est normalisé dans un délai moyen de 4 semaines. Deux enfants ont présentés une rechute biologique suite à l'arrêt du traitement corticoïde au bout de deux années de traitement. La croissance était correcte chez tous les enfants. Les taux sériques de 6 TG étaient supérieurs au taux thérapeutiques témoignant de « bons répondeurs ». Un patient avait des taux sériques de 6 Me-MP supérieurs au seuil de toxicité hépatique. Un seul cas de toxicité hématologique due à l'azathioprine a été rapporté. Deux cas d'ostéopénie secondaire au traitement corticoïde ont été découverts devant l'apparition de douleurs osseuses avec bonne évolution après mise sous Pamidronate (Arédia).

## **Conclusion**

La recherche d'une HAI doit être systématique devant toute hépatopathie chronique et toute hépatite aiguë dont l'enquête virale est négative. Le traitement immunosuppresseur, instauré à temps, permet de conserver la fonction hépatique. Le dosage des métabolites de l'azathioprine et un excellent moyen pour dépister les « bons répondeurs » à ce traitement immunosuppresseur.

## **C26 - Prise en charge des bronchiolites aiguës : Intérêt de l'oxygénothérapie à haut débit**

K. FRIKHA<sup>1</sup>, A. MARZOUK<sup>2</sup>, A. KHAOUAOUI<sup>1</sup>, R. THABTI<sup>1</sup>, A. BOUAZIZ<sup>2</sup>, HRB Yasminette<sup>1</sup>, HRB yasminette<sup>2</sup>

### **Introduction**

La bronchiolite sévère est un problème de santé publique qui nous confronte au nombre limité des places en réanimation pédiatrique par rapport aux besoins importants en période d'épidémie.

### **Objectifs**

L'objectif de notre étude était de décrire l'apport de l'OHD dans la prise en charge et l'évolution des bronchiolites sévères et d'en déduire les facteurs prédictifs de son échec.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 61 malades hospitalisés pour bronchiolite aiguë sévère dans le service de pédiatrie et de néonatalogie de Ben Arous sur une période de 9 mois allant du 1er septembre 2017 au 28 février 2018 et du 1er janvier au 30 mars 2019. La relève des données était faite rétrospectivement en utilisant les dossiers médicaux des malades et leurs examens complémentaires. Les bronchiolites aiguës non traitées par OHD et les crises d'asthme du nourrisson ont été exclus de cette étude

### **Résultats**

Parmi les 654 cas de bronchiolites aiguës hospitalisés pendant la période d'étude, 61 présentaient des critères de sévérité et étaient traités par OHD (10,7%). La majorité des malades (66%) avait un âge inférieur à 3 mois. 30% des patients avaient des antécédents de cardio-pneumopathie ou de prématurité. Le délai moyen entre la première symptomatologie et l'hospitalisation était de 2,27 jours. Le score de Wang moyen était de 9. Les signes de luttés étaient présents chez 100% de nos malades avec une prédominance du tirage sous-costal (98%). La cyanose était remarquée chez 23% des cas. La fréquence respiratoire moyenne était de 58 cycles/mn et la saturation capillaire moyenne en oxygène était de 93,14%. L'auscultation pulmonaire était pathologique chez 85% de nos patients. L'état hémodynamique était

instable chez 4 de nos patients. Tous les malades ont eu une radiographie du thorax qui était pathologique dans tous les cas. L'antibiothérapie était indiquée pour traiter les bronchiolites aiguës surinfectées communautaires (60%) et nosocomiales (10%). L'oxygénothérapie a été prescrite dès l'admission chez 68% des patients : l'OHD (28%), lunettes nasales bas débit (LNBD) (69%), NCPAP (3%). La durée moyenne d'utilisation de l'OHD était de 5,37 jours contre 4,6 jours pour l'oxygénothérapie par LNBD. La durée moyenne d'hospitalisation et d'oxygénation des BA sévères traitées initialement par OHD étaient significativement plus courtes que celles des BA traitées initialement par LNBD. L'infection nosocomiale et l'emphyème sous cutané étaient les deux principales complications des BA traitées par OHD. Le taux d'échec de l'OHD était de 20%. Les facteurs prédictifs de l'échec de l'OHD dans le traitement des BA sévères retenus dans notre étude étaient : la cardiopathie et l'utilisation tardive de l'OHD. Malgré cet échec, l'utilisation de l'OHD a pu éviter la ventilation invasive avec une bonne évolution de la bronchiolite dans 9,8% des cas.

### **Conclusion**

L'OHD semble avoir une réelle efficacité dans le traitement des bronchiolites sévères avec une diminution de la durée d'oxygénothérapie et du recours à la ventilation invasive essentiellement quand elle est utilisée précocement et chez les nourrissons sans antécédents de cardiopathie.

## **C27- Profil de l'utilisation de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile en pédiatrie : à propos de 20 cas**

SAMIA HAMOUDA, RANIA KACEM, ALAAEDINE BOUANI, IMENE BELHADJ, FATMA KHALSI, KHADIJA BOUSSETTA.

Service de médecine infantile B, Hôpital d'enfant Béchir Hamza de Tunis

### **Introduction**

L'oxygénothérapie est fréquemment utilisée chez l'enfant en situation aiguë d'urgence, plus rarement de manière chronique. L'oxygénothérapie de longue durée (OLD) fait partie intégrante de la prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique, dont elle améliore la qualité de vie.

## **Objectif**

Etude des indications du recours à l'OLD à domicile en pédiatrie et des modalités évolutives des pathologies sous-jacentes.

## **Matériel et méthodes**

Notre étude était rétrospective et descriptive, menée dans le service de médecine infantile B sur une période de dix ans (Janvier 2009- Décembre 2018). Nous avons analysé, à partir des dossiers médicaux, les aspects cliniques, para-cliniques et évolutifs de tous les patients qui ont nécessité le recours de l'OLD à domicile.

## **Résultats**

Nous avons colligé 20 patients avec une sex-ratio égale à 1. Les pathologies sous-jacentes étaient représentées par une pathologie héréditaire du surfactant (n=8), une bronchiolite oblitérante (n=1), une mucoviscidose (n=2), des pneumopathies d'inhalation (n=2), une dyskinésie ciliaire primitive (n=1), une dysplasie broncho-pulmonaire sévère (n=1), une cardiopathie congénitale (n=1) et une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) primitive (n=1), l'âge médian lors de l'instauration de l'OLD à domicile était de 14 mois (2 mois – 9 ans). Sur la gazométrie initiale, la pression artérielle moyenne en oxygène était mesurée à 57mmHg et en dioxyde de carbone à 39 mmHg. La saturation moyenne en oxygène était à 85% à l'air ambiant. L'HTAP était retrouvée initialement chez sept patients puis chez neuf durant le suivi. La durée totale de l'OLD à domicile était de 37 mois en moyenne. Le sevrage était réussi chez six patients, sept patients étaient décédés à cause de leur IRC et/ou leur pathologie sous-jacente sévère.

## **Conclusion**

Le recours à l'OLD à domicile est observé essentiellement dans les pathologies interstitielles chroniques. Il a permis de prolonger la vie avec une amélioration des signes respiratoires d'environ le quart des patients.

## **C28 - L'atteinte myocardique dans l'envenimation scorpionique grave chez l'enfant dans la région de Kairouan**

S. KHENISSI, L. ICHRAK, A. BEN TAIEB, H. MEJOUEL

**Service de Pédiatrie – Hôpital de Kairouan.**

### **Introduction**

L'envenimation scorpionique est un véritable problème de santé publique dans plusieurs régions du monde devant l'incidence élevée et la gravité des envenimations qui s'accompagne d'atteinte cardiaque.

### **Objectifs**

Décrire les manifestations cliniques et para-cliniques des atteintes cardiaques observées au cours de l'envenimation scorpionique grave et préciser les modalités de la prise en charge thérapeutique.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective d'enfants hospitalisés dans le service de Pédiatrie de Kairouan pour une envenimation scorpionique stade II et III sur une période allant du mois de janvier 2014 au mois de novembre 2017.

### **Résultats**

Nous avons inclus 95 enfants. L'âge varie en 7 mois et 16 ans. Un sex ratio 1,32, les enfants sont d'origine rurale dans 100 % des cas, le délai de prise en charge est supérieur à 2 heures dans 70 % des cas, 82 % des patients ont une envenimation scorpionique stade II et 18 % stade III. Les manifestations cliniques de l'envenimation scorpionique sont dominées par les vomissements et l'hypersudation. LHTA n'est retrouvée que dans 4,2 % des cas. La troponine cardiaque a montré 100 % de spécificité et de sensibilité pour le diagnostic d'atteinte myocardique, la radiographie thoracique n'a objectivé un OAP que dans 16 % des cas, l'ECG a montré une tachycardie sinusale dans 78,8 % des cas. L'échographie cardiaque, pratiquée chez 61 enfants, était pathologique dans 95 % : des troubles de la cinétique segmentaire ont été retrouvés dans 82,7 % des ETT, une altération de la fonction diastolique a été observée dans 93,4 % des ETT, une prédominance de l'anomalie de la déformation myocardique dans la région septale dans 28 % des ETT, la FEVG était basse chez 32,7 % des ETT. Sur le plan thérapeutique la sérothérapie a été uti-

lisée chez 46 % des enfants, la dobutamine chez 82 % des cas, 12,6 % des enfants ont nécessité une assistance respiratoire et 3,1 % de l'ECMO

### **Conclusion**

L'atteinte cardio-vasculaire dans l'envenimation scorpionique est une affection fréquente et sévère d'où la nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoce basée sur les drogues vasoactives.

## **C29 - Ingestion de corps étranger : à propos de 35 cas**

S. YAHIAOUI<sup>1</sup>, R. BEN RABEH<sup>1</sup>, A. BEN ZINA<sup>1</sup>, N. MISSAOUI<sup>1</sup>, M. ZARRAD<sup>1</sup>,  
S. MAZIGH MRAD<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>

pédiatrie C hôpital Bechir Hamza (1), pédiatrie C hôpital Béchir Hmaza (2),

### **Introduction**

L'ingestion de corps étranger est un motif fréquent de consultations aux urgences pédiatriques. L'incidence est souvent sous-estimée et peu d'études avaient abordé ce sujet en Tunisie.

### **Objectifs**

Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des ingestions de corps étranger chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude rétrospective, menée entre janvier 2014 et Décembre 2018, incluant tous les cas d'ingestion de corps étranger hospitalisés dans le service de pédiatrie C à l'hôpital d'enfants de Tunis.

### **Résultats**

Trente-cinq cas d'ingestion de corps étranger ont été colligés avec un âge moyen de 4 ans et demi. Une prédominance féminine a été notée avec un sexe ratio égal à 1,2. L'ingestion était constamment accidentelle et il s'agissait d'une pile bouton (60 %), d'un corps pointu (aiguille, épingle) (20%), d'une pièce de monnaie (8.5 %), d'une broche (2.8 %), d'un bouton de chemise (5.7 %) et d'un coupe à ongles (2,8%). A l'admission, 34.2 % des cas étaient symptomatiques et présentaient des manifestations variées : vomissements (5cas), dysphagie (2 cas), douleurs épigastriques (2 cas),

toux (1 cas), hypersialorrhée (2 cas). Une radiographie du thorax (40.6% des cas) et un abdomen sans préparation (59.4 % des cas) avaient localisé le corps étranger au niveau de l'œsophage (34.3%), de l'estomac (48.5%) et des intestins (17.1%). L'extraction du corps étranger a été réalisée grâce à une fibroscopie digestive haute dans (37.14%) des cas et par voie laparoscopique dans 8.57% des cas. Dans les autres cas l'élimination était spontanée au bout de 24 à 48 heures de surveillance.

### **Conclusion**

La majorité des corps étrangers sont ingérés accidentellement et passent à travers le tube digestif spontanément. En cas d'ingestion de corps étranger volumineux ou tranchant l'extraction endoscopique doit être urgente.

## **C30 - Facteurs prédictifs d'un rendement diagnostique positif de l'endoscopie digestive basse en cas de suspicion d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin**

A. BEN OTHMAN<sup>1</sup>, R. BEN RABEH<sup>1</sup>, S. YAHYAOU<sup>1</sup>, O. BOUYAHYA<sup>1</sup>, S. MRAD<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR (1),

**Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza, Tunis (1),**

### **Introduction**

L'endoscopie digestive basse (EDB) constitue un outil diagnostique important dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez l'enfant. Le rendement diagnostique (RD) de cet examen en cas de suspicion de MICI est variable selon les séries et il dépend de plusieurs facteurs.

### **Objectifs**

Étudier les facteurs prédictifs d'un rendement diagnostique positif de l'EDB lorsqu'une MICI est suspectée.

### **Matériel et méthodes**

Étude rétrospective incluant toutes les EDB réalisée chez des enfants adressés pour suspicion de MICI dans l'unité d'endoscopie de l'hôpital d'enfant de Tunis (2010-2017). Une EDB pathologique est définie par la présence des lésions macroscopiques. Un RD positif est défini par le pourcentage des endoscopies pathologiques

par rapport au nombre total des EDB réalisées. Une analyse multivariée en régression logistique a été réalisée par le logiciel SPSS.21 pour identifier les facteurs prédictifs d'un RD positif de l'EDB en cas de suspicion de MICI.

### **Résultats**

Nous avons colligé 61 EDB réalisées pour suspicion de MICI, soit 29% (61/210) des EDB réalisées au cours de la période d'étude. La moyenne d'âge était de  $7,8 \pm 4,5$  ans [6 mois, 15 ans]. L'EDB était pathologique chez 28/61 de ces patients, soit un RD positif de 46%. L'étude univariée a révélé comme facteurs associés à un RD positif de l'EDB en cas de suspicion de MICI l'existence d'un retard de croissance et/ou d'une insuffisance pondérale ( $p=0,005$  ;  $OR=5,4[1,6-18,7]$ ), la présence d'anomalies à l'examen abdominal et/ou proctologique ( $p=0,001$  ;  $OR=3,1[1,7-7,5]$ ), la présence d'une anémie ( $p=0,002$  ;  $OR=2,9[1,2-7,04]$ ) et d'un syndrome inflammatoire biologique ( $p<0,0001$  ;  $OR=5,3[1,8-15,4]$ ). Les facteurs prédictifs d'un RD positif étaient la présence d'un retard de croissance et/ou d'une insuffisance pondérale ( $p=0,045$ ;  $OR_{aj}=6,17[1,03-36,75]$ ) et la présence d'une anémie ( $p=0,012$  ;  $OR_{aj}=10,4[1,68-64,8]$ ).

### **Conclusion**

Notre étude a permis de révéler que la présence d'un retard de croissance ainsi que la présence d'une anémie sont prédictifs d'un RD positif de l'EDB dans le cadre d'une suspicion de MICI. Ces facteurs aident le praticien à poser l'indication de cet examen en cas de suspicion de MICI.

## **C 31 - The impact of using probiotics in very preterm and very low birth weight infants**

D. FELLAH<sup>1</sup>, N. OUESLATI<sup>1</sup>, S. HANNACHI<sup>1</sup>, K. CHRAIET<sup>1</sup>, A. GUEDRIA<sup>1</sup>, H. BACH-ROUCHE<sup>1</sup>

**1-Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Med Tlailti Nabeul**

### **Introduction**

Necrotizing enterocolitis(NEC)is the most serious acquired disease of the gastro intestinal tract in preterm infants.Compared to term infant, Very low Birth Weight and preterm infant have a paucity of normal enteric bacterial species and delayed onset

of bacterial colonization. Nosocomial infection is also a frequent complication in those newborn and it's associated with an increase risk of death, neonatal morbidity and prolonged hospitalization as well as NEC.

### **Objectifs**

To prove benefits of using probiotics in prevention of NEC and nosocomial infection in the very preterm infants and very low birth infants hospitalised in neonatal intensive care unit.

### **Matériel et méthodes**

We conducted a prospective comparative and analytic study during period from September 2018 to Mars 2019. Very preterm infants and very low birth weight infants hospitalized during this period were included. Major congenital anomalies were excluded. We compared between two groupes one with using probiotics and the other without.

### **Résultats**

Forty two newborns were included. The average gestational age and birth weight were 30W+6d and 1555Gr. Nine were very low birthweight infants. twenty nine were born with Csection. Twenty developped transitory distress and fifteen hyaline membrane disease seven of wich had surfactant instillation. Two developped stage 1-NEC and five stage2-3. Seven had nosocomial sepsis. Global mortality rate was 26.2% ,27% of wich were due to nosocomial sepsis and 9% NEC. We found correlation between the use of probiotics and nosocomial sepsis and NEC with  $p < 0.001$ . In the group using probiotics we had no nosocomial sepsis and no NEC.

### **Conclusion**

The limit of our study is the small sample. But with these results we are motivated to continue our study and enlarge our sample. Late outcome is to be studied.

## **C32 - Glomérulonéphrites rapidement progressives : une série pédiatrique**

A. OUSSETTA<sup>1</sup>, S. BOUGUERRA<sup>1</sup>, N. KHARBACH<sup>1</sup>, D. LOUATI<sup>1</sup>, M. FERJANI<sup>1</sup>, O. NAIJA<sup>1</sup>, T. GARGAH<sup>1</sup>

**1- Pédiatrie hôpital charles nicolle**

### **Introduction**

Les glomérulonéphrites rapidement progressives (GNRP) représentent une urgence diagnostique et thérapeutique.

### **Objectifs**

Décrire les aspects épidémiologiques, la prise en charge et le profil évolutif de la GNRP chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

**Méthodes :** Etude rétrospective au service de pédiatrie à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur 11 ans (2008-2019)

### **Résultats**

Au total 17 cas ont été inclus dans notre étude (9 filles, 7 garçons). L'âge moyen était de 7,94 ans (extrêmes : 3-15 ans). Le principal motif de consultation était un syndrome œdémateux chez 14 patients. L'hématurie macroscopique était retrouvée chez 10 patients et l'hypertension artérielle dans 15 cas compliquée dans 3 cas de PRES syndrome. Le taux moyen de créatinine initiale était de 156,01  $\mu\text{mol/l}$  (extrêmes : 363-46  $\mu\text{mol/l}$ ). La ponction biopsie rénale était réalisée chez 10 patients. Elle a montré une prolifération endo et extra capillaire avec présence de croissants dans 8 cas, une glomérulonéphrite membranoproliférative dans un seul cas, et des lésions de fibrose avancée avec glomérulonéphrite extra capillaire mixte dans un autre cas. L'étiologie la plus fréquente de la GNRP était la glomérulonéphrite aigue post infectieuse dans 7 cas. Un lupus érythémateux systémique a été retrouvé dans 2 cas, et une polyangéite microscopique a été retrouvée dans un cas. L'étiologie est restée indéterminée chez 2 patients. Une hémodialyse en urgence était nécessaire chez 6 patients. L'évolution vers l'insuffisance rénale chronique était observée chez 5 patients, trois patients ont eu une transplantation rénale.

### **Conclusion**

Le pronostic de la GNRP dépend de la rapidité de la prise en charge.

## **RÉSUMÉS DES E. POSTERS**

# **P1- Le torticolis en pédiatrie : quelles étiologies ?**

M. HSAIRI<sup>1</sup>, K. BOUAZIZ<sup>1</sup>, F. SAFI<sup>1</sup>, S. TRICHILLI<sup>1</sup>, L. GARGOURI<sup>1</sup>, A. MAHFOUDH<sup>1</sup>,

**1- Pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique Hopital Hédi Cheker de Sfax**

## **Introduction**

Le torticolis se manifeste par un tableau plus au moins douloureux associant une inclinaison de la tête du coté atteint et une translation et rotation du coté sain. Les étiologies sont nombreuses et de gravité variable.

## **Objectifs**

déterminer les étiologies les plus fréquentes de torticolis chez l'enfant

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective entre 2006 et 2018 colligeant tous les patients hospitalisés pour torticolis dans le service de Pédiatrie, Urgences et réanimation pédiatrique du CHU Hédi Chaker de Sfax.

## **Résultats**

Vingt-cinq patients ont été colligés d'âge moyen de 7 ans. Le sex-ratio était de 1,4. Les patients ont consulté après un délai moyen de 5 jours à partir de l'apparition des symptômes. Le motif de consultation était la fièvre dans 59% des cas, des céphalées et des vomissements dans 13,6% des cas et une odynophagie dans 27,3% des cas. L'examen physique a révélé une angine chez 50% des patients, des adénopathies cervicales dans 41% des cas, un syndrome méningé dans 18,2 % des cas, une otite et un syndrome extra pyramidal chez un autre patient. L'exploration biologique a montré une ascension de la CRP et une hyperleucocytose dans 41% des cas. La ponction lombaire a été pratiquée dans 22,7% des cas et a confirmé le diagnostic de méningite dans un seul cas. Tous les patients ont bénéficié d'une TDM cervicale qui était normale dans 10 cas, a mis en évidence des adénopathies cervicales dans 10 cas, un abcès latéro-pharyngé dans 1 cas et un abcès retro-pharyngé dans un cas, un abcès amygdalien dans un cas, une pansinusite dans un cas et une hernie discale dans un autre cas. Les diagnostics retenus étaient une virose dans 28% des cas, une angine dans 28 % des cas, une intoxication médicamenteuse dans 8 % des cas, une pansinusite, une méningite, une hernie discale, un abcès latéro-pharyngé et un abcès retro-pharyngé, un abcès amygdalien chacune dans un cas. La durée d'hospitalisation était de 3,5 jours en moyenne et l'évolution était favorable dans tous les cas.

## **Conclusion**

La majorité des étiologies des torticolis sont bénignes mais ne dispensent pas d'un examen clinique complet qui permet facilement d'éliminer les causes graves.

## **P2 - Les encéphalites aiguës de l'enfant : étude clinique et thérapeutique**

S. HADDAD, S. BEN HASSINE, S. REHAYEM, W. CHIKHAOUI, F. JBABLI,  
F. BEN MANSOUR, F. FDHILA, M. KHEMIRI

**Service de Médecine Infantile A Hôpital d'Enfants Béchir Hamza**

### **Introduction**

Les encéphalites aiguës de l'enfant (EA) sont des atteintes inflammatoires non suppurées de l'encéphale associées à une dysfonction neurologique. Selon la pathogénie, on distingue les encéphalites primitives (EP) et les encéphalites post infectieuses (EPI). Ce sont des affections graves, peu étudiées dans notre pays.

### **Objectifs**

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des EA dans notre contexte tunisien et rechercher les arguments cliniques et radiologiques permettant de distinguer les EP des EPI.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective et analytique des EA colligées dans le service de Médecine infantile A à l'hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis sur une période de 5 ans, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2016.

### **Résultats**

Nous avons colligé 74 cas d'EA. L'âge médian était de 60 mois (6-162 mois) avec une prédominance masculine (51 garçons/23 filles). Les signes cliniques, parfois associés, étaient dominés par les troubles de la conscience (73 %), la fièvre (72 %), les convulsions (51 %) et les troubles du comportement (34 %). La ponction lombaire avec étude PCR, l'IRM et l'EEG étaient nécessaires pour les diagnostics positifs et étiologiques. L'étiologie de l'EA était dominée par l'herpès de type 1 (n = 12 - 35 %) et la varicelle (n = 9 - 26 %). L'enquête microbiologique était négative chez

39 enfants. Au total, nous avons recensé 29 cas d'EP et 45 cas d'EPI. Le recul moyen était de 39 mois. L'évolution sous traitement symptomatique et étiologique (Acyclovir, corticoïdes, immunoglobulines) était favorable chez 52 enfants (70 %) et trois enfants sont décédés. Les séquelles notées chez 19 patients (26 %) parfois associées, étaient dominées par le fléchissement scolaire dans 15 cas et l'épilepsie dans 13 cas. L'étude comparative a montré dans l'étude multi variée que seul un âge compris entre 2 et 8 ans était un facteur indépendant associé à l'EPI (OR = 8,32, (C 95% (18-58,27), P = 0,033

### **Conclusion**

La présentation clinique des encéphalites est proche quelle que soit sa pathogénie. Les EPI sont plus fréquentes que les EP. Seul un âge entre 2 et 8 ans serait un facteur prédictif.

## **P3- Encéphalite en pédiatrie : profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif**

Z. KHLAYFIA , M. ZGHAL, H. OUERDA, J. BEN HFAIEDH, Y. DRIDI, I. SELMI, O. AZZABI, N. SIALA, A. MAHERZI

**Service de Pédiatrie, CHU Mongi Slim La Marsa Tunis, Tunisie**

### **Introduction**

L'encéphalite est un trouble rare, mais grave, du fonctionnement du système nerveux central dû à une inflammation du parenchyme cérébral. Elle peut être due à une grande variété d'étiologies infectieuses et on infectieuses, bien que dans plus de la moitié des cas la cause reste indéterminée malgré des tests approfondis. Devant cette variabilité des étiologies de l'encéphalite en pédiatrie, ses présentations cliniques et ses critères diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs sont souvent hétérogènes et variés.

### **Objectifs**

Déterminer le profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif des encéphalites en pédiatrie.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective sur une période de 2 ans allant de janvier 2017 jusqu'au dé-

cembre 2018 réalisée au service de Pédiatrie de l'Hôpital Mongi Slim La Marsa en incluant tous les enfants en 12 cas. Le sexe ratio F/G était de 1,5. L'âge à l'admission de 3 ans 10 mois (4 mois-13 ans). Un seul enfant était suivi pour le syndrome de Williams compliqué de cardiopathie qui a été opérée. La circonstance de découverte la plus fréquente était les troubles de conscience dans 4 cas suivi par les troubles de la marche dans 2 cas. Un coma profond était noté dans 1 cas. Le TDM cérébral était normal dans 4 cas. Onze patients ont bénéficié d'une ponction lombaire qui a objectivé : une pléiocytose dans 4 cas, le virus de West Nile dans un cas, et elle était normale dans le reste des cas. 10 patients ont eu une IRM cérébrale, elle a montré : un hyper signal T2 des pédoncules cérébraux et cérébelleux et la protubérance dans un cas, un hyper signal de la corticale en T2 et T2 flair temporal gauche dans un cas, un hyper signal de la corticale en T2 et T2 flair pariétale gauche dans un cas une prise de contraste méningé dans un cas, une atteinte diffuse de la substance blanche en hyper signal T2 et T2 flair en faveur d'une ADEM dans 3 cas. L'EEG a été pratiqué chez 6 patients, il a objectivé un ralentissement symétrique et diffus chez deux patients. 9 enfants ont reçu de l'aciclovir en intraveineux. Six d'entre eux ont reçu en plus une antibiothérapie à base de C3G et un glycopeptide au début du traitement. 3 enfants ont eu des bolus de corticoïde. L'évolution était favorable dans 9 cas avec récupération totale. Deux enfants ont nécessité le recours aux soins intensifs dont un est décédé suite à une encéphalite rabique (diagnostic fait par autopsie).

### **Conclusion**

Le pronostic de l'encéphalite dépend surtout de la rapidité du diagnostic, de l'étiologie sous-jacente et de la précocité du traitement. Dans certaine situation, cette pathologie peut mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel de l'enfant. Une bonne connaissance des différents aspects de cette maladie est nécessaire pour tous praticiens.

## **P4 - Encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM) compliquant une encéphalite herpétique chez un nourrisson**

Y. MESBAHI<sup>1</sup>, N. SOYAH<sup>1</sup>, J. BAHRI<sup>1</sup>, S. TILOUCHE<sup>1</sup>, L. BOUGHAMMOURA<sup>1</sup>,

### **1- service de pédiatrie CHU Farhat Hached SoussIntroduction**

L'encéphalite herpétique (EH) à virus herpès simplex de type 1 (HSV) est l'encéphalite sporadique fatale la plus fréquente. La symptomatologie clinique est peu

spécifique associant à des degrés variables une fièvre, des signes d'irritation méningée, des troubles de la conscience et convulsions focales. La recherche par PCR de l'ADN du virus de l'herpès peut être négative les 1<sup>ères</sup> 72 heures. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée même précocement permet d'orienter le diagnostic. La survenue d'une ADEM, processus démyélinisant post-infectieux de mécanisme dys-immunitaire peut aggraver le pronostic.

### **Objectifs**

Nous rapportons le cas d'un nourrisson traité pour EH avec PCR initiale négative, devenue positive sur le contrôle 3 jours plus tard ; avec survenue à 4 semaines d'évolution d'une ADEM.

### **Matériel et méthodes**

C'est un garçon de 19 mois aux antécédents d'asthme sous traitement de fond, admise pour crises convulsives focalisées avec mâchonnement et clonies du membre supérieur gauche et de l'hémiface gauche.

### **Résultats**

A l'examen, il est fébrile à 39.9, plaintif, somnolent, sans déficit localisé. Le reste de l'examen est sans particularité. Le bilan métabolique est correct. La tomodensitométrie cérébrale faite en urgence a montré une lésion hypodense pariétale droite à contours flous avec hyperdensité périphérique sans effet de masse ni œdème cérébral. Le bilan infectieux a objectivé : CRP=41 et PL normale et PCR herpès dans le LCR négative. L'évolution sous Zovirax, a été marquée par la récurrence des crises focales. La PL a été refaite normale avec PCR Herpes positive. L'IRM cérébrale a montré une atteinte cortico-sous-corticale en hyposignal T2 et FLAIR et en diffusion au niveau temporal droit et en pariéto-frontal de façon bilatérale. Le traitement a été poursuivi pendant 3 semaines. Un mois plus tard, le nourrisson est ré hospitalisé pour récurrence des crises convulsives avec dégradation de la déglutition et altération de l'éveil. L'IRM refaite met en évidence des plages étendues de démyélinisation de la substance blanche profonde, péri-ventriculaire et sous-corticale fronto-pariétale bilatérale et temporale droite. Le diagnostic d'ADEM post infectieuse a été alors retenu d'autant plus que la PCR herpes (-) a formellement éliminé une reprise de la répllication virale. Le malade, ayant reçu une corticothérapie à forte dose, garde actuellement de lourdes séquelles psychomotrices sans récurrence de crises épileptiques sous bithérapie.

## **Conclusion**

L'association EH et ADEM est rare. Le diagnostic doit être évoqué quand de nouveaux symptômes neurologiques s'installent plus ou moins à distance de l'épisode initial ou si aggravation du tableau clinique après une relative amélioration. L'ensemble des examens virologiques et neuroradiologiques permettent de poser le diagnostic et surtout d'éliminer les diagnostics différentiels.

## **P5- Manifestations précoces des Dysplasies Corticales et Focales chez l'enfant**

Y. MESBAHI<sup>1</sup>, N. SOYAH<sup>1</sup>, A. TEJ<sup>1</sup>, L. BOUGHAMMOURA<sup>1</sup>

1- service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse

### **Introduction**

Les dysplasies corticales focales (DCF) sont décrites comme des anomalies focales du développement du cortex cérébral. Elles résultent d'un défaut de différenciation des cellules souches en lignée neuronale ou gliale d'origine variable (vasculaire, génétique...). Elles représentent 16% de l'ensemble des malformations du développement cortical.

### **Objectifs**

Etudier les particularités cliniques, morphologiques, thérapeutiques et évolutives des dysplasies corticales focales chez le jeune enfant.

Matériel et méthodes:

étude rétrospective, descriptive qui a porté sur les patients suivis à la consultation externe de neuropédiatrie du CHU Farhat Hached de Sousse de janvier 2000 à janvier 2019 pour épilepsie dont le bilan neuroradiologique a conclu à une DCF.

### **Résultats**

Nous avons colligé 6 cas (2 garçons et 4 filles). L'épilepsie était précoce survenant avant l'âge de un an dans tous les cas. L'âge moyen de début des crises épileptiques était de six mois (un - 10 mois). Les crises sont motrices pluriquotidiennes d'emblée avec spasmes dans 2 cas et focalisation dans 4 cas. L'EEG est focalisé dans 5 cas et hypersyrrhémique dans un cas de syndrome de West. Sur le plan neuroradiologique, l'IRM cérébrale pratiquée chez tous les patients a permis de poser le diagnostic avant

3 ans chez 4 enfants et dans 2 cas sur des contrôles à un âge plus avancé. La lésion est décrite comme un épaississement localisé du ruban cortical, associé à une mauvaise différenciation blanc gris, avec hyper signal de la SB sur les séquences FLAIR. La localisation a été frontale dans 5 cas, avec extension au lobe pariétal et en profondeur vers l'insulaire chez deux patients. Une seule patiente a une atteinte temporale isolée. Une tumeur gliale de bas grade greffée sur la dysplasie a été mise en évidence sur une IRM de contrôle chez un patient. Sur le plan thérapeutique, l'épilepsie est pharmaco-résistante avec survenue des poussées d'activité sous traitement adapté basé sur au moins deux antiépileptiques chez tous nos patients. Aucune léSIONECTOMIE n'a été réalisée jusqu'à ce jour. Le développement psychomoteur est normal chez 4 patients, un autre présente un retard mental et une hémiparésie homolatérale, la dernière est grabataire suite au syndrome de West.

### **Conclusion**

La DCF pose un problème de diagnostic radiologique à un âge précoce ainsi que thérapeutique vu le caractère pharmaco-résistant et les difficultés opératoires techniques en Tunisie. Si réalisable, la résection du foyer dysplasique (= lésionectomie) peut être curative avec arrêt des crises et parfois même des médicaments antiépileptiques

## **P6 - Prise en charge de la paralysie faciale périphérique chez l'enfant**

S. MEZRI<sup>1</sup>, S. MNASRIA<sup>1</sup>, M. AL HAMDI<sup>1</sup>, H. BARAKIZOU<sup>2</sup>, S. GANNOUNI<sup>2</sup>,  
R. BEN MHAMED<sup>1</sup>, K. AKKARI<sup>1</sup>

**1- ORL. Hôpital Militaire de Tunis**

**2- Pédiatrie Hôpital Militaire de Tunis**

### **Introduction**

La paralysie faciale périphérique (PFP) est une pathologie relativement fréquente dominée par la paralysie de Bell ou a « Frigoré ». Toutefois, sa survenue chez l'enfant est rare et incite à une recherche étiologique rigoureuse devant éliminer essentiellement les causes tumorales et otitiques.

### **Objectifs**

Etudier les caractéristiques cliniques, étiologiques et évolutives de la PFP chez l'enfant.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur dix enfants pris en charge dans notre service pour PFP. Les différentes données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies.

## **Résultats**

Nous avons colligé dix cas. L'âge moyen des enfants était de huit ans sans prédominance de sexe. La notion d'exposition au froid et/ou de syndrome grippal était révélée par l'interrogatoire dans six cas. Dans un cas, il s'agissait d'un deuxième épisode. Le délai moyen de consultation avait été de 3 jours (extrêmes : quelques heures à 15 jours). Le testing musculaire initial de Freyss avait un score moyen de 12/30. L'examen otoscopique a objectivé par une IRM explorant le trajet du nerf facial et du tronc cérébral revenue normale dans tous les cas. Une TDM explorant le trajet du nerf facial et du tronc cérébral revenue normale dans tous les cas. Une TDM des rochers a éliminé une otite cholestéatomateuse dans deux cas. Tous les enfants ont été hospitalisés (au service ORL ou de pédiatrie). Un traitement antibiotique a été prescrit dans trois cas, une corticothérapie intraveineuse pendant 5 à 10 jours dans tous les cas. Un traitement antiviral a été associé dans cinq cas. L'évolution était favorable dans neuf cas ayant une récupération totale.

## **Conclusion**

Cette étude confirme le bon pronostic des PFP chez l'enfant à condition d'une prise en charge précoce. Nous soulignons toutefois le fait que la paralysie de Bell reste un diagnostic d'exclusion.

## **P7 - Régression psychomotrice révélant une carence en vitamine B12 chez le nourrisson : à propos de 3 observations**

F. KHALSI<sup>1</sup>, A. AYADI<sup>1</sup>, M. BEN ROMDHANE<sup>1</sup>, A. BOUANI<sup>1</sup>, B. INES<sup>1</sup>, K. BOUSSETTA<sup>1</sup>

### **1- Service Médecine Infantile B**

#### **Introduction**

La vitamine B12 intervient dans de nombreuses fonctions biologiques dont les principales sont l'hématopoïèse et le développement du système nerveux. À l'inverse des adultes, la carence chez l'enfant a des retentissements rapides et parfois irréversibles notamment sur le plan neurologique.

## Objectifs

Illustrer à travers 3 observations le retentissement neurologique de l'anémie mégalo-loblastique par carence en vitamine B12

## Matériel et méthodes

Trois cas ont été colligés entre 2014 et 2018

## Résultats

**Observation 1 :** , 9 mois. Il était issu d'un mariage non consanguin et sans antécédents familiaux notables. L'accouchement et la grossesse étaient sans incidents. Un retard des acquisitions psychomotrices était noté depuis l'âge de 4 mois. Le nourrisson recevait un allaitement maternel exclusif depuis la naissance .Il présentait deux semaines avant son admission une pâleur intense avec asthénie, altération de l'état général et refus de la tétée. L'examen clinique montrait un enfant eutrophique. Il avait une pâleur cutanéomuqueuses Intense. Des taches café au lait au nombre de 6 , infra-centimétriques. Il n'avait pas de Signes de malnutrition ni de syndrome tumoral. Sur le plan neurologique, enfant apathique avec une hypotonie axiale et périphérique manifeste. Sur le plan biologique, un premier bilan a montré une pancytopenie. Le bilan de lyse tumorale et d'activation macrophagique étaient normaux. Le myélogramme a permis d'écarter une origine néoplasique mais était en faveur d'une anémie mégalo-loblastique. Le dosage vitaminique a confirmé le déficit en vitamine B12 Le dosage des anticorps anti facteur intrinsèque est revenu négative. Chez la mère, l'interrogatoire avait éliminé un régime végétarien exclusif mais confirmait-la consommation rare de viandes, la concentration sérique de vitamine B12 était basse à 163 pg/ml ainsi que le taux de folate à 17.6 nM/l. Les anticorps maternels anti-facteur intrinsèque étaient négatifs. Un traitement substitutif par vitamine B12 a été instauré avec une bonne évolution clinique et biologique.

**Observation 2 :** ,2 mois. Il était issu d'un mariage consanguin de deuxième degré et il était sans antécédents familiaux notables .L'accouchement et la grossesse étaient sans incidents .La sourire-réponse et tenue de la tête étaient non encore acquis. Il était sous allaitement maternel exclusif. Il présentait une diarrhée avec difficultés alimentaires 15 jours avant l'admission. L'examen clinique a montré une perte pondérale à 200 g par rapport au poids de naissance, une détresse neurologique.Le bilan biologique a montré une pan cytopénie. Le myélogramme était en faveur d'une anémie mégalo-loblastique. Le dosage de vitamine B 12 était bas à 77.9 (VN : 150-1000).La chromatographie des acides organiques ( CAO) revenue normale et le dosage d'homocystéine était normal .Chez la mère , le dosage vitaminique était bas

avec présence d' anticorps anti- cellules pariétales. Le Diagnostic d'anémie de Biermer était retenu chez la mère malgré la normalité de sa numération de la formule sanguine .L'évolution était spectaculaire sur le plan biologique et clinique sous traitement substitutif par vitamine B 12. Observation 3 : ,10 mois, issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents familiaux notables .Elle était sous allaitement maternel exclusif .Elle présentait un léger retard psychomoteur .Elle présentait une asthénie avec une apathie évoluant depuis 3 semaines avant l' admission. L'examen clinique était normal en dehors d' une hypotonie axiale et d'une pâleur cutanéomuqueuse. La biologie a montré une anémie normo-chrome normocytaire arégénérative à 5.7 g / L avec une neutropénie à 1200 el/mm<sup>3</sup>. Le bilan de lyse tumorale était normal ; Le myélogramme a confirmé la nature mégaloblastique de l'anémie .Le dosage de vitamine B12 était bas (129 pg/ml).Le dosage de folate était élevé à 69 mg/ml (VN : 3-17).La CAO et le dosage d'homocystéine revenus normal. La FOGD a montré un aspect endoscopique normal de la muqueuse gastrique. Les anticorps anti-FI et anti cellules pariétales étaient négatifs. Le dosage vitaminique était normal chez la mère. L'évolution était favorable sous traitement substitutif par vitamine B12.

### **Conclusion**

Les carences en vitamine B12 chez le nourrisson surviennent principalement chez les enfants exclusivement allaités nés de mère végétarienne, plus rarement chez des enfants nés de mère atteinte de maladie de Biermer méconnue. La plupart du temps la carence est asymptomatique chez la mère et sans manifestations hématologiques. Le diagnostic précoce de la carence chez le nourrisson présentant un retard psychomoteur et pondéral est capital puisqu'un retard à l'instauration du traitement peut entraîner des séquelles neurologiques irréversibles.

## **P8 - Cause rare de convulsions néonatales**

F. KHALSI<sup>1</sup>, N. BEN ABA<sup>1</sup>, M. BEN ROMDHANE<sup>1</sup>, A. BOUANI<sup>1</sup>, S. HAMOUDA<sup>1</sup>,  
K. BOUSSETTA<sup>1</sup>

**1- Service Médecine Infantile B**

### **Introduction**

Le déficit en vitamine D maternel est une étiologie de l'hypocalcémie néonatale,

cause devenue fréquente sous nos cieux. À travers cette observation nous rappelons que le rachitisme néonatal par carence maternelle en vitamine D est à rechercher de principe.

### **Objectifs**

Rapporter une cause rare de convulsions néonatales secondaire à une carence maternelle en vitamine D et qui peut bénéficier d'un traitement spécifique.

### **Matériel et méthodes**

Trois observations ont été analysées de patients hospitalisés entre 2016 et 2018 pour convulsions par hypocalcémie secondaires à une hypovitaminose D maternelle.

### **Résultats**

1/ Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin, sans antécédents périnataux notables, issu d'un mariage non consanguin, admis à l'âge de 9 jours pour convulsions. La prophylaxie de la vitamine D était mise en route. L'examen clinique à l'admission était sans particularités. A la biologie on notait une hypocalcémie à 1.63 mmol/l, une glycémie normale, une phosphorémie et une magnésémie normales avec un taux de phosphatase alcaline à 187 UI/l. le dosage de la PTH était normal et le dosage de 25 hydroxy vitamine D bas à 30 nmol/l. le bilan phosphocalcique urinaire ainsi que l'indice de Nordin étaient normaux. Le bilan maternel montrait une hypocalcémie à 2,15 mmol/l et un dosage du 25 hydroxyvitamine D bas < 6 mol/l. Le diagnostic de rachitisme carentiel néonatal par hypovitaminose D maternelle a été retenu. L'évolution était marquée par une correction de la calcémie sous calcithérapie per os et apport de un alpha, toutefois notre patient a gardé une épilepsie séquellaire avec un recul de 5 mois. 2/ Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, sans antécédents périnataux notables, issu d'un mariage non consanguin, admis à l'âge de 13 jours pour convulsions. La prophylaxie de la vitamine D était prise correctement. A l'admission il présentait une crise convulsive tonico-clonique hémicorporelle droite avec clignement des yeux et mâchonnement. . A la biologie on trouvait une hypocalcémie à 1.73 mmol/l, une glycémie normale, une phosphorémie et une magnésémie normales avec un taux de phosphatase alcaline normal. Le dosage de la PTH était normal. Le bilan maternel montrait une hypovitaminose D à 13,8 ng/ml et une calcémie normale. Le diagnostic de convulsion néonatale par hypocalcémie secondaire à un rachitisme carentiel néonatal par hypovitaminose D a été retenu. La correction de la calcémie a nécessité une perfusion intra veineuse de calcium puis relais per os et un apport de un alpha. L'évolution était favorable avec arrêt du gar-

dénal à l'âge de 3 mois. 3/ Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, sans antécédents périnataux notables, issu d'un mariage non consanguin, admis à l'âge de 11 jours pour convulsions. La prophylaxie de la vitamine D était mise en route. A l'admission, il présentait des convulsions à type de myoclonies des 4 membres avec mâchonnement et clignement des yeux qui n'ont cédé qu'après 2 bolis de gardénal et une dose de rivotril. A la biologie, on notait une hypocalcémie à 1,48 mmol/l, une glycémie normale, une phosphorémie et une magnésémie normales et un taux de phosphatases alcalines élevé à 560 UI/L. Le diagnostic de rachitisme carenciel néonatal par hypovitaminose D maternelle a été retenu. La correction de la calcémie a nécessité une perfusion intra veineuse de calcium puis relais per os et un apport de un alpha. L'évolution était favorable avec arrêt du gardénal à l'âge de 3 mois.

### **Conclusion**

Certaines habitudes vestimentaires ou croyances religieuses sont pourvoyeuses d'hypovitaminose D maternelle sous nos cieux, ce qui peut être à l'origine d'une hypocalcémie avec rachitisme néonatal. La prévention passe par l'éducation des parents et un apport de vitamine D pendant la grossesse et l'allaitement.

## **P9 - Le déficit en biotinidase, cause traitable d'épilepsie chez le nourrisson**

R. BEN ABDELAZIZ<sup>1</sup>, M. RABHI<sup>1</sup>, S. BEN HASSINE<sup>1</sup>, S. BEN MESSAOUD<sup>1</sup>,  
H. BOUDABOUS<sup>1</sup>, A. BEN CHEHIDA<sup>1</sup>, M. S. ABDELMOULA<sup>1</sup>, A. JLASSI<sup>2</sup>, F. NASRALLAH<sup>2</sup>,  
M. FEKI<sup>2</sup>, H.AZZOUZ<sup>1</sup>, N.TEBIB<sup>1</sup>

**1 - Service de Pédiatrie et des Maladies Métaboliques Héritaires, Hôpital La Rabta, Tunis**  
**2 :-aboratoire de Biochimie, Hôpital La Rabta, Tunis**

### **Introduction**

Le déficit en biotinidase est une anomalie autosomique récessive du métabolisme de la biotine caractérisée par une impossibilité de la recycler. Les manifestations cliniques sont dominées par les convulsions pouvant se révéler à tout âge. Ce déficit peut être rapidement mortel du fait des dommages neurologiques graves qu'il peut entraîner.

### **Objectif**

Attirer l'attention sur le déficit en biotinidase qui représente une cause curable de l'épilepsie chez le nourrisson à travers une observation pédiatrique.

## **Observation**

Nourrisson de sexe féminin consultant à l'âge de 2 mois et demi pour convulsions myocloniques résistantes aux antiépileptiques. Elle était issue de parents libyens cousins germains. Elle a des antécédents de décès en bas âge d'une sœur dans un tableau de convulsions puis coma d'installation secondaire et d'une tante par une acidurie propionique décompensée. A l'examen le nourrisson étaitapyrétique, cheveux rares avec lésions eczématiformes du visage, le PC était à +2 DS, présence d'une hypotonie axiale, d'un bon archaïsme. L'EEG a montré une crise électro-clinique partielle de l'hémicorps gauche avec des pointes à prédominance centro-temporales. L'IRM cérébrale était normale. Les PEA étaient pathologiques. Le bilan biologique une légère cytolyse hépatique, une acidose lactique et une hyperammoniémie. La CAO a montré la présence de 3 Hydroxyisovalérique, une méthylcrotonylglycinurie. Le diagnostic d'anomalie du métabolisme de la biotine a été fortement suspecté. Un traitement à base de biotine a été instauré à la dose de 30mg/j associé à un régime hypo-protidique dans l'attente de la confirmation du diagnostic Le dosage de la biotinidase était effondré confirmant le diagnostic. Ceci a permis de libérer le régime. Au contrôle clinique à six mois, le nourrisson avait un bon développement psychomoteur avec un examen neurologique normal.

## **Conclusion**

Le diagnostic du déficit en biotinidase doit être évoqué devant toute encéphalopathie infantile surtout si elle est associée à une hyperlactacidémie. Il s'agit d'une cause curable d'où la nécessité de poser le diagnostic à temps afin de prévenir les séquelles neurologiques.

## **P10 - Surdité chez l'enfant :  tiologies, répercussions et prise en charge**

S. MEZRI<sup>1</sup>, M. ALHAMDI<sup>1</sup>, S. MNASRIA<sup>1</sup>, H. BARAKIZOU<sup>2</sup>, S. GANNOURNI<sup>2</sup>,  
R. BEN MHAMED<sup>1</sup>, K. AKKARI<sup>1</sup>

1- ORL. Hôpital Militaire de Tunis

2- Pédiatrie, Hôpital militaire de Tunis

## **Introduction**

Les surdités de l'enfant sont fréquentes et les étiologies sont multiples. Un retard ou une mauvaise prise en charge peut être responsable de retard d'acquisition linguis-

tique avec des répercussions sur la scolarisation et la socialisation de l'enfant sourd. En Tunisie, le diagnostic et la prise en charge restent encore tardifs. Cette dernière reste multidisciplinaire incluant médecin pédiatre, ORL, orthophoniste, audioprothésiste mais aussi l'enfant et son entourage.

## **Objectifs**

Etudier le profil étiologique des surdités de l'enfant, leurs répercussions et leur prise en charge thérapeutique.

## **Matériel et méthode**

C'est une étude rétrospective colligeant les enfants de moins de 15 ans suivis à notre service pour surdité durant la période 2016-2018. Nous avons étudié les paramètres épidémiologiques, cliniques (facteurs de risque, examen clinique, audiométrie, imagerie...), la conduite à tenir thérapeutique et l'évolution.

## **Résultats**

Durant la période d'étude, 156 cas de surdité chez l'enfant ont été recensés avec une prédominance masculine. L'âge moyen lors de la première consultation était de 5 ans avec un âge moyen d'apparition des premiers signes de 26 mois. La surdité était constaté par les parents essentiellement ou par le médecin pédiatre et/ou l'entourage. Toutes les mères étaient correctement suivies lors de leurs grossesses, des antécédents de méningite ou de convulsion fébrile ont été notés dans 9% des cas, une surdité dans la famille dans 24% des cas. Le bilan audiométrique a objectivé une otite séro-muqueuse (OSM) dans 126 cas, une surdité de perception 22 cas et mixte dans le reste des cas. La perte était le plus souvent moyenne. Une cophose a été notée dans sept cas. Les étiologies acquises prédominaient largement (91%). Le traitement dépendait de l'étiologie. Un appareillage auditif était prescrit en cas de surdité profonde ou moyenne avec des troubles linguistiques. Un implant cochléaire a été réalisé dans trois cas. Les résultats étaient meilleurs en cas de prise en charge précoce (avant quatre ans) avec intégration d'école normale.

## **Conclusion**

La prise en charge de la surdité de l'enfant doit être faite précocement moyennant un dépistage dans les structures de l'enfant (crèche, jardin d'enfants ...) seule garante d'une bonne récupération d'acquisition linguistique correcte et d'une bonne intégration scolaire et sociale.

## **P11 - L'œil est le miroir de la peau**

J. BEN HAFIADH<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>1</sup>, H. OUERDA<sup>1</sup>, O. AZZABI<sup>1</sup>, Z. KHLAIFIA<sup>1</sup>, M BOULADI<sup>2</sup>, L. FEKI<sup>2</sup>, N. SIALA<sup>1</sup> A. MAHERZI<sup>1</sup>

**1- Pédiatrie Mongi Slim**

**2- Ophtalmologie Mongi Slim**

### **Introduction**

La mélanocytose oculodermique ou Naevus d'Ota est une mélanose localisée au niveau de la face, dans le territoire innervé par les branches du Trijumeau. Elle est due à prolifération de mélanocytes dans le derme réticulaire. Il s'agit d'un placard bleu-gris péri-orbitaire associé à une hyperpigmentation des autres structures de l'œil. Elle est souvent congénitale et unilatérale.

### **Objectifs**

A travers cette observation, on vise à mettre en évidence les différentes caractéristiques cliniques de cette pathologie.

### **Matériel et méthodes**

A travers cette observation, on vise à mettre en évidence les différentes caractéristiques cliniques de cette pathologie.

### **Résultats**

Il s'agit d'une fille, issue d'un mariage consanguin de 2ème degré et d'une grossesse bien suivie déroulée sans incidents. Elle présentait dès sa naissance un placard péri oculaire cutané plan, bleu-gris, peu foncé, unilatéral gauche avec une extension au niveau de la joue homolatérale associée à une tâche violacée sclérique située près de l'angle externe de l'œil, sans anomalie de pigmentation irienne ni anomalie de la mobilité du globe ni retentissent sur la poursuite oculaire. Le reste de l'examen a montré une tâche mongoloïde au niveau de la région sacrée. La décision était de surveiller cliniquement cette lésion. Le nourrisson a été revu à l'âge de 3 mois. On a noté un aspect stable de la lésion avec absence d'extension et une discrète accentuation de la couleur sans retentissement particulier. Une mélanocytose oculo-dermique a été suspectée et confirmée par un examen ophtalmologique. Une échographie orbitaire a été demandée et un suivi et un bilan d'extension sont prévus afin de détecter les éventuelles complications associées.

## **Conclusion**

Le naevus d'OTA ophtalmo-maxillaire est une pathologie relativement rare et bénigne le plus souvent. Le pronostic est principalement dominé par le retentissement esthétique. Une mélanose méningée, tympanique ou du palais mou peuvent s'y associer. Cependant, il ne faut jamais méconnaître la coexistence possible de malformations artério-veineuses cérébrales, une dégénérescence cérébro-spinale ainsi qu'une évolution vers un mélanome malin. D'où l'importance des suivis ophtalmologique et dermatologique réguliers.

## **P12 - La Dysplasie corticale focale : Particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques**

S. KHENISSI<sup>1</sup>, A. BEN TAIEB<sup>1</sup>, I.LAZRAK<sup>1</sup>, S. MDIMEGH<sup>1</sup>), H. MEJAOUEL<sup>1</sup>

### **1- Pédiatrie Kairouan**

#### **Introduction**

La dysplasie corticale focale constitue l'une des plus fréquentes des malformations du développement cortical diagnostiquées chez les patients présentant une épilepsie réfractaire.

#### **Objectifs**

Analyser les résultats cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de l'épilepsie chez des enfants atteints de dysplasie corticale.

#### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective de 10 patients atteints de dysplasie corticale focale, hospitalisés au service de pédiatrie Kairouan sur une période de 5 ans (2008-2012).

#### **Résultats**

L'âge moyen de début des crises a été de 2,3 ans avec des extrêmes allant de 7 mois à 7 ans. Sur le plan épileptique, la crise temporale a été notée dans 6 cas/10 cas, diagnostiquée chez les enfants les plus âgés. Sur le plan neuroradiologique, un seul patient a eu une IRM normale pendant la première année de la vie. Le diagnostic n'a pu être fait que sur la deuxième IRM demandée devant la résistance des crises au traitement médical bien conduit et le changement de la sémiologie des crises. Sur le plan thérapeutique, 3 patients/10 ont été équilibrés par une bithérapie d'anciens

antiépileptiques. Les autres cas ont nécessité l'utilisation à plus de 3 antiépileptiques. La pharmacorésistance a été notée dans 3 ans malgré l'utilisation de nouvelles générations d'antiépileptiques.

### **Conclusion**

Devant la diversité sémiologique de la présentation clinique des crises épileptiques, il faut redemander une IRM devant toute épilepsie récidivante et réfractaire au traitement médical pour confirmer le diagnostic de dysplasie corticale.

## **P13 - La maladie de Crohn chez l'enfant : présentations cliniques, difficultés diagnostiques et particularités thérapeutiques**

H. KAMOUN<sup>1</sup>, R. BEN RABEH<sup>1</sup>, A. SLAMA<sup>1</sup>, O. BOUYAHYA<sup>1</sup>, S. MRAD<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>

**1- Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza, Tunis**

### **Introduction**

L'incidence des formes pédiatriques de la maladie de Crohn (MC) est en augmentation ces dernières années. La MC chez l'enfant ou l'adolescent a un début souvent insidieux, pouvant retarder le diagnostic. Elle est souvent associée à un retard de croissance et de puberté. Les formes pédiatriques sont généralement plus sévères et plus évolutives que celles de l'adulte.

### **Objectifs**

Étudier les présentations cliniques, les aspects diagnostiques et les particularités thérapeutiques de la MC chez l'enfant

### **Matériel et méthodes**

Étude rétrospective incluant tous enfants hospitalisés au service de pédiatrie "C", de l'Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis, durant sept ans entre (Janvier 2012 - Mars 2019) présentant une MC ou pour Crohn-like syndrome.

### **Résultats**

Nous avons colligé 12 patients, quatre garçons et huit filles (dix MC et deux Crohn-like). L'âge moyen au moment du diagnostic était de dix ans et cinq mois [8 - 13 ans] pour les patients atteints de MC. Pour les Crohn-like ils avaient 15 mois et 7 mois

au moment du diagnostic. Le délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic était de  $5,3 \pm 4,9$  mois [1-18 mois]. La diarrhée chronique était notée dans tous les cas, associée à des douleurs abdominales récurrentes chez 9/12 malades. Une seule patiente avait comme signe révélateur des manifestations anopérinéales. Deux filles se sont présentées avec un syndrome appendiculaire. Dix malades avaient un retard de croissance avec une dénutrition modérée à sévère au moment du diagnostic. Les manifestations extradigestives étaient notées dans tous les cas : Aphthose buccale (n=3), Ulcérations du dos (n=1), Arthralgies (n=5), Ostéopénie (n=1), sacro iléite (n=1), spondylarthrite (n=1), cholangite sclérosante (n=1), hépatite auto-immune (n=1), angéite cérébrale (n=1). Tous les enfants avaient une anémie hypochrome microcytaire associée à des marqueurs de l'inflammation dans dix cas et à une hypoalbuminémie dans sept cas. La coloscopie avec biopsie a été réalisée chez onze malades. Elle a confirmé le diagnostic chez six malades. Les ASCA étaient positifs chez deux malades. La calprotectine fécale était contributive chez 4/12 malades. L'Entéro-IRM a contribué au diagnostic dans six cas. La MC était iléale(4/12), iléocolique(6/12) et colique(2/12). Trois malades avaient une forme fistulisante, deux avait une forme sténosante et deux avaient une forme sténosante et fistulisante. Tous les malades eu un traitement d'attaque à base de NEDC avec évolution favorable dans sept cas. Le traitement chirurgical a été indiqué chez deux patientes : drainage des fistules externes par la mise de fil de Séton et résection iléo-caecale avec anastomose iléo colique chez une fille ayant une forme sténosante et fistulisante compliquée d'abcès intra-abdominaux. Tous les enfants sont sous azathioprine et deux ont reçu des anti-TNF alpha. L'évolution était globalement favorable dans tous les cas avec un recul moyen de  $26,2 \pm 24,3$  mois [2-69 mois].

## **Conclusion**

La MC est souvent évoluée et sévère au diagnostic car le diagnostic se fait tardivement. Les présentations cliniques sont variables allant des formes compliquées à un simple retard de croissance isolé. Le diagnostic repose sur des arguments biologiques, radiologiques, endoscopiques et histologiques. La particularité de la prise en charge thérapeutique par rapport à l'adulte est d'améliorer la croissance staturopondérale. La nutrition entérale est le traitement d'induction de premier choix.

## **P14 - Maladie de Crohn pédiatrique à début précoce**

Z. KHLAYFIA<sup>1</sup>, Y. JERIDI<sup>1</sup>, J. KANZARI<sup>1</sup>, H. OUERDA<sup>1</sup>, I. SELMI<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>1</sup>, O. AZZABI<sup>1</sup>, S. HALIOUI<sup>1</sup>, N. SIALA<sup>1</sup>, A. MAHERZI<sup>1</sup>

**1- Service de pédiatrie du CHU Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisie**

### **Introduction**

La maladie de Crohn (MC) est une inflammation chronique de l'intestin caractérisée par une recrudescence des cas diagnostiqués à un âge de plus en plus précoce. Le phénotype, la prise en charge et l'évolution des formes à début précoce (âge < 7 ans) restent néanmoins très particuliers.

### **Objectifs**

Etudier les particularités épidémiologiques, cliniques et évolutives de la MC chez l'enfant âgés de moins de 7 ans.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective, descriptive sur une période de 5 ans concernant les enfants suivis dans le service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim pour MC débutant avant l'âge de 7 ans (MC précoce).

### **Résultats**

Nous avons colligé 7 cas: 2 garçons et 5 filles. L'âge moyen était de 44 mois [16 ; 78 mois]. Le délai moyen de diagnostic était de 13 mois. Les symptômes étaient dominés par : la diarrhée (N=7), les lésions anopérinéales (N=5), les douleurs abdominales (N=3), l'amaigrissement (N=5) et l'atteinte articulaire (N=4). La biologie a montré un syndrome inflammatoire dans tous les cas (N=7). L'échographie abdominale a objectivé un épaississement de la dernière anse iléale dans 2 cas. L'entéroIRM a montré un épaississement de la dernière anse iléale dans 2 cas et elle était normale dans 1 cas. L'endoscopie a montré: Une pancolite ulcérée et segmentaire (N=3), des ulcérations aphthoïdes sigmoïdienne (N=2), une colite ulcérée (RCH like) dans un cas, et 1 cas de colite droite. L'examen anatomopathologique a montré des lésions de colite chronique compatible avec le diagnostic de Mc dans tous les cas. Le traitement de première intention était nutritionnel dans tous les cas. Le recours à la corticothérapie associée à l'azathioprine était nécessaire dans 6 cas. 5 enfants ont nécessité la mise sous infliximab dont un a nécessité le switch vers l'Adalimumab.

mab. Le recul moyen était de 4 ans 8 mois. L'évolution était marquée par des poussées fréquentes, digestives et articulaires chez 4 de nos patients.

### **Conclusion**

La présentation clinique de la MC à début précoce est souvent sévère et atypique et sa prise en charge est compliquées et difficile.

## **P15 - La sténose hypertrophique du pylore: Aspect clinique et thérapeutique**

M. LANDOLSI (1), D. AIDA (1), S. HOUIDI (1), R. BEN MALEK (1), F. TRABELSI (1), R. BEN ABADLLAH (1), Y. HELLAL (1), Y. GHARBI (1), N. KAABAR (1),

Chirurgie pédiatrique - Hôpital Habib Thameur- (1),

### **Introduction**

La sténose hypertrophique du pylore est une pathologie chirurgicale fréquente du nourrisson. Son étiologie n'est pas encore élucidée, mais elle est probablement multifactorielle. Son diagnostic est évoqué par la clinique, la confirmation est échographique.

### **Objectifs**

Par ce travail, on propose d'étudier les manifestations cliniques et radiologiques de la SHP, les facteurs de risques et les modalités thérapeutiques.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons une étude rétrospective colligée au service de chirurgie pédiatrique de l' HHT sur une période de 7 ans (2012-2018) portant sur des nourrissons pris en charge pour SHP.

### **Résultats**

Nous avons colligés 35 nourrissons. On a noté une nette prédominance masculine avec un sexe ratio 2.3. L'âge moyen de nos patients était de 31.5 jours avec des extrêmes allant de 5j-70j. La symptomatologie clinique était faite par des vomissements post prandiaux blancs dans tous les cas, une hématurie était observée dans 4 cas. L'examen clinique trouve une cassure de la courbe de croissance et une dés-

hydratation dans tous les cas. Tous nos patients ont eu un clichés d'abdomen sans préparation et une échographie abdominale permettant de confirmer le diagnostic. Les troubles hydro-électrolytiques ont été observé chez 28 nourrissons. Tous nos patients ont eu un traitement chirurgical dans un délai moyen de 24 heures; Une pylorotomie extra-muqueuse de Fredet –Ramstedt était pratiqué dans tous les cas. Les suites post opératoires étaient simples dans tous les cas.

### **Conclusion**

La sténose hypertrophique du pylore est une pathologie courante, dont le diagnostic et le traitement sont bien codifiés. Bien que le traitement chirurgical est codifié, il ne sera réalisé qu'après une correction des troubles hydro-électrolytiques lorsqu'ils existent

## **P16 - Un volumineux polype gastrique chez l'enfant : à propos d'un cas**

M. OUMAYMA, T. MILI, N. MOUSSA, F. NOUIRA, A. CHARIEG, R. JOUINI, S. JLIDI

### **Introduction**

Les polypes juvéniles sont des lésions souvent volumineuses, pédiculées ou à base large, souvent érodées en surface, saignant facilement au contact. L'aspect histologique est caractéristique. Les polypes juvéniles gastriques sont rarement isolés et n'ont pas de potentiel malin.

### **Objectif**

Insister sur l'approche multidisciplinaire dans la prise en charge des polypes gastrique.

### **Observation Clinique**

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 6 ans, suivi pour anémie ferriprive évoluant depuis 1 an sous traitement martial. Il a présenté une hémorragie digestive de grande abondance nécessitant une transfusion. L'examen physique trouvait un enfant pale, asthénique avec un souffle systolique fonctionnel. A la biologie, Anémie hypochrome microcytaire avec un chiffre d'hémoglobine à 5 g/dl. Dans le cadre du bilan étiologique, le malade a eu une Fibroscopie œsogastroduodénale montrant une volumineuse formation polyploïde mesurant 5 cm de diamètre appendue à la grande courbure. Une tentative de résection de polype a été échouée indiquant une

conversion chirurgicale. L'ouverture de la cavité gastrique permettait l'extériorisation d'un volumineux polype faisant 5 cm de grand axe situé au niveau de la face postérieure de la grosse tubérosité. Il a été alors réséqué. L'examen anatomo pathologique trouvait une polypose juvénile. L'évolution était favorable avec un recul de 10 mois.

### **Conclusion**

De très importants progrès ont été accomplis dans la définition histologique des différents types de polypes gastriques, la connaissance des contextes cliniques dans lesquels ils surviennent et les altérations moléculaires qui leur sont associées. Beaucoup reste cependant à faire pour parvenir à une meilleure compréhension de leurs mécanismes physiopathogéniques et de leur histoire naturelle : ces progrès sont indispensables pour rendre plus efficaces les stratégies de traitement et de surveillance.

## **P17 - Association maladie cœliaque et tuberculose multifocale : à propos d'un cas**

A. BEN MABROUK<sup>1</sup>, A. WERDANI<sup>1</sup>, S. WANNES<sup>1</sup>, N. JAMMELI<sup>1</sup>, R. BOUSSOUFFARA<sup>1</sup>, B. MAHJOUR<sup>1</sup>,

### **1- pédiatrie Mahdia**

### **Introduction**

Les patients atteints de maladie cœliaque présentent un risque surajouté de survenue de tuberculose avec un odds-ratio estimé à 3,74. Nous rapportons le cas d'une tuberculose disséminée chez une patiente de 14 ans.

### **Objectifs**

caractéristiques cliniques d'une tuberculose disséminée chez un malade coeliaque

### **Matériel et méthodes**

Case report

### **Résultats**

Il s'agit d'une patiente âgée de 14 ans, aux antécédents de maladie cœliaque diag-

nostiquée à l'âge de 10 ans avec mauvaise observance du régime sans gluten, admise pour installation depuis 3 mois d'anorexie, vomissements et douleurs abdominales. L'examen clinique objectivait un retard de croissance (taille et poids à -2 DS), une pâleur cutanéomuqueuse et une distension abdominale avec matité à la percussion. Le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan a mis en évidence une anémie hypochrome microcytaire avec hypo-albuminémie à 25 g/l. L'ascite était riche en protides avec un taux d'adénosine désaminase dans le liquide d'ascite à 325 U/l. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne a mis en évidence la présence de multiples adénopathies médiastinales, pulmonaires, mésentériques et rétro-péritonéales et d'une ascite de moyenne abondance. L'IDR à la tuberculine ainsi que la recherche de BAAR dans les crachats et les urines étaient négatives. C'est la PCR tuberculose sur liquide d'ascite qui a permis de retenir le diagnostic de tuberculose multifocale. La recherche de cellules néoplasiques était négative. La quadrithérapie a été entamée mais l'évolution était marquée par l'apparition d'une hépatite fulminante probablement médicamenteuse, entraînant le décès de la patiente.

### **Conclusion**

La tuberculose doit être évoquée devant une maladie cœliaque non améliorée par un régime sans gluten. La maladie cœliaque est associée à une incidence plus élevée de tuberculose et de décès liés à la tuberculose.

## **P18 - Dysphagie aux solides chez un garçon de 12 ans**

H. BARAKIZOU, S. REBEH, Y. BEN REJEB, S. GANNOUNI

**Pédiatrie – Hôpital Militaire de Tunis**

### **Introduction**

L'œsophagite à éosinophilie est une entité récente, d'intérêt et de prévalence croissants. Son origine est allergique et dys-immunitaire. Elle se révèle essentiellement par une dysphagie, une impaction alimentaire, ou des symptômes similaires à ceux du reflux gastroœsophagien.

### **Objectifs**

Mettre le point sur les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

## **Matériel et méthodes**

Revue rétrospective d'une nouvelle observation pédiatrique d'œsophagite à éosinophiles.

## **Résultats**

Un garçon âgé de 12 ans, multi sensibilisé et suivi pour une rhinite allergique persistante légère, consulte pour une dysphagie aux solides. Cette dysphagie évolue depuis une année et est associée à des vomissements. Son examen clinique est normal. Le transit œsogastroduodéal n'a pas montré d'anomalies. Son oesogastropie a montré une fissuration longitudinale avec quelques exsudats blanchâtres et un aspect annulaire subtile au niveau de l'œsophage avec une muqueuse œsophagienne antrale micronodulaire. Les biopsies œsophagiennes trouvent une muqueuse œsophagienne tapissée d'un revêtement malpighien acondrosique non kératinisé siège d'une exocytose de polynucléaires éosinophiles (PNE) avec 35 PNE par champ, et celles de l'estomac une gastrite chronique antrale et fundique folliculaire, à activité modérée avec présence de corps d'helicobacter pylori. Le diagnostic d'œsophagite à éosinophiles associée à une gastrite à HP a été retenu. L'enfant est mis sous une quadrithérapie séquentielle associée à des Fluticasone en sprays nasal avec une régression nette de la dysphagie.

## **Conclusion**

Devant une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien résistant au traitement, de dysphagie d'impactions alimentaires, l'œsophagite à éosinophiles doit être évoquée. Pour confirmer ce diagnostic, un bilan allergologique et un examen endoscopique s'imposent.

## **P19 - Angiodysplasies jéjunales et coliques chez l'enfant : les défis diagnostiques et thérapeutiques**

A. AMRI<sup>1</sup>, R. BEN RABEH<sup>1</sup>, O. YAHYAOU<sup>1</sup>, O. BOUYAHYA<sup>1</sup>, S. MRAD<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>

1- Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza, Tunis

## **Introduction**

Les angiodysplasies sont des malformations vasculaires intestinales, décrites comme

des lésions dégénératives ectasiantes des veines sous muqueuses. Cette entité est connue comme une affection du sujet âgé et considérée comme étiologie peu fréquente de saignements gastro-intestinaux et d'anémie chronique. Cette pathologie est exceptionnelle dans la population pédiatrique chez qui ce diagnostic reste souvent méconnu et pose des problèmes de prise en charge thérapeutique.

### **Objectifs**

Rapporter un cas pédiatrique d'angiodysplasies jéjunales et coliques pour souligner les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette entité chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Étude rétrospective un cas pédiatrique d'angiodysplasies jéjunales et coliques, colligé au service de médecine infantile C à l'hôpital d'enfants de Tunis.

### **Résultats**

**Observation :** Il s'agit d'un garçon âgé de 7 ans issu d'un mariage consanguin de 1er degré sans antécédents notables qui a été hospitalisé pour des rectorragies de moyenne abondance associées avec une anémie à 4,2 g/dL mal tolérée. Après transfusion et stabilisation hémodynamique, une FOGD a été faite et était normale. Une rectosigmoïdoscopie était normale. Devant la persistance des rectorragies un angioscanner abdominal a été réalisé montrant une augmentation du calibre de l'artère mésentérique supérieure au niveau de sa partie terminale (paroi interne du coecum) (angiodysplasie ?). Le bilan d'hémostase était normal. Devant la persistance des rectorragies de grande abondance, une laparotomie a été réalisée en urgence et était blanche. L'évolution a été marquée par le tarissement spontané du saignement et la récurrence des rectorragies trois mois après. Une coloscopie sous AG était normale. L'évolution a été marquée comme pour l'épisode précédent par l'arrêt spontané du saignement. Les rectorragies ont récidivé après huit mois avec anémie mal tolérée et retentissement hémodynamique. Un angioscanner abdominal a montré une dilatation de l'artère mésentérique supérieure dans sa portion distale, prédominant sur les branches collatérales destinées aux anses jéjunales : aspect évoquant une angiodysplasie jéjunale avec une ectasie des structures vasculaires veineuses au niveau de la valvule iléo-caecale et le long du colon ascendant : angiodysplasies iléo-coliques. La vidéocapsule endoscopique a été faite mais lecture impossible car mauvaise préparation. Une iléo coloscopie a révélé des ectasies veineuses du colon droit. La conduite à tenir était de donner des injections sous-cutanées d'analogues de la somatostatine 50µg/jour. L'évolution a été marquée par

l'absence de saignement avec un taux d'hémoglobine stable entre 11.8 et 13,4g/dl. Récidive des rectorragies deux ans après, l'angio-scanner a montré la présence de structures vasculaires veineuses ectasiques intra-pariétales de la valvule iléo-caecale en rapport avec une angiodyplasie. Devant l'absence de lésions grêliques et l'échappement à la Sandostatine une électrocoagulation au plasma argon a été réalisée avec une évolution favorable.

### **Conclusion**

L'angiodyplasie est une entité très rare chez l'enfant qui doit être évoquée devant une hémorragie digestive basse récidivante. Le diagnostic peut échapper aux explorations classiques. La vidéocapsule endoscopique serait le moyen diagnostique le plus approprié. Le traitement n'est pas consensuel médical, endoscopique, chirurgical. La décision doit être collégiale.

## **P20 - Ingestion d'eau de javel en vrac chez l'enfant : Place de la fibroscopie digestive haute à propos de 459 cas**

M. ZARRAD<sup>1</sup>, H. KAMOUN<sup>1</sup>, R. BERRABEH<sup>1</sup>, A. SLAMA<sup>1</sup>, S. YAHYAOU<sup>1</sup>, I. BRIN<sup>2</sup>, S. MAZIGH<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>,

1- Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Tunis

2- Service de Médecine Infantile B. Hôpital d'Enfants Tunis

### **Introduction**

L'ingestion d'eau de javel en vrac est un motif de consultation fréquent en pédiatrie. Il survient en général dans un contexte accidentel. L'eau de javel en vrac est un caustique dont la causticité ne dépend pas du PH du produit mais de la concentration en chlore actif qui est supérieure à 120. La fibroscopie digestive haute a toute sa place pour faire le bilan lésionnel initial.

### **Objectifs**

Décrire les aspects, épidémiologiques cliniques, endoscopiques et évolutifs de l'ingestion d'eau de javel en vrac chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective menée dans l'unité de fibroscopie digestive du service de mé-

decine infantile C de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis sur une période de 5 ans de Janvier 2015 à Avril 2019 portant sur tous les cas d'ingestion d'eau de javel en vrac .

### **Résultats**

Nous avons colligé 459 cas .Il s'agissait de 299 garçons et 160 filles . L'âge moyen était de 3ans et 8 mois (1 mois et 14 ans). L'ingestion était accidentelle (n= 454 ), volontaire dans le cadre de tentative de suicide (n=4) et criminelle dans le cadre d'un infanticide(n=1) . La quantité ingérée était difficile à évaluer(une gorgée dans la majorité des observations) et non précisée dans 81 % des observations. Les parents ont eu recours à des manœuvres neutralisantes dans 112 cas .Il s'agissait d'ingestion de lait dans 20% des cas (n=92) et de vomissements provoqués dans 13% des cas (n=60). Sur le plan clinique, 51%( 234/459) des enfants étaient asymptomatiques. Les signes fonctionnels observés étaient des vomissement (n=75), des nausées (n=75) des irritations oropharyngées (n=60), des douleurs abdominales (n=11), une hématomèse ( n=3 ) et des douleurs retro sternales (n=1). Le délai de réalisation de l'endoscopie digestive était de 17 heures en moyenne. La radiographie thoracique était normale dans tous les cas. La fibroscopie était strictement normale dans 88 %des cas (n=404). Des lésions d'œsophagites caustiques ont été observées dans 9% des cas (n=41).il s'agissait d'œsophagite stade 1, 2a, 2b, 3b dans respectivement 27 , huit , cinq et un patient. Ce dernier a nécessité la mise sous corticothérapie. L'évolution s'est faite vers la sténose œsophagienne.

### **Conclusion**

L'ingestion d'eau de javel en vrac était souvent accidentelle dans notre série .L'aspect endoscopique était normal dans 88% des cas .Une meilleure connaissance du degré chlorométrique du produit avant la réalisation de la fibroscopie digestive haute pourrait éviter la réalisation de cet examen.

## **P21 - Gastro-entérite à éosinophile : à propos d'un cas**

M. BAHLOUL, S. BEN AMEUR, M. ZRIBI, S KMIHA, I. CHABCHOUB, L. SFAIHI,  
T. KAMOUN

Service de pédiatrie, CHU Hédi Chaker Sfax

### **Introduction**

La gastroentérite à éosinophiles est une affection rare, caractérisée par l'association de troubles digestifs, d'une éosinophilie tissulaire touchant de façon prédominante l'estomac et le grêle proximal en l'absence d'autre cause d'éosinophilie intestinale. Nous rapportons une observation pédiatrique et nous discutons les modalités thérapeutiques

### **Observation**

Il s'agit d'une fille âgée de 14 ans, admise pour des épisodes récurrents de douleurs abdominales, diarrhée et vomissements évoluant depuis l'âge de 3 ans. L'examen clinique révélait un syndrome œdémateux généralisé avec sur le plan biologique une hyper-éosinophilie à 900 /mm<sup>3</sup>, une hypo-protidémie à 45 g/l et une hypogammaglobulinémie à 3,3 g/l. Le bilan hépatique et rénal était normal. La clairance de l'alpha 1 anti-trypsinase était élevée à 216,15 ml/24h en faveur d'une entéropathie exsudative. L'endoscopie digestive avec biopsie était en faveur d'une iléite à éosinophile. A l'anamnèse, il n'y avait pas d'atopie personnelle ni familiale ni un dégoût pour un aliment particulier. Le dosage des IgE totales était à 19,2 UI/l, les IgE spécifiques alimentaires et les pricks tests étaient négatifs. L'prise en charge initiale comportait un traitement symptomatique associé des perfusions d'albumine. Dès l'instauration d'une corticothérapie orale à la dose de 1 mg/kg/j, une amélioration nette des symptômes digestifs était notée avec récurrence à la dégression. Des alternatives thérapeutiques ont été discutées notamment une corticothérapie par budesonide locale (Entocort®). Vu sa non disponibilité, un traitement par un anti-leucotriène a été instauré comme traitement de fond associé à une corticothérapie de courte durée au moment des poussées.

### **Conclusion**

Le traitement repose sur un régime d'exclusion lorsqu'il est possible et surtout sur la corticothérapie brève d'efficacité quasi constante. Les molécules stabilisantes des mastocytes, antileucotriènes et les immunosuppresseurs peuvent permettre une épargne en cas de cortico-dépendance.

## **P22 - L'atrésie de l'œsophage : Prise en charge et facteurs pronostiques**

M. LANDOLSI<sup>1</sup>, A. DAIB<sup>1</sup>, F. TRABELSI<sup>1</sup>, A. JABLOUN<sup>1</sup>, R. BEN ABDALLAH<sup>1</sup>,  
R. BEN MALEK<sup>1</sup>, Y. HELLAL<sup>1</sup>, Y. GHARBI<sup>1</sup>, N. KAABAR<sup>1</sup>,

**1- Chirurgie pédiatrique hôpital Habib Thameur**

### **Introduction**

L'atrésie de l'œsophage est la malformation congénitale œsophagienne la plus fréquente, incompatible avec la vie en dehors d'un traitement chirurgical. C'est une urgence médicochirurgicale dont la prise en charge se doit multidisciplinaire.

### **Objectifs**

Décrire les particularités épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutique de l'atrésie de l'œsophage

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective, descriptive, colligés au service de chirurgie pédiatrique du CHU HABIB THAMEUR de Tunis sur une période de 15 ans, allant du 2004 au 31 décembre 2018.

### **Résultats**

53 nouveau-nés étaient pris en charge pour atrésie de l'œsophage. Il s'agissait de 37 garçons et 16 filles. Un diagnostic anténatal était suspecté dans 41% des cas devant hydramnios et micro-gastrie. 41.5 % des nouveau-nés étaient en hypotrophie. Une prématurité était retrouvée dans 28.3 % . Le diagnostic était fait dans 1 jour en moyenne, confirmé par le test à la seringue qui n'était pratiqué d'une façon systématique que dans 7% des cas. Le type 3 de l'atrésie de l'œsophage était le type prédominant. Une malformation associée était présente dans 34 % des cas. Tous les malades ont eu un clichés thoraco-abdominal et 50% ont eu une échographie cardiaque préopératoire. Tous nos patients ont eu une intervention chirurgicale dans un délai moyen de 57 heures d'une réanimation adéquate. L'acte chirurgical consiste en une anastomose en un temps dans les premiers jours de vie, ou en deux temps selon le type de l'atrésie. Les suites post opératoires immédiates étaient faites par des infections nosocomiales dans 24 cas. Les complications à long terme étaient prédominées par le reflux gastro œsophagien. La mortalité globale était de 52.8 % des cas. L'âge moyen lors de décès était de 27 jours avec des extrêmes de 1 à 182 jours.

## **Conclusion**

Même si le pronostic actuel de l'atrésie de l'œsophage est bon dans l'ensemble, la fréquence des complications à distance de l'intervention initiale et la nécessité d'une surveillance des lésions œsophagiennes secondaires justifient un suivi systématique et multidisciplinaire jusqu'à l'âge adulte

## **P23- Hypersensibilité à la vitamine D3 chez les nourrissons A propos de 2 cas.**

S. MLAYAH, R. KEBAILI, Y. MESBAHI, S. TILOUCHE, J. BOUGUILA, L. BOUGHAMOURA

service de pédiatrie Farhat Hached, Sousse

### **introduction**

La prise de vitamine D est systématique chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 18 mois afin de prévenir le rachitisme carenciel. Elle se fait par 2 méthodes : soit des gouttes journalières soit par ampoule buvable contenant une dose de charge de 200.000 UI de vitamine D3 à renouveler chaque 6 mois. Cette dernière permet une meilleure observance thérapeutique, toutefois, certains enfants présentent une susceptibilité génétique vis-à-vis de cette forme et peuvent présenter des troubles sévères dominés par l'hypercalcémie qui peut se compliquer de troubles du rythme et de néphrocalcinose.

### **observation 1**

Un nourrisson de 45 jours est hospitalisé pour vomissements et stagnation pondérale. L'examen était sans anomalies en dehors de l'hypotrophie. Le bilan a montré une hypercalcémie à 4,5 mmol/l et une hypokaliémie à 2,9 mmol/l. En reprenant l'interrogatoire, les signes ont commencé après administration d'une dose de charge de vitamine D3 à J15 de vie. L'échographie rénale a montré une néphrocalcinose stade 2. Le nourrisson était mis sous hyperhydratation Iv et furosémide, mais devant la persistance de l'hypercalcémie nous avons administré des biphosphonates type acide zolédronique (après consentement des parents) avec normalisation de la calcémie au bout de 4 jours.

### **observation 2**

Un nourrisson âgé de 6 mois est hospitalisé pour des vomissements incoercibles sur-

venant 3 jours après ingestion d'une ampoule de vitamine D3. A l'examen, il était apyrétique, somnolent avec une déshydratation stade 3. Le bilan biologique a montré une hypokaliémie, une hypercalcémie à 4,4 mmol/l et une hypercalciurie à 27,5 mg/kg/j. La PTH était basse à 6,6 pg/ml et la 25OH vitamine D était très élevée > 150 ng/ml. L'échographie rénale a montré une néphrocalcinose médullaire stade 2. Il était traité par une hyperhydratation IV, du furosémide et des cures de biphosphonates (Pamidronate disodique) 1 mg/kg/j pendant 2 jours de suite puis une 3ème cure à J10. Les signes cliniques et la calcémie se sont normalisés progressivement au bout d'un mois.

### **Conclusion**

Il faut penser à l'hypersensibilité à la vitamine D devant des vomissements ou une perte de poids inexplicée du nourrisson et compléter par un bilan phosphocalcique complet. Le traitement de l'hypercalcémie est urgent et fait appel à plusieurs thérapeutiques dont les biphosphonates.

## **P 24 - Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité du CHU de Monastir**

B. ELLEUCH<sup>1</sup>, T. KHEMIS<sup>1</sup>, A. CHAABANE<sup>1</sup>, H. BEN HAMIDA<sup>1</sup>, M. BIZID<sup>1</sup>, FZ. CHIOUKH <sup>1</sup>, K. MONASTIRI<sup>1</sup>

Service de Réanimation et de Médecine Néonatale, Centre de Maternité et de Néonatalogie, CHU Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Tunisie. (1)

### **Introduction**

L'allaitement maternel (AM) est la suite naturelle de la grossesse. Le lait maternel est non seulement l'alimentation idéale du nouveau né, mais aussi un intense plaisir partagé par la mère et l'enfant.

### **Objectifs**

Evaluer les pratiques et les connaissances des mamans concernant l'AM dans le centre de maternité du CHU de Monastir.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude prospective menée durant le mois de Mars 2019 auprès des

couples mères-nouveau-nés ayant séjournés au centre de maternité de Monastir. Les données ont été collectées entre le premier et le deuxième jour du post-partum à l'aide d'un questionnaire structuré. Nous avons exclu de cette étude les mères ayant accouché par césarienne, hospitalisées en réanimation ou dont le nouveau-né était admis en néonatalogie.

## Résultats

Nous avons colligés 86 couples mères-nouveau-nés. L'âge moyen des mamans était de  $28,6 \pm 4,8$  ans. Un tiers des patientes étaient primipares. Les femmes au foyer représentaient 48,8% des cas. La grossesse était suivie au moins par cinq visites prénatales dans 83,7% des cas. Les accouchements à terme représentaient 93% des cas. Tous les bébés ont été gardés auprès de leurs mamans. Soixante pourcent des patientes avaient eu précédemment un enfant allaité au sein. Le taux de sensibilisation concernant l'AM était de 54,7%. La sensibilisation a été effectuée au niveau des centres de santé de base dans 63,9% des cas. Une durée envisagée d'AM inférieure à 6 mois a été rapportée dans 38,4% des cas. Le délai entre l'accouchement et la première tétée était inférieur à 6 heures dans 67,4% des cas. La fréquence moyenne des tétées par jour était de  $7,6 \pm 2,3$ . La durée moyenne des tétées était de  $11,4 \pm 4,6$  minutes. Sept pourcent des femmes pensaient que le colostrum est un mauvais lait. La position du bébé était correcte dans 53,5% des cas lors de la tétée. Plus que la moitié des mamans (51,2%) envisageaient un supplément par lait artificiel. Les facteurs associés à une mise au sein précoce et à une durée envisagée d'AM supérieure à 6 mois étaient essentiellement l'origine rurale, la multiparité et le conseil prénatal ( $p < 0,05$ ).

## Conclusion

Notre étude révèle chez les mamans une insuffisance des connaissances concernant l'AM. Sa promotion doit ainsi s'inscrire dans une politique générale de santé publique à l'échelle nationale.

## **P 25 – Angiodysplasie de l'intestin grêle : pensez-y devant une anémie ferriprive**

H. BARAKIZOU<sup>1</sup>, N. HLELI<sup>1</sup>, Y. BEN RJEB<sup>1</sup>, S. GANNONNI<sup>1</sup>.

**Pédiatrie. Hôpital militaire de Tunis (1)**

### **Introduction**

Les angiodysplasies résultent d'une altération du développement des vaisseaux de la sous muqueuse. Classiquement localisées dans le colon, l'atteint grêlique en représente 20% et est souvent découverte dans le cadre d'un saignement digestif d'origine indéterminée.

### **Objectifs**

Faire le point sur les particularités endoscopiques et thérapeutiques de l'angiodysplasie intestinale.

### **Matériel et méthodes**

Revue rétrospective d'une nouvelle observation pédiatrique d'angiodysplasie intestinale.

### **Résultats**

Il s'agit d'une fille âgée actuellement de 13 ans, suivie depuis l'âge de 2 ans pour anémie hypochrome microcytaire arégnérative. Elle présentait une tache vasculaire responsable d'épistaxis récurrentes à lesquelles l'anémie a été initialement rattachée. Le traitement initial s'est basé sur une cautérisation de la tache vasculaire et des transfusions de culot globulaires compatibles phénotypés. L'évolution a été marquée par la persistance de l'anémie malgré l'absence récidive de saignement d'origine nasale. Une malabsorption du fer a été éliminée. Un bilan endoscopique initial (fibroscopie oeso-gastro-duodénale, coloscopie biopsies étagées) fait de à l'âge de 10 ans était sans anomalies. Devant l'apparition de selles glairo-sanglantes à l'âge de 13 ans, le bilan endoscopique a été réactualisé et était sans anomalies. Un complément d'exploration par vidéo-capsule a été indiqué avec mise en évidence de nombreuses lésions angiodysplasiques de taille variable de quelques millimètres à 2 centimètres, touchant les dernières anses iléales à 22 mm avant le franchissement de la valvule de Bauhin. La patiente a été mise sous Sandostatine à libération prolongée à la posologie de 20 mg en intramusculaire une fois par mois et sous traitement martial en attendant un traitement radical : coagulation par Plasma Argon.

## **Conclusion**

La prise en charge diagnostique et thérapeutique des angiodysplasies est désormais aisée par l'apport de la vidéo-capsule et la coagulation endoscopique. Il faut toujours y penser devant une anémie ferriprive rebelle et donc l'étiologie reste indéterminée au terme du bilan classique.

## **P 26 - Pancréatite auto-immune : particularités diagnostiques et thérapeutiques**

I.BRIKI, Y. BEN REJEB, B. A. MAROUA

Hôpital Militaire Service de Pédiatrie

### **Introduction**

La pancréatite auto-immune (PAI) est une pathologie rare, qui représente moins de 5% des pancréatites chroniques. Deux sous-formes sont décrites : le type 1 et le type 2. Le diagnostic peut être difficile en particulier pour les formes localisées qui peuvent mimer un tableau de néoplasie pancréatique ou biliaire. Objectif : faire le point à travers d'une présentation.

### **Objectifs**

**Objectif :** faire le point à travers d'une présentation sur les particularités diagnostiques et thérapeutiques de la PAI chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Observation clinique à propos d'un cas.

### **Résultats**

Il s'agit d'une fille âgée de 15 ans, suivie pour une épilepsie partielle bien équilibrée sous Lévetiracétam, et qui a consulté pour des douleurs abdominales récurrentes et isolées. Une gastrite à *Helicobacter Pylori* lui a été diagnostiquée et traitée auparavant. L'examen a objectivé une sensibilité au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre sans fièvre, ni ictère. A la biologie : bilan hépatique normal, lipasémie à 2.3 fois la normale et amylasémie à 1.6 fois la normale. Une échographie abdominale a montré un pancréas céphalique d'aspect normal et le reste du pancréas était mal exploré. L'IRM pancréatiques avec bili-IRM a montré un aspect évoquant une pancréatite aigue avec une atteinte localisée à la portion céphalique et associée à

une lame d'épanchement péripancréatique avec une absence d'image lithiasique ou d'anomalies des voies biliaires. Le bilan de contrôlé a montré un taux normal des enzymes pancréatiques avec calcémie et bilan lipidique normaux. Le diagnostic de pancréatite aigüe virale a été retenu. La fille a été mise sous traitement symptomatique et le Lévetiracétam a été changé par de l'Urbanyl. Devant la récurrence de douleurs abdominales, un scanner abdominal a été refait montrant une pancréatite stade C de Balthazar avec des anomalies parenchymateuses intéressant les portions céphalique et caudale. La biopsie pancréatique a montré un tissu pancréatique siège de renariements de pancréatite chronique avec présence d'un infiltrat lymphoplasmocytaire avec à l'immuno-histochimie une infiltration à prédominance lymphocytaire TCD4 et CD8. Le marquage aux IgG 4 n'était pas disponible dans notre laboratoire. Le taux sérique des IgG4 était à 1460 mg :L ; Le diagnostic de Pancréatite aigüe auto-immune a été retenu et la fille a été mise sous corticothérapie. Le type d'atteinte ne peut pas être déterminé avec certitude mais semble être de type 2.

### **Conclusion**

Bien qu'elle soit rare, la PAI n'est pas exceptionnelle. Son diagnostic repose sur des critères histologiques et biologiques précis. La prise en charge repose sur la corticothérapie. Le pronostic est généralement bon aux prix de séquelles à types d'insuffisances pancréatiques endocrine et exocrine dans 30% des cas.

## **P27 - Diagnostic et Prise en charge de la maladie de Wilson chez l'enfant : expérience d'une unité d'hépatologie pédiatrique**

H. KAMOUN<sup>1</sup>, R. BEN RABEH<sup>1</sup>, N. MISSAOUI<sup>1</sup>, A. SLAMA<sup>1</sup>, O. BOUYAHYA<sup>1</sup>, S. MRAD<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>,

**1- Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza, Tunis**

### **Introduction**

La maladie de Wilson ou dégénérescence hépato-lenticulaire est une maladie génétique autosomique récessive caractérisée par une accumulation toxique de cuivre dans l'organisme responsable d'atteinte hépatique et neurologique parfois sévère. C'est une des rares maladies génétiques qui peut être traitée efficacement.

## Objectifs

Décrire les modalités diagnostiques et la prise en charge thérapeutique de la maladie de Wilson chez l'enfant et préciser les aspects évolutifs sous traitement.

## Matériel et méthodes

Étude rétrospective portant sur les cas de maladie de Wilson colligés au service de médecine infantile C de l'hôpital Béchir Hamza d'enfants de Tunis sur une période de 9 ans (2010 – 2018).

## Résultats

Nous avons colligé 18 cas de maladie Wilson : 14 garçons et 4 filles dont l'âge médian au moment du diagnostic était de 8 ans [3 -12ans]. La consanguinité est retrouvée chez 14 patients. Trois patients avaient des antécédents de maladie de Wilson dans la fratrie. Un patient avait un frère décédé par une hépatopathie chronique. Les circonstances du diagnostic étaient : une enquête familiale (n=4), un ictère cutanéomuqueux (n=4), une cytolyse hépatique (n=6), une HSMG (n=4). L'atteinte hépatique a été retrouvée dans 16 cas : hépatite chronique (n=3), hépatite aiguë (n=5), cirrhose décompensée (n=6) et insuffisance hépatocellulaire (n=4). L'atteinte neurologique et psychiatrique a été notée chez 5/18 patients. Les autres atteintes étaient : l'anneau de Kayser Fleischer (n=2), une atteinte tubulaire proximale (n=3) associée à une atteinte glomérulaire dans un cas. Sur le plan biologique, une cytolysé a été trouvée dans neuf cas, une cholestase dans six cas et une insuffisance hépatocellulaire dans sept cas. L'atteinte hématologique était présente dans 11/18 cas : pancytopénie (n=2), thrombopénie isolée (n=5), anémie hémolytique avec TCD négatif (n=4). La céruléoplasminémie était basse dans 12 cas, avec un taux médian de 0,12 g/L [0,04-0,18] et la cuprurie était élevée dans 11 cas avec un taux médian de 3,8  $\mu\text{mol}/24\text{h}$  [1,5-6,72]. La cuprémie totale était basse dans 12 cas avec un taux médian de 6,23  $\mu\text{mol}/\text{L}$ . Le test à la D pénicillamine a été pratiqué dans dix cas, revenu positif dans huit cas. La biopsie hépatique a été faite dans un seul cas. La biologie moléculaire a été pratiquée que chez trois patients identifiant la mutation ATB7B homozygote dans deux cas (H1069Q). La D pénicillamine a été instaurée chez les 18 patients (750 à 900 mg/j) et trois ont été mis sous acétate de zinc (Wilzin). La D pénicillamine était bien tolérée dans 17 cas et un patient a développé une thrombopénie avec leucopénie. L'évolution sous traitement est favorable pour 17 patients et un patient est décédé.

## **Conclusion**

Nous avons illustré dans cette étude les circonstances de découvertes ainsi que le tableau clinico-biologique de la maladie de Wilson dans une population pédiatrique Tunisienne. Le diagnostic repose sur le bilan cuprique et la biologie moléculaire. La précocité du diagnostic représente un élément capital pour un bon pronostic de la maladie et l'idéal étant d'affirmer le diagnostic à son stade pré-symptomatique par le dépistage familial et commencer le traitement de façon précoce.

## **P28 - Overlap Syndrome : une association sous diagnostiquée en pédiatrie**

Z. KHLAYFIA<sup>1</sup>, W. BESSGHAIER<sup>1</sup>, H. OUERDA<sup>1</sup>, J. KANZARI<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>1</sup>, I. SELMI<sup>1</sup>, S. HALIOUI<sup>1</sup>, O. AZZABI<sup>1</sup>, N. SIALA<sup>1</sup>, A. MAHERZI<sup>1</sup>

**1- Service de pédiatrie du CHU Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisie**

### **Introduction**

L'Overlap Syndrome ou syndrome de chevauchement est défini par l'association d'une hépatite auto-immune et d'une cholangite sclérosante d'origine auto-immune. Cette association est estimée à 30% chez les malades atteints d'une hépatite auto-immune. Cependant, elle est souvent sous diagnostiquée surtout en pédiatrie. Par ailleurs, ce syndrome pose parfois des difficultés tant sur le plan diagnostique que thérapeutique et pronostique.

### **Objectifs**

Etudier les particularités cliniques diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des cas d'Overlap Syndrome pédiatriques.

### **Matériel et méthodes**

Une étude rétrospective menée au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa sur une période de 3 ans allant de Mars 2016 jusqu'au Mars 2019 colligeant les cas d'Overlap Syndrome

### **Résultats**

Nous avons colligé 7 cas 5 filles et 2 garçons. L'âge moyen était de 7ans (2 ans et

de 10 à 12 ans). Les enfants étaient issus d'un mariage consanguin dans 3 cas. Les circonstances de découverte étaient : une fièvre prolongée (N=3), un ictère cholestatique (N=2), découverte fortuite d'une hépato-splénomégalie (N=2). A la biologie nous avons noté: une cytolyse hépatique (N=6), une cholestase (N=4), une insuffisance hépatocellulaire avec un TP bas à 19% dans un cas et un bilan hépatique normal dans un cas. Un syndrome inflammatoire biologique ainsi qu'une hypergammaglobulinémie ont été trouvés chez tous les malades. Trois enfants avaient une hépatite auto-immune type 1, un enfant avait une hépatite auto-immune type 2 et un enfant avait une forme mixte. La séronégativité a été rapportée chez 2 enfants. Une ponction-biopsie du foie a été pratiquée chez tous les malades montrant une hépatopathie chronique avec une activité : A2 dans 3 cas, A3 dans 4 cas et fibrose F1 dans 1 cas, F2 dans 3 cas, F3 dans 3 cas selon le score Métavir. Des lésions de cholangite lymphocytaire ont été trouvées dans 4 cas. La cholangio-IRM a été demandée chez tous les malades et elle était évocatrice d'une cholangite sclérosante dans 4 cas. La prise en charge a consisté à prescrire outre le traitement de l'hépatite auto-immune (corticothérapie systémique et Azathioprine), un traitement à base d'acide ursodésoxycholique pour la cholangite sclérosante auto-immune. L'évolution était favorable avec régression de l'inflammation et de la fibrose hépatique dans tous les cas sauf un enfant chez qui un traitement par la Ciclosporine était nécessaire.

## **Conclusion**

Malgré l'absence de critères diagnostiques bien identifiés, la possibilité d'un overlap syndrome doit être présente à l'esprit de chaque clinicien au moment du diagnostic initial mais également lors du suivi d'une hépatite auto-immune ou d'une cholangite sclérosante primitive. Ainsi nous soulignons l'intérêt de la cholangio-IRM dont la réalisation doit être systématique et de l'étude histologique qui doit être assurée par un spécialiste.

## **P29 - La duplication oesophagienne cervicale à révélation néonatale: à propos d'un cas.**

R. BEN KHALIFA<sup>1</sup>, MFW. CHEOUR, AYARI, BELHAJ<sup>1</sup>, R. BEN AZIZA<sup>1</sup>, S. KACEM<sup>1</sup>).

Service de Médecine et de Réanimation Néonatale, centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

### **Introduction**

La duplication oesophagienne est une malformation rare qui représente 15 à 20% des duplication digestives. Il s'agit d'une formation kystique plus rarement tubulaire. Elle est le plus souvent associée à d'autres malformations congénitales, surtout vertébrales.

### **Objectifs**

Connaître la duplication œsophagienne, sa manifestation clinique et sa prise en charge.

### **Matériel et méthodes**

C'est une étude d'un cas.

### **Résultats**

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né de sexe féminin ; issu d'un mariage non consanguin, d'une mère âgée de 35 ans, GII PII (une fausse couche spontanée), sans antécédents pathologiques particuliers. Elle est issue d'une grossesse mal suivie avec découverte échographique au 3ème trimestre d'un hydramnios, une dilatation gastrique avec une image intra-abdominale anéchogène tubulée évoquant une atrésie jéjunale (colon non dilaté). Elle est née à un terme de 34 SA par voie basse avec mauvaise adaptation à la vie extra-utérine nécessitant son intubation en salle de naissance. L'examen à la naissance objective un abdomen plat et un résidu gastrique verdâtre. La radiographie de l'abdomen sans préparation montre un aspect en double bulle avec découverte d'une clarté arrondie para oesophagienne droite dont l'examen clinique objective une masse cervicale droite molle, rénitente qui s'efface à la palpation, sans souffle à l'auscultation avec un grand axe de 4 cm. Une échographie cervicale objective une image anéchogène communicate avec l'œsophage en faveur d'une duplication kystique de l'œsophage. Le nouveau-né est opéré en 1er temps pour l'atrésie jéjunale à j20 de vie après stabilisation avec reprise en 2ème temps de la duplication digestive.

## **Conclusion**

La duplication oesophagienne est une malformation congénitale rare. La symptomatologie clinique est polymorphe et dépend du type de la localisation et de la taille de la duplicité. Elle reste dominée par les signes respiratoires et digestifs. Le diagnostic positif est essentiellement radiologique. La recherche d'autres malformations digestives associées s'impose.

## **P30 - Intoxication médicamenteuse en pédiatrie**

Z. KHLAYFIA<sup>1</sup>, I. KASRAOUI<sup>1</sup>, J. KANZARI<sup>1</sup>, H. OUERDA<sup>1</sup>, I. SELMI<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>1</sup>, S. HALIOUI<sup>1</sup>, O. AZZABI<sup>1</sup>, N. SIALA<sup>1</sup>, A. MAHERZI<sup>1</sup>

1- Service de pédiatrie du CHU Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisie

### **Introduction**

Les intoxications demeurent une cause importante de morbidité chez les enfants des pays en développement notamment les intoxications aiguës médicamenteuses qui représentent un des principaux accidents domestiques de l'enfant. Malgré qu'elles soient majoritairement accidentelles, elles peuvent toutefois engager le pronostic vital. La prévention efficace de ce type d'intoxications passe par une maîtrise parfaite de leur épidémiologie.

### **Objectifs**

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des intoxications médicamenteuses de l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective concernant les enfants de moins de 15 ans hospitalisés au service de pédiatrie l'hôpital Mongi Slim la Marsa sur une période de 2 ans allant du 1er Janvier 2017 jusqu'au 31 Décembre 2018.

### **Résultats**

Nous avons colligé 53 enfants victimes d'intoxications médicamenteuses. L'âge moyen était de 21 mois avec des extrêmes allant de 2 mois à 14 ans. Le sex-ratio (G/F) était de 1,08. L'intoxication était accidentelle dans 82% des cas. La saison prédominante était l'hiver (38%) et l'heure d'ingestion était essentiellement l'après-midi

(56%). Les parents étaient présents à domicile lors de l'ingestion dans 96% des cas. Seize pour cent des enfants avaient eu des manœuvres de neutralisation dont les vomissements provoqués et l'ingestion d'un aliment dans la moitié des cas. Le paracétamol (N=11) et les raticides type AVK (N=9) occupaient la première place avec 40% des cas. L'intoxication était poly médicamenteuse dans 4 cas dans le cadre d'une tentative de suicide. Les patients étaient asymptomatiques dans 68% des cas. Le délai moyen de consultation aux urgences était d'une heure avec des extrêmes allant de 15 min à 48 heures. Concernant la prise en charge, nous avons opté pour un lavage gastrique (72%), du charbon activé (28%), un antidote (44%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 25 heures avec des extrêmes allant de 12 heures à 48 heures. L'évolution était favorable dans 29 cas. Deux enfants ont nécessité le recours à la réanimation. Un cas d'intoxication poly-médicamenteuse volontaire a nécessité un transfert en réanimation avec décès dans les heures qui ont suivi.

### **Conclusion**

Même si la plupart des ingestions médicamenteuses accidentelles évoluent favorablement, certaines sont potentiellement graves engageant parfois le pronostic vital. Des mesures de prévention sont donc nécessaires pour maîtriser ce problème de santé publique.

## **P31 - Lésions cutanées sévères post-infectieuses résistantes aux traitements locaux chez une fille de 1 mois: Plasma Riche en Plaquettes en alternative à la greffe chirurgicale ?**

R. THABTI<sup>1</sup>, O. GHARBI<sup>1</sup>, A. MARZOUK<sup>1</sup>, A. BOUAZIZ<sup>1</sup>), F. FRIHA<sup>1</sup>

**1- Service de Pédiatrie, Hôpital Régional de Ben Arous**

### **Introduction**

Les capacités de cicatrisation sont optimales pendant la période fœtale et les premiers 6 mois. Malgré ceci, quelques lésions cutanées échappent à une bonne cicatrisation essentiellement à cause de leur étiologie. Le plasma riche en plaquettes (PRP) autologue est un traitement qui contient de la fibrine et une concentration élevée de facteurs de croissance dont les indications sont encore en étude et son utilisation en Pédiatrie n'est pas encore de pratique courante. On se propose à travers ce cas de montrer des résultats satisfaisants du PRP autologue sur des pertes de substances cutanées séquellaires d'infection chez un petit nourrisson.

## **Objectifs**

Déceler l'intérêt de l'injection locale de PRP sur la cicatrisation des plaies en Pédiatrie.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit de l'observation d'un cas d'un petit nourrisson de sexe féminin qui a bénéficié du traitement local par PRP pour des ulcérations cutanées post-infectieuses, au service de Pédiatrie de l'hôpital régional de Ben Arous.

## **Résultats**

Il s'agit d'un nouveau né de sexe féminin qui était hospitalisé à sa naissance pour mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, Elle est née par césarienne devant une pré-éclampsie sévère avec hématome rétro-placentaire de 100g. Le score d'Apgar était à 4 à la cinquième minute et 7 à la dixième minute, et son poids de naissance à 3850g. L'examen initial était normal. Au troisième jour de vie, elle a présenté une infection associée aux soins compliquée d'un état de choc septique et une coagulation intravasculaire disséminée. L'évolution était favorable sous antibiothérapie adaptée et sous drogues vaso-actives mais elle a gardé des lésions purpuriques ecchymotiques et nécrotiques au niveau du tiers inférieur des deux membres inférieurs et supérieurs. Ces lésions n'ont pas répondu aux soins locaux quotidiens par Bétadine et une excision mécanique des nécroses a été faite au 19ème jour d'évolution. La régénération cutanée était très lente avec un mauvais état local. Le traitement de référence de ces lésions est la greffe de peau mince mais l'état local n'était pas propice. Une injection locale de plasma riche en plaquettes était pratiquée après 20 jours de l'excision soit à J42 de vie. 6ml de sang du nouveau né ont été prélevés et étaient suffisants pour traiter les membres, en intra-lésionnel puis en nappe de collage sur les lésions. Un pansement a été fait un jour sur deux par Tulle gras et une pommade antibiotique. L'évolution était favorable avec modification de l'aspect nécrotico-fibrineux et suintant vers un aspect bourgeonnant et une régénération et cicatrisation dirigée rapide avec un recul de 1 mois.

## **Conclusion**

Le PRP pourrait améliorer la cicatrisation des ulcérations cutanées post-infectieuses chez le nouveau né et le petit nourrisson. Cette donnée reste à démontrer par des essais cliniques bien conçus et de puissance convenable.

## **P32 - Syndrome de Gardenigo: complication rare des mastoïdites chez l'enfant**

N. BRINI<sup>1</sup>, H. BESBES<sup>2</sup>, M. TAAMLI<sup>1</sup>, T. GHEDIRA<sup>1</sup>, R. HADJ SALEM<sup>1</sup>, L. GHEDIRA<sup>1</sup>, C. BEN MERIEM<sup>1</sup>, C. CHOUCHENE<sup>1</sup>, S. CHOUCHENE<sup>1</sup>

**1- Pédiatrie Fattouma Bourguiba Monastir**

**2- Pédiatrie Fattouma bourguiba Monastir**

### **Introduction**

Le syndrome de Gradenigo est une complication rare des mastoïdites, le plus souvent à anaérobies. Il est dû à l'extension du processus infectieux jusqu'à l'apex pétreux. Il se manifeste par une paralysie du nerf moteur oculaire externe (abducens VI), une diplopie, des douleurs rétro-orbitaires homolatérales.

### **Objectifs**

L'objectif de cette observation est de savoir évoquer, en présence de signes d'appel, le syndrome de Gardenigo qui est une complication assez rare, pouvant se voir lors d'une mastoïdite de l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'un "case report"; portant sur un enfant âgé de 10 ans, admis pour mastoïdite.

### **Résultats**

Nous rapportons le cas d'un enfant de sexe féminin âgé de 10 ans, sans ATCD pathologiques notables, admis pour otalgie droite avec céphalées et vomissements non améliorés après 2 jours de traitement par amoxicilline-acide clavulanique par voie orale pour otite moyenne aigüe. A l'examen ; elle était fébrile, pas de syndrome méningé, tuméfaction rétro-auriculaire droite rouge chaude. L'examen otoscopique était sans anomalies. Un examen ophtalmologique a été demandé initialement devant les céphalées et les vomissements en jet ne montrant pas d'œdème papillaire au FO. Les examens complémentaires ont objectivé un syndrome inflammatoire biologique ; hyperleucocytose à 19000 à prédominance de PNN avec CRP fortement positive à 140. Une TDM cérébrale faite a objectivé un comblement oto-mastoidien droit. Le diagnostic de mastoïdite droite a été retenu, et la patiente a été mise sous amoxicilline-acide clavulanique 150mg/kg/j en IV. Trois jours plus tard ; elle a pré-

senté une diplopie avec douleur rétro-orbitaire droite, avec paralysie homolatérale du nerf abducens. Une TDM cérébrale a été faite ayant éliminé une thrombophlébite cérébrale. Devant ce tableau on a retenu le diagnostic du syndrome de Gradenigo, et nous avons poursuivi la même antibiothérapie. L'évolution a été marquée par la disparition de la diplopie au bout de 3 jours et l'apyrexie solide, et la patiente a été mise sortante après 10 jours d'antibiothérapie parentérale.

### **Conclusion**

L'apicite est une infection rare de l'apex pétreux. La guérison sans séquelle est obtenue grâce à une antibiothérapie IV parfois associée à une prise en charge chirurgicale. Même s'il s'agit d'une complication rare des mastoidites, il faut l'évoquer devant un ou plusieurs symptômes du syndrome de Gradenigo afin d'orienter précocement les investigations paracliniques puis la prise en charge thérapeutique.

## **P33- Grippe A : aspects clinique, thérapeutique et évolutif**

H. BARAKIZOU<sup>1</sup>, S. HANNACHI<sup>1</sup>, S. GANNOURI<sup>1</sup>

**Pédiatrie Hôpital Militaire de Tunis (1)**

### **Introduction**

La grippe A est une infection respiratoire aiguë contagieuse provoquée par le virus A qui peut être l'origine d'une pandémie. Malgré sa faible mortalité, elle peut être d'expression clinique sévère. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital sur des terrains particuliers.

### **Objectifs**

Préciser les caractéristiques cliniques et évolutives de la grippe A chez les patients hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital militaire.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective et descriptive sur une période de trois mois (01/01/2019 – 31/03/2019). Seuls ont été inclus les enfants admis pour une grippe A. Le diagnostic a été porté devant un test de diagnostic rapide. Les variables étudiées étaient d'ordre clinique, thérapeutique et évolutif.

## Résultats

Nous avons colligé 42 cas. L'âge moyen était de 4.5 ans (03 mois – 15 ans). Il s'agissait de nourrissons dans 33% des cas. Le sexe ratio de masculinité était de 1.8. La notion de contagion a été retrouvée chez 24% des patients. Des terrains particuliers essentiellement à type d'asthme et de cardiopathies congénitales ont été respectivement notés dans 14.8% et 5% des cas. Le tableau clinique était dominé par la fièvre (95,2%). Les signes respiratoires (59%) et les troubles digestifs bénins (50%). L'Ozeltamivir a été prescrit chez 69% des patients. Une oxygénothérapie a été prescrite dans 28,6% des cas dont la moitié sous forme d'oxygénothérapie à haut débit par lunettes nasales. L'évolution s'est compliquée d'une surinfection bactérienne dans 7,2%. Le délai moyen d'apyrexie était de 48 heures (24-96 heures). La durée moyenne d'hospitalisation était de 4.5 jours. Aucun décès n'a été noté.

## Conclusion

Les formes modérées de la grippe A sont les plus fréquentes, mais des formes graves peuvent être observées, notamment sur le terrain débilisé. Ces derniers nécessitent un dépistage et un traitement précoce. La prescription d'OZeltamivir ne doit pas être systématique.

## P34 - Méningites à Salmonelles non typhiques à propos de quatre observations

M. BEN ROMDHANE, L. ESSID, A. BOUANI, I. BELHADJ, I. BRINI, KH. BOUSSETTA

Service de médecine infantile B, Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis.

## Introduction

Les salmonelles non typhiques sont dans la plupart des cas à l'origine d'une gastro-entérite spontanément résolutive, cependant des formes sévères avec des localisations cérébro-méningées sont à redouter.

## Objectif

Relever les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives des méningites du nourrisson à Salmonella non typhiques.

## **Méthodes**

Nous rapportons 4 observations de méningites à Salmonella non typhiques colligées au service de médecine infantile B de l'hôpital d'enfants de Tunis sur une période allant (janvier 2014-2019).

## **Résultats**

Nous avons recensé quatre nourrissons, sans antécédents pathologiques, d'âge moyen de 3 mois et demi, hospitalisés dans un tableau de détresse neurologique avec fièvre. La ponction lombaire a montré une pleiocytose allant de 43 à 10 000 éléments blancs à prédominance lymphocytaire, une hypoglycorrachie et une hyperproteinorrhachie. Une Salmonella spp a été isolée dans tous les cas dont un avait en plus une hémoculture positive aux même germe. La coproculture était négative. Tous les patients ont reçu une antibiothérapie à base de céphalosporine de troisième génération (C3G), associée à la ciprofloxacine dans 2 cas et à la fosfomycine dans l'autre. L'évolution a été marquée par la survenue d'un état de mal convulsif secondaire à de multiples abcès. Deux patients ont eu une cure neuro-chirurgicale et un patient est décédé dans les 24 heures suivant son admission. La durée de l'antibiothérapie était de 4 semaines dans un cas et a été prolongée à 8 semaines dans les deux autres cas. A 30 mois d'évolution, deux patients ont gardé des séquelles neurologiques. Le bilan immunitaire est revenu négatif chez les trois cas.

## **Conclusion**

Les méningites à salmonelles non typhiques sont très rares. Le pronostic est menacé par la fréquence élevée des complications neurologiques et de rechute malgré une antibiothérapie adaptée.

## **P35 - Pneumopathie abcédée communautaire à Serratia Marcescens chez un nourrisson immunocompétent : une observation originale**

E. NASRI<sup>1</sup>, R. BEN RABEH<sup>1</sup>, H. KAMOUN<sup>1</sup>, S. YAHYAOUÏ<sup>1</sup>, S. MRAD<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>

1- Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza, Tunis

## **Introduction**

Serratia marcescens est un bacille gram négatif de la famille des Enterobactériaceae. C'est une bactérie anaérobie facultative omniprésente dans le sol, l'eau et à la surface

des plantes. Elle a été considérée initialement comme un agent saprophyte. Elle est reconnue actuellement comme un germe nosocomial qui peut causer des infections graves urinaires, cutanées, osseuses, et rarement des pneumonies chez des patients souvent immunodéprimés ou présentant un terrain particulier.

### **Objectifs**

Rapporter un cas rare d'une pneumopathie abcédée communautaire à *Serratia Marcescens* chez un nourrisson immunocompétent.

### **Matériel et méthodes**

Étude rétrospective d'une observation colligée au service de pédiatrie C de l'hôpital d'enfants en Janvier 2019.

### **Résultats**

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 9 mois et demi, né à terme, issu d'une grossesse compliquée d'un diabète gestationnel mal équilibré, aux ATCD de détresse respiratoire néonatale en rapport avec une maladie des membranes hyalines pour laquelle il a été intubé ventilé pendant 7 jours en réanimation avec bonne évolution. Il a présenté une bronchiolite aiguë modérée à l'âge de 6 mois et un 2ème épisode de bronchiolite compliqué de surinfection bactérienne à l'âge de 8 mois. Il a été admis 47 jours après sa sortie, pour fièvre aiguë à 40° et une dyspnée. L'examen a montré des marbrures, des extrémités froides, un TRC allongé, une polypnée à 70 cycles par minute avec des râles crépitants à droite. Il a reçu un remplissage, une oxygénothérapie par lunette simple et mis sous Céfotaxime (100 mg/Kg/J) et Vancomycine (60 mg/Kg/J). La biologie a montré une hyperleucocytose à 22000 (PNN++) et une CRP à 108 mg/l. La radiographie du thorax a montré une opacité alvéolaire droite apicale ovalaire centrée par une hyperclarté. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre mal tolérée. L'hémoculture faite à l'admission est revenue positive à *Serratia Marcescens* sensible à la pipéracilline, Céfixime, Ceftazidime, Ertapénème, Imipenème et ciprofloxacine. Le scanner thoracique a montré un foyer de condensation parenchymateux pulmonaire du segment ventral du lobe supérieur droit centré par trois formations abcédées dont une est largement excavée associée à un petit foyer de condensation parenchymateux au niveau du segment postérieur du lobe supérieur homolatéral. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique, la baisse de la CRP et la régression progressive de l'image radiologique sous double antibiothérapie par voie intraveineuse pendant 4 semaines puis relais par voie orale pendant 2 semaines. L'indication opératoire n'a pas été posée. On a com-

plété par un bilan immunitaire à la recherche d'un déficit immunitaire sous-jacent revenu négatif et un test de la sueur négatif.

### **Conclusion**

Un abcès pulmonaire à *Serratia Marcescens* reste exceptionnel mais grave. Une antibiothérapie adaptée selon l'antibiogramme est nécessaire. Le traitement peut être uniquement médical. Une pathologie sous-jacente doit être recherchée

## **P36 - Cellulite orbitaire de l'enfant : étude clinique, radiologique, thérapeutique et évolutive**

M. ZARRAD<sup>1</sup>, F. NASRI<sup>1</sup>, S. YAHYAOU<sup>1</sup>, R. BERRABEH<sup>1</sup>, S. MAZIGH<sup>1</sup>,  
S. BOUKTHIR (1)

**1- Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Tunis**

### **Introduction**

La cellulite orbitaire chez l'enfant est une pathologie rare mais potentiellement grave par les complications locales et générales qu'elle peut engendrer .

### **Objectifs**

Décrire les aspects cliniques, radiologiques , thérapeutiques et évolutives des cellulites orbitaires .

### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur une série de 26 patients , menée entre mars 2014 et février 2019 dans le service de médecine infantile C à l'hôpital d'enfants, Béchir Hamza de Tunis.

### **Résultats**

L'âge moyen de nos patients était de 4 ans (10mois-14ans) .Un œdème palpébral unilatéral a été rapporté dans tous les cas, une rougeur périorbitaire dans 13 cas et une fièvre dans neuf cas .A la biologie, il a été noté une hyperleucocytose à prédominance neutrophile dans 14 cas et une augmentation de la CRP (supérieure à 50) dans 10 cas. une échographie orbitaire a été pratiquée dans 15 cas. Un scanner orbitaire réalisé chez huit malades a montré une cellulite pré septale

(n=6) , une cellulite orbitaire stade deux (n=1) et un abcès sous périoste (stade 3) (n=1). un germe (*Moraxella catarrhalis* ) a été isolé dans un cas. Le traitement était médical à base d'amoxicilline-acide clavulanique uniquement ou céfotaxime métronidazole éventuellement associés à un aminoside, pour une durée moyenne de dix jours. Une corticothérapie a été prescrite dans deux cas. Un drainage chirurgical a été réalisé dans un cas . L'étiologie a été identifiée dans 11 cas. il s'agissait d' un traumatisme oculaire (n=4) , une sinusite (n=4), une infection palpébrale (n=1), une piqûre d'insecte (n=1),un déficit immunitaire(n=1). L'évolution a été favorable chez tous nos malades.

### **Conclusion**

Le diagnostic de la cellulite orbitaire est devenu plus facile avec le développement des moyens de l'imagerie .Le traitement est essentiellement médical .L'évolution est favorable lorsque une antibiothérapie adaptée est prescrite

## **P37 - La brucellose aigue septicémique révélée par une pancytopenie fébrile : une situation exceptionnelle en pédiatrie**

H. KAMOUN<sup>1</sup>, R. BEN RABEH<sup>1</sup>, O. YAHYAOUI<sup>1</sup>, S. YAHYAOUI<sup>1</sup>, S. MRAD<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>

Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza, Tunis (1)

### **Introduction**

La brucellose une anthroozoonose due à coccobacilles gram négatifs du genre *Brucella*. Le réservoir est animal et l'homme n'est qu'un hôte accidentel. Cependant, elle reste endémique dans le bassin méditerrané. Les atteintes hématologiques sont fréquentes au cours de la brucellose mais la pancytopenie reste exceptionnellement décrite au cours de cette maladie.

### **Objectifs**

Rapporter deux cas pédiatriques de brucellose aigüe systémique révélé par une pancytopenie fébrile et Étudier les caractéristiques épidémiocliniques et évolutives de cette présentation exceptionnelle chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Étude rétrospective de deux cas pédiatriques de brucellose aigüe systémique, colligés au service de médecine infantile C de l'hôpital d'enfants de Tunis (2015-2018).

## Résultats

**Cas 1:** Nourrisson de sexe féminin, eutrophique, sans antécédents, demeurant en milieu rural, âgé de 15 mois a été hospitalisé pour fièvre évoluant depuis 10 jours. L'examen a trouvé une fièvre à 39°C, une pâleur cutanéomuqueuse, une hépatomégalie, une splénomégalie, sans autres anomalies physiques. Le bilan biologique a révélé une leuconéutropénie (GB=3600/mm<sup>3</sup> ; PNN=1200/mm<sup>3</sup>), une anémie à 4,6 g/dL (VGM=57,4μ<sup>3</sup> ; TCMH=15,5pg) et une thrombopénie à 102000/mm<sup>3</sup>. Le TCD était négatif. La CRP était à 96mg/L. Le bilan biologique du syndrome d'activation lymphohistiocytaire était négatif. Le frottis sanguin a confirmé la pancytopenie sans autres anomalies. Les sérologies virales (EBV, CMV, Parvovirus B19, VHB, HSV) étaient négatives. Le myélogramme était normal. Le test au Rose Bengal était positif, le sérodiagnostic de Wright était fortement positif et *Brucella melitensis* a été isolée sur l'hémoculture réalisée. Le nourrisson a été traité par Bactrim 30 mg/kg/j et Rifampicine 20 mg/kg/j pendant 6 semaines avec une bonne évolution.

**Cas 2:** Il s'agit d'une fille âgée de 14ans, sans antécédents hospitalisée pour fièvre prolongée en plateau depuis 20 jours. A l'interrogatoire, nous avons noté la notion d'ingestion fréquente de lait cru. Les accès fébriles sont accompagnés de frissons, de polyarthralgies, de douleurs abdominales et de sueurs profuses nocturnes mouillant les vêtements et les draps. A l'examen, patiente asthénique, fébrile à 40°, pas de purpura, pas d'adénopathies, pas d'HSMG sans autres signes associés. Le bilan biologique a montré une leuconéutropénie (GB=3100 ; PNN=1100), une anémie (Hb=8,7 g/dL ; VGM=76,8 ; TCMH=26), des réticulocytes à 29500, une thrombopénie à 83000, une CRP à 58, VS à 80, une cytolyse hépatique à 3xN et TP à 62%. Un bilan étiologique exhaustif d'une pancytopenie fébrile était négatif. Le test au Rose Bengale était positif à 1920 et une HC était positive à *Brucella melitensis*. La patiente a été mise sous Doxycycline 4mg/kg/j et Rifampicine 20 mg/kg/j pendant 6 semaines avec une bonne évolution.

## Conclusion

La prévalence de la pancytopenie dans la brucellose aigue septicémique varie entre 2% et 8% selon les séries. Dans les pays endémiques comme la Tunisie, devant toute pancytopenie fébrile chez l'enfant, il faut évoquer ce diagnostic.

## **P38 - Brucellose de l'enfant : à propos de 5 observations**

Y. MESBAHI<sup>1</sup>, R. KEBAILI<sup>1</sup>, N. SOYAH<sup>1</sup>, N. SOYED<sup>1</sup>, J. BAHRI<sup>1</sup>, S. TILOUCHE<sup>1</sup>, A. TEJ<sup>1</sup>, J. BOUGUILA<sup>1</sup>, L. BOUGHAMMOURA<sup>1</sup>

**1- Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse**

### **Introduction**

La brucellose, connue historiquement sous le nom de fièvre de Malte ou méliococcie, est une zoonose due à des bactéries du genre *Brucella*. Son extension est mondiale avec une prédominance dans le pourtour du bassin méditerranéen et les pays en voie de développement. Elle est rare chez l'enfant.

### **Objectifs**

Etudier les particularités cliniques ainsi que les difficultés diagnostiques et thérapeutiques la brucellose chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au service de pédiatrie au CHU Farhat Hached de Sousse de 2008 à 2018 incluant les cas de brucellose suspectée sur l'interrogatoire et les signes cliniques et confirmée par la sérologie Wright et/ou hémoculture positive.

### **Résultats**

Cinq patients (2 garçons et 3 filles) ont été colligés, d'âge moyen de 10 ans 10 mois, issus tous d'un milieu rural. Tous les patients avaient une fièvre prolongée avec altération de l'état général. Un seul patient avait une sacro-iliite gauche et un autre malade avait une hémiparésie gauche avec dysarthrie. L'examen clinique a objectivé hépatosplénomégalie chez 3 patients, boiterie avec hanche douloureuse chez un autre. Une hémiparésie gauche a été objectivée chez un patient et multiples adénopathies ont été palpées chez un seul enfant. A la biologie nous avons noté un syndrome inflammatoire (3 malades), cytolyse (1 malade), leuconéutropénie (3 patients), thrombopénie (1 enfant) et anémie (1 cas). La sérologie de Wright et le rose Bengale sont positifs chez les cinq patients. Les hémocultures étaient toutes négatives. Tous les patients ont été traités par Rifampicine associée à une Cycline chez 3 d'entre eux et au Triméthoprime-Sulfaméthoxazole. L'évolution clinique et paraclinique est favorable chez les cinq patients.

## **Conclusion**

La brucellose est une maladie endémique dans les pays sous-développés, dont la prévention est essentielle compte tenu de son risque pour la santé humaine et son impact économique important. Bien qu'elle soit rare chez l'enfant, elle doit être facilement évoquée en milieu pédiatrique.

## **P 39 – Sepsis-like syndrome chez un nourrisson de 9 mois : une circonstance de découverte inhabituelle d'une cytopathie mitochondriale**

F. BOUDAYA, H. BESBES, A. LACHHAB, N. BRINI, E. SFAR, R. HADJ SALEM, L. GHEDIRA,  
CH. BEN MERIEM, CH. CHOUCANE, S. CHOUCANE

**Service de pédiatrie, Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir**

### **Introduction**

Le sepsis-like syndrome présente de nombreuses similitudes avec le choc septique. Il est généralement décrit après un arrêt cardio-pulmonaire. Exceptionnellement ce syndrome était décrit comme une circonstance de découverte d'une maladie héréditaire du métabolisme.

### **Observation**

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 9 mois issu d'un mariage consanguin. Il a été hospitalisé à 3 reprises pour suspicion d'un état de choc septique associé à une symptomatologie respiratoire. Au cours de la 2ème hospitalisation et à l'âge de 7 mois, un tremblement de la tête et des 2 membres supérieurs a été objectivé.

Au cours de la dernière hospitalisation, il avait des signes de choc : TRC allongé à 5 secondes, marbrures généralisées et une tachycardie à 180 bpm. Il a reçu deux remplissages et a été traité par une antibiothérapie à large spectre. Le point de départ probable était respiratoire. L'évolution était favorable. Après l'épisode aigu, l'examen neurologique a montré : un état d'éveil altéré, une hypotonie axiale et périphérique, un tremblement constant marqué de la tête et des membres. Nous avons aussi constaté des troubles neuro-végétatifs : une bradycardie paroxystique, des épisodes d'hypothermie, des pauses respiratoires, un livedo racemosa qui s'accroît lors des crises. A l'examen ophtalmologique, il avait une cataracte bilatérale. La lactatémie était constamment élevée entre 4 et 11 mmol/l sans acidose métabolique. Il existe aussi une légère cytolyse hépatique, des CPK et des LDH augmentés. L'EEG

était dépourvu d'anomalies. CAA et CAO sans anomalies. L'IRM cérébrale a montré une atrophie parenchymateuse et un aspect de méga-citerne au niveau de la fosse postérieure sans malformation cérébelleuse. L'étude spectrométrique a objectivé un pic de lactates. Le syndrome de Leigh a été suspecté.

### **Conclusion**

Le sepsis-like syndrome n'est autre qu'un trouble dysautonomique au cours des cytopathies mitochondriales. Dans un contexte de fièvre, la discordance entre les signes cliniques de choc et la biologie incompatible, ainsi que l'évolution rapidement favorable sont très évocateurs de ce syndrome et devraient orienter vers une mitochondriopathie.

## **P40 - Flambée épidémique de rougeole en pédiatrie : expérience du service de pédiatrie, CHU Sahloul**

H. BEN BELGACEM<sup>1</sup>, T. MINIAR<sup>1</sup>, D. BEN AYED<sup>1</sup>, S. MABROUK<sup>1</sup>, O. KALLALA<sup>2</sup>,  
F. MAJDOUB<sup>1</sup>, H. AJMI<sup>1</sup>, N. ZOUARI<sup>1</sup>, J. CHEMLI<sup>1</sup>, S. HASSAYOU<sup>1</sup>, N. BOUJAAFAR<sup>2</sup>,  
S. ABROUG<sup>1</sup>

1- Service pédiatrie, CHU sahloul, Sousse

2- Laboratoire de microbiologie, CHU Sahloul Sousse

### **Introduction**

La rougeole est une maladie contagieuse. Bien que la vaccination soit recommandée dans notre programme national, nous assistons cette année, à une recrudescence des cas de rougeole, sous forme d'épidémie touchant essentiellement les enfants.

### **Objectifs**

Déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et para-cliniques des cas de rougeole, d'identifier ses complications et les difficultés de prise en charge en milieu pédiatrique.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée au service pédiatrie CHU Sahloul

du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 mars 2019. Seuls les patients dont le diagnostic de rougeole est confirmé par une sérologie, avec nécessité d'hospitalisation ont été inclus.

## Résultats

Durant la période d'étude, trente-deux cas ont été colligés. Le sex-ratio était de 1,9 et l'âge moyen des patients était de 8 mois avec des extrêmes de 1 à 18 mois. La majorité de nos patients (93,7%) n'étaient pas vaccinées contre la rougeole. La notion de contagion rougeoleuse a été trouvée dans 75% des cas. Le délai moyen d'évolution de symptômes avant l'admission est de 4,5 jours. A l'admission, 47 % des enfants étaient à la phase éruptive de la maladie et 53 % à la phase pré-éruptive. Les autres signes associés étaient les troubles respiratoires (80% des cas), digestifs (24% des cas), la déshydratation (6,2 % des cas), et les convulsions (3,2%% des cas). La durée moyenne de l'hospitalisation était de 7,6 jours. L'évolution était le plus souvent favorable (97% des cas). Cinq enfants ont présentés des pneumopathies hypoxémiantes sévères nécessitant une oxygénation non invasive sauf dans un seul cas. Il s'agissait d'un enfant porteur d'une transposition de gros vaisseau qui a développé un SDRA. La mortalité globale était de 3,2 %.

## Conclusion

La rougeole a présenté durant l'année 2019 un problème de santé publique dans notre pays. La prise en charge en milieu hospitalier demeure délicate notamment du fait du risque de contagion d'une part et d'autre part du fait de la gravité du tableau respiratoire notamment chez le jeune nourrisson. Les mesures communautaires devraient être installées précocement et ce via une surveillance épidémiologique avec des mesures vaccinales adaptées.

## P41 - Syndrome d'activation macrophagique (SAM) associé à une rougeole à propos d'un cas

M. BEN GUEDRIA<sup>1</sup>, N. SOYAH<sup>1</sup>, N. SOYED<sup>1</sup>, M. ABDELBARI<sup>1</sup>, S. ABDELMOULA<sup>1</sup>, Y. MESBAHI<sup>1</sup>, J. BAHRI<sup>1</sup>, M. BARKA<sup>1</sup>, L. BOUGHAMMOURA<sup>1</sup>

1- Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse

## Introduction

La rougeole est une maladie infectieuse très contagieuse. Elle est particulièrement

redoutable par ces manifestations respiratoires et neurologiques, notamment chez l'enfant immunodéprimé.

### **Objectifs**

Le syndrome d'activation macrophagique n'est pas une complication classique. Il doit être évoqué devant une évolution défavorable avec des manifestations hémato-logiques.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson de sexe féminin âgée de 13 mois, n'ayant pas reçu de vaccin anti-rougeole.

### **Résultats**

Il a été hospitalisé dans le service 10 jours auparavant pour une pneumopathie bac-térienne communautaire et a été en contact avec un enfant atteint de Rougeole avant la déclaration de son éruption cutanée. Il est réadmis dans un tableau initialement fait de fièvre avec diarrhées et qui s'est complété par une éruption morbiliforme gé-néralisée avec catarrhe oculo-nasale, une conjonctivite bilatérale, une gingivo-sto-matite avec angine vésiculeuse. La sérologie de la Rougeole est positive à IgM. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre avec altération de l'état gé-néral. Son bilan biologique montre un syndrome inflammatoire, une hyponatremie, une cytolyse hépatique avec TP bas à 47%, une rhabdomyolyse, une leuco-neutro-pénie avec anémie et une ferritinémie élevée. Le diagnostic de rougeole compliquée d'un syndrome d'activation macrophagique a été alors retenu. Le nourrisson a reçu une cure de veinoglobulines avec une bonne évolution clinique et biologique.

### **Conclusion**

La rougeole est une cause rare de SAM. Cette complication doit être recherchée sys-tématiquement en cas d'évolution défavorable avec surtout la prolongation de la fièvre associée à une atteinte hématologique lors de la phase éruptive.

## **P42 - Vécu d'une épidémie de rougeole dans un service du centre tunisien**

S. ABDELMOULA, N. SOYAH, S. TILOUCHE, N. SOYED, R. KEBAILI, A. TEJ, J. BOUGUILA, R. EL FEHEM, L. BOUGHAMOURA

**Service de Pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse**

### **Introduction**

Depuis la fin de l'année 2018, date du début de l'épidémie mondiale de la rougeole, plusieurs cas étaient enregistrés dans notre pays. Cependant, la propagation du virus dans notre région était avec décalage par rapport au sud tunisien.

### **Objectifs**

Nous rapportons à travers ce travail le vécu d'une épidémie de rougeole dans un service de pédiatrie du centre.

### **Matériel et méthodes**

Notre étude est rétrospective descriptive ayant concerné tous les cas de fièvre éruptive du 15 février jusqu'au 30 avril 2019. Nous avons détaillé les particularités épidémiologiques, cliniques et évolutives de cette maladie. Ensuite nous avons rapporté les conduites faites par ces cas malades ainsi que les cas contacts parmi les patients, leurs mamans et le personnel du service.

### **Résultats**

Durant la période d'étude, 51 cas de fièvre éruptive ont été observés. Nous avons colligé 31 cas de rougeole confirmée. Parmi ces derniers, 20 cas ont été hospitalisés devant des signes de gravité et 3 autres patients avaient présenté une rougeole nosocomiale. La majorité de nos patients avait un âge de 1 an (70 %). La moyenne d'âge était de 1,6 an avec des extrêmes de 21 jours à 14 ans. 66 % des cas étaient originaires de Sousse. 14 % de Sidi Bouzid, 9 % de Kairouan et 6,5 % de Kasserine. Sur le plan clinique, en dehors de la fièvre et de l'éruption, la conjonctivite, la rhinite et le coryza étaient constants chez tous nos patients. Le signe de Koplik a été objectivé chez 7 patients. Les complications étaient à type de pneumopathie et d'otite dans 8 cas chacune, une diarrhée dans 3 cas, une kératite dans 2 cas, et un syndrome d'activation macrophagique avec défaillance multiviscérale dans un cas. L'évolution était favorable dans tous les cas avec une durée moyenne d'hospitali-

sation de 5,2 jours. Des immunoglobulines ont été administrées chez 8 patients qui étaient en contact avec des enfants ayant une fièvre et que l'éruption est apparue secondairement au service. Deux mamans accompagnantes enceintes avaient reçu également des immunoglobulines. Toutes les infirmières enceintes du service ont bénéficié d'une sérologie qui est revenue négative dans un cas (non immunisée), un rappel vaccinal été fait pour la plupart des personnes travaillant dans le service. Une infirmière du service, une résidente et trois internes ont eu la rougeole pendant la période d'étude.

### **Conclusion**

La rougeole est une maladie très contagieuse mais éradicable. Des actions préventives devraient être mises en jeu en urgence afin d'éviter la diffusion en améliorant la déclaration et en informant le grand public.

## **P43 - Épidémie de Rougeole 2019 : expérience de service de réanimation pédiatrique. À propos de 11 cas.**

S. THABTI<sup>1</sup>, A. LOUATI<sup>2</sup>, A. CHICHTI<sup>2</sup>, S. HADJ HSSINE<sup>2</sup>, A. HAJJI<sup>2</sup>, A. BOUZIRI<sup>2</sup>, A. BORGI<sup>2</sup>, N. BEN JABALLAH<sup>2</sup>

**1- Réanimation pédiatrique polyvalente**

**2- réanimation pédiatrique polyvalente**

### **Introduction**

La rougeole est une maladie infectieuse très contagieuse dont l'atteinte respiratoire aggrave le pronostic. Suite à l'épidémie de rougeole qui a sévi en Tunisie en 2019, des formes graves nécessitant un séjour en réanimation pédiatrique, ont été enregistrées.

### **Objectifs**

Etudier les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients atteints de rougeole et admis en réanimation pour une insuffisance respiratoire aigue.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons étudié les patients admis entre février et avril 2019 au service de réani-

mation pédiatrique de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza pour insuffisance respiratoire aigue secondaire à une rougeole confirmée par la présence d'Ig M positives.

### **Résultats**

Nous avons colligé 11 cas (9 garçons, âge moyen : 7,3 mois) de rougeole avec insuffisance respiratoire. Neuf enfants n'ont pas été vaccinés contre la rougeole alors que deux ont reçu une seule dose de vaccin. Une ventilation mécanique a été nécessaire chez 10 patients pendant une durée moyenne de 4,3 jours. Parmi ces derniers, 2 patients avaient un SDRA et 1 patient a présenté un pneumothorax. Trois patients étaient en état de choc (EDC) dont 2 d'origine septique et un d'origine cardiogénique. Une coinfection bactérienne a été retenue dans 10 cas. Les germes retrouvés au prélèvement trachéal étaient l'Hemophilus Influenzae (n =2) et le pneumocoque (n=1). Un seul patient est décédé par choc cardiogénique réfractaire compliquant une myocardite. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours.

### **Conclusion**

La rougeole est une infection virale bénigne dans la majorité des cas, cependant elle peut se compliquer d'insuffisance respiratoire et /ou d'un EDC pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

## **P44- Rougeole chez l'enfant : aspects évolutifs particuliers d'une série hospitalière**

F. BOUDAYA, H. BESBES, N. BELHADJ SALAH, C. CHOUCHEËNE, S. CHOUCHEËNE

**Pédiatrie Fattouma Bourguiba Monastir**

### **Introduction**

Une importante flambée cas de rougeole est survenue cette année en Tunisie. Il s'agit d'une éruption fébrile maculopapuleuse d'évolution descendante causé par le Morbillivirus. C'est une maladie hautement contagieuse à déclaration obligatoire. L'évolution est parfois émaillée de complications nécessitant une prise en charge hospitalière.

### **Objectifs**

Le but de notre travail est d'étudier les particularités évolutives de cette pathologie.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 16 malades hospitalisés dans le service de pédiatrie de Monastir pour une rougeole compliquée entre le 1<sup>er</sup> février 2019 et le 31 mars 2019.

## **Résultats**

L'âge moyen de nos 16 malades était de 14,7 mois et le sexe ratio de 0,37. Tous les malades avaient une sérologie de la rougeole positive sauf une fille âgée de 4 ans atteinte de syndrome d'Evans sous traitement immunosuppresseur. Les complications étaient : une pneumonie chez 12 malades dont 6 cas étaient bactériennes, un cas de SDRA compliqué d'un état de choc septique d'évolution fatale chez la fille atteinte de syndrome d'Evans. Les autres cas étaient des bronchiolites simples. Six malades avaient une laryngite et 2 autres avaient une otite moyenne compliquée d'otomastoidite . Un seul nourrisson avait une crise fébrile complexe. Une gastroentérite aigue avec déshydratation a été observée chez 5 malades. Un cas de SAM traité par corticothérapie, veinoglobulines et antibiothérapie dont l'évolution était favorable et un seul cas de neutropénie transitoire. L'évolution était favorable chez 15 malades.

## **Conclusion**

La rougeole est une éruption fébrile qui peut être fatale. Les complications et les formes graves touchent essentiellement les sujets immunodéprimés, dénutris et non vaccinés. La vaccination et les immunoglobulines permettent de prévenir les formes chez les sujets à haut risque.

## **P45 - Quelle place à la scintigraphie osseuse dans le diagnostic de l'ostéomyélite aigue?**

L. ZAABAR<sup>1</sup>, K. HORMA<sup>1</sup>, K. TRABELSI<sup>1</sup>, D. BEN SELLEM<sup>1</sup>, A. MHIRI<sup>1</sup>, B. LETAIEF<sup>1</sup>,

1- Médecine Nucléaire, Institut Salah Azaeiz. Tunis

## **Introduction**

L'ostéomyélite aigue (OMA) bénéficie de moyens diagnostiques dont le but est d'éviter l'installation de lésions irréversibles, ce qui a amélioré radicalement son pronostic. La scintigraphie osseuse au <sup>99m</sup>Tc-Hydroxy-Méthylène-Diphosphonate(SO),

un de ces moyens, doit faire le diagnostic précoce et la cartographie lésionnelle complète dans le but d'une adaptation thérapeutique. Avec la généralisation de l'échographie et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), qu'advient-il de la SO?

### **Objectifs**

Le but de ce travail est d'analyser l'apport de cet examen dans le diagnostic de l'OMA en comparaison avec les techniques morphologiques

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 39 enfants (24 garçons et 15 filles), âgés de 4 mois à 11 ans, (moyenne de 55 mois), qui nous ont été adressés pour suspicion clinique d'infection osseuse (ostéomyélite ou ostéoarthrite) dans un tableau de boiterie ou impotence fonctionnelle fébrile. Dix-huit patients ont eu une exploration échographique initiale (plus une IRM dans un cas). On a réalisé une SO après injection IV d'une activité adaptée au poids chez l'enfant de HMDP (hydroxyméthylène diphosphonate) marqué au  $^{99m}\text{Tc}$ . L'examen a comporté des acquisitions dynamiques centrées sur les zones suspectes de localisation septique, immédiatement suivies par d'autres précoces de même centrage et/ou sur tout le corps entier. Au temps tardif (3 heures post injection) on a complété par des acquisitions statiques balayant tout le squelette.

### **Résultats**

Le point d'appel clinique a été la hanche dans 7 cas, le membre inférieur (sans précision localisatrice) dans 30 cas, la cheville gauche dans un cas et en sterno-claviculaire gauche dans un cas. L'échographie a orienté vers une atteinte uni focale chez 29 patients, et bifocale chez un patient. La SO est revenue positive chez 20 patients. Elle a conduit à une OMA uni focale chez 12 patients, bifocale chez 7 patients (dont 1 méconnue). Elle a fait découvrir une atteinte multifocale méconnue chez un enfant. Ailleurs, elle a écarté le diagnostic de processus infectieux osseux chez 12 enfants (SO normale pour l'âge), a redressé vers une ostéoarthrite dans 3 cas, et vers une synovite aiguë transitoire dans 4 cas. La SO a une sensibilité de 92% (Vs 90% pour l'échographie). Sa VPP est de 64% et sa VPN est de 60%.

### **Conclusion**

La SO est d'un apport certain quasi-exclusif en cas de suspicion de localisations multiples ou infra-radiologiques. Ailleurs, elle a une forte sensibilité diagnostic, comparable à celle de l'échographie, pour les lésions septiques actives. Elle est alors in-

diquée si les radiographies et l'échographie sont normales et en l'absence de point d'appel clinique permettant d'orienter l'IRM.

## **P46 - Rougeole compliquée : expérience de service de pédiatrie de Kairouan**

R. LAZRAK, F. BAHRI, A. BEN TAIEB, H. MEJOUEL

**Pédiatrie Kairouan.**

### **Introduction**

La rougeole, maladie infectieuse ultra-contagieuse est en recrudescence dans le monde entier, dont la Tunisie. En l'absence de signes de sévérité, la rougeole est une maladie bénigne qui ne nécessite pas un recours à l'Hôpital. Les complications les plus sévères sont la pneumonie et l'encéphalite aiguë. Les formes compliquées sont plus fréquentes chez les enfants âgés de moins de 1 an. La multiplication des cas de rougeole déclarée actuellement dans notre pays, notamment les formes compliquées amène à prendre toutes les mesures de santé publique pour assurer la sécurité sanitaire de la population.

### **Objectifs**

Prévenir, reconnaître et prendre en charge les complications de la rougeole.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 80 cas hospitalisés au service Pédiatrie de Kairouan pour rougeole compliquée entre février et avril 2019.

### **Résultats**

93 % sont âgés de moins de 1 an. 97 % des enfants sont hospitalisés pour rougeole avec difficultés respiratoires, 3 % des cas sont hospitalisés pour rougeole avec détresse neurologique. 80 % des cas avaient une rougeole compliquée de pneumopathie dont 40 % étaient traités par ATB. 46 % des cas ont présenté une laryngite, et 85 % des cas ont présenté une conjonctivite. L'évolution a été favorable dans 91 % des cas. La durée d'hospitalisation a été en moyenne de 8 jours. 15 cas ont nécessité une assistance ventilatoire : 9 cas de ventilation mécanique et 12 cas de ventilation non invasive. L'évolution a été fatale pour 6 cas, dont 4 cas sont décé-

dés par SDRA dont l'un avait un déficit immunitaire, et 2 cas dans un tableau de défaillance multi-viscérale avec hépatite aigüe fulminantes. Les enfants infectés par le virus de la rougeole peuvent ne présenter qu'une maladie bénigne avec peu de symptômes. D'autres enfants peuvent présenter une rougeole grave et compliquée, assortie de symptômes plus manifestes. Les enfants les plus exposés à la rougeole grave et compliquée sont les plus jeunes, en particulier les enfants de moins de un an. La pneumopathie est la complication la plus fréquente et peut être fatale.

### **Conclusion**

Malgré une évolution le plus souvent spontanément favorable, la rougeole peut être mal tolérée même en l'absence de complications, et requiert un taux d'hospitalisation non négligeable. Le seul moyen de s'en protéger reste d'une couverture vaccinale optimale.

## **P47 - Complications pulmonaires de la Rougeole**

I. TRABELSI<sup>1</sup>, T. LAMOUCHE<sup>1</sup>, I. BELHADJ<sup>1</sup>, A. BOUANI<sup>1</sup>, F. KHALSI<sup>1</sup>, K. BOUSSETTA<sup>1</sup>

**1- Service Médecine Infantile B**

### **Introduction**

Les pneumopathies sont une complication fréquente et parfois grave de la rougeole. Elles représentent la cause la plus fréquente de mortalité dans cette maladie, responsable de près de 60% des décès (1,2). L'atteinte pulmonaire peut être en rapport avec le virus de la rougeole lui-même, à une surinfection par un autre virus en l'occurrence les Adénovirus et le HSV, ou à une surinfection bactérienne. Chez le nourrisson le tableau clinique peut être celui d'une bronchiolite. La sévérité du tableau clinique n'est pas toujours corrélée aux anomalies radiologiques. Toutes les atteintes sont possibles : un syndrome bronchique avec épaissement de la trame bronchique ; un syndrome alvéolaire ou un syndrome interstitiel avec des images réticulo-nodulaires diffuses.

### **Objectifs**

Rapporter les complications pulmonaires observées au cours de la dernière épidémie de rougeole

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude prospective de 16 cas colligés entre le mois de janvier 2019 et avril 2019 au service de pédiatrie B de l'hôpital d'enfant. Dans 7 cas le diagnostic est confirmé par une sérologie rougeole positive, dans 4 cas il est retenu devant un contage intra-hospitalier, et les sérologies des 5 derniers patients est en cours.

## **Résultats**

Il s'agissait de 4 filles et 12 garçons. Ils étaient tous des nourrissons non vaccinés contre la rougeole avec un âge moyen de 8,14 mois (3mois ; 13mois). Quatre nourrissons seulement étaient âgés de plus que 9mois. Le motif d'admission était une fièvre éruptive avec dyspnée dans 9 cas et une dyspnée fébrile dans 7 cas avec une éruption cutanée morbiliforme apparue au cours de l'hospitalisation, parmi lesquels 4 ont eu un contage en intra-hospitalier. L'atteinte respiratoire était modérée à légère mais trainante chez deux nourrissons qui n'ont nécessité que de l'oxygénothérapie par lunettes nasales simples et modérée à sévère chez le reste des patients. Quatre nourrissons ont présenté un SDRA avec séjour en réanimation de 5,5 jours en moyenne (4 ; 7 jours). Ils étaient intubés durant 2 à 6 jours. Parmi ces 4 patients 3 étaient sans antécédents pathologiques et un était un nourrisson de 3mois aux antécédents de grande prématurité. Les autres nourrissons ont été mis sous lunettes à haut débit durant une moyenne de 9,6 jours (3 jours ; 25 jours). A noter que la quasi totalité de ces nourrissons étaient sans antécédents pathologiques notables en dehors de 3 patients aux antécédents de grande prématurité pour l'un et de cardiopathie congénitale pour les deux autres. Les atteintes radiologiques étaient : un syndrome réticulo-nodulaire dans 8 cas ; un syndrome alvéolaire dans 10 cas et un syndrome bronchique dans 8 cas. Les 4 patients transférés en réanimation avaient tous un syndrome alvéolaire avec atteinte bilatérale. On a noté également que les patients ayant une atteinte principalement interstitielle avaient une évolution moins grave mais plus trainante avec une toux et une dyspnée légère persistante au-delà d'un mois de l'évolution. Une surinfection bactérienne était retenue chez 10 de ces nourrissons avec confirmation bactériologique dans 2 cas et devant un SIB marqué (CRP>100mg/L) chez les autres patients. Le germe retrouvé était un H. Influenzae dans les 2 cas. L'évolution était bonne sous une antibiothérapie de 7 ou 10 jours. Cinq patients étaient mis sous C3G, dont les 4 ayant séjourné au service de réanimation et les autres ont bien évolué sous Amoxicilline + Acide Clavulanique.

## **Conclusion**

Dans le contexte épidémique actuel il est important de reconnaître le tableau cli-

nique de la rougeole et ses complications, en l'occurrence respiratoires. L'atteinte respiratoire au cours de la rougeole est polymorphe aussi bien sur le plan clinique que radiologique. Elle peut être sévère en dehors de toutes co-morbidités. Une prise en charge précoce et adéquate peut améliorer le pronostic. L'intérêt d'une antibiothérapie systématique n'est pas établi mais il est important de rechercher et de traiter les surinfections bactériennes. L'intérêt de la vaccination à 9 mois est à discuter devant la recrudescence des cas de rougeole compliquées d'atteintes pulmonaires sévères.

## **P48 - Etiologies des fièvres non palustre en pédiatrie au CHU de Bouake (Côte d'Ivoire)**

KV. ASSE<sup>1</sup>, AH. AKA-TANO<sup>2</sup>, C. AVI<sup>3</sup>, KR. YEBOUA<sup>4</sup>, A. TRAORE<sup>5</sup>, KC. YAO<sup>3</sup>, LR. ADOU<sup>7</sup>, IA. AKANJI<sup>7</sup>, JM. KARIDIOULA<sup>7</sup>, KJ. PLO<sup>7</sup>, GC. AKOUA-KOFFI<sup>7</sup>,

- 1- Pédiatrie CHU de Bouaké \_ Côte d'Ivoire
- 2- Pédiatrie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire
- 3- Pédiatrie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire
- 4- Pédiatrie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire
- 5- Bactériologie CHU de Bouaké , Côte d'Ivoire
- 6- Pédiatrie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire
- 7- Bactériologie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

### **Introduction**

La fièvre aiguë est un motif fréquent de consultation en pédiatrie. Elle pose au pédiatre un problème de diagnostic étiologique dans notre contexte lorsque l'examen clinique est pauvre et le paludisme infirmé.

### **Objectifs**

Identifier les agents infectieux responsables de la fièvre aiguë non palustre chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive allant de mars 2018 à mars 2019. Elle s'est déroulée dans le service de pédiatrie du CHU de Bouaké. Etaient inclus tout enfant présentant une fièvre évoluant depuis moins d'une semaine sans cause apparente après examen clinique et test du paludisme négatif.

## Résultats

Au total 246 patients inclus dont 145 garçons et 101 filles. Les enfants de moins de 5 ans représentaient 86% et 94% des patients enrôlés résidaient à Bouaké. Les principaux signes associés à la fièvre étaient la douleur abdominale (32%), la toux (28%) et les signes neurologiques (6%). Les hémocultures réalisées chez 215 patients avaient une positivité de 33%. Les germes identifiés étaient : Staphylococcus coagulase négative (38%), Klebsiella ozonoae (25%) et Salmonella spp. (19%). La biologie moléculaire réalisée sur 11 échantillons a permis d'isoler Epstein Barr Virus (4 cas), Entérovirus (3 cas), Hépatite B virus (2 cas), Streptococcus pneumoniae (1 cas), Klebsiella pneumoniae (1 cas).

## Conclusion

Les agents infectieux responsables des fièvres aiguës non palustres sont variés et dominés par le Staphylococcus coagulase négative, Klebsiella Ozonoae et Salmonella spp. Ces résultats soulèvent le problème du respect scrupuleux des mesures d'hygiène au cours des soins. Mots clés : Fièvre aiguë non palustre, Enfant, Hémoculture, Côte d'Ivoire

## **P49 - Erythème polymorphe post infectieux atypique chez une enfant: à propos d'une observation**

M. TAAMLI, H. BESBES, N. BRINI, E. SFAR, A. LACHHAB, R. HADJ SALEM, L. GHEDIRA, CH. BEN MERIEM, CH. CHOUCANE, S. CHOUCANE

Service de pédiatrie, Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir

### Introduction

L'érythème polymorphe (EP) est une maladie caractérisée par une atteinte bulleuse cutanéomuqueuse aiguë. Les infections sont les principales causes déclenchantes connues, en particulier l'herpès, dans plus de 50 % des cas et le mycoplasme pneumoniae. La lésion élémentaire est la coccarde mais des formes atypiques très inflammatoires ou très bulleuses, à prédominance muqueuse, ou récurrentes doivent être connues. Deux formes d'EP sont à distinguer : l'une mineure, dont les symptômes sont peu invalidants, l'autre majeure, comporte une atteinte cutanée et muqueuse buccale et/ou génitale, et peut entraîner une altération de l'état général.

## **Observation**

Il s'agit d'un enfant âgé de 11 ans sans antécédents pathologiques notables admis pour fièvre, toux grasse et lésions cutanées. L'histoire remonte à 5 jours marquée par l'installation d'une toux et fièvre pour lesquels l'enfant a reçu amoxicilline-acide clavulanique, AINS et paracétamol. Trois jours après apparition de lésions maculopapuleuses et bulleuses annulaires bien limitées ayant un aspect en cocarde à centre nécrotique ou bulleux de 0.5 à 2 cm de diamètre au niveau de la face dorsale des deux mains, faces d'extension des deux membres inférieurs, le visage avec quelques lésions au niveau du dos et de l'abdomen. La cavité buccale était le siège d'érosions très douloureuses des lèvres, gencives avec un enduit blanchâtre du palais et la face interne des deux joues limitant l'ouverture de la cavité buccale et entravant l'alimentation. L'enfant était fébrile à 39°C avec altération de l'état général. Sur le plan respiratoire il avait un encombrement bronchique très marqué avec des expectorations abondantes et verdâtres. La saturation en oxygène était correcte à l'air ambiant. L' NFS a montré une hyperleucocytose à prédominance PNN, la CRP à 59 le reste du bilan était sans anomalies. La radio thorax a révélé des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales. Le diagnostic d'érythème polymorphe secondaire à une infection à mycoplasme ou d'origine médicamenteuse (AINS et pénicilline) a été fortement suspecté. La conduite était de mettre l'enfant sous macrolide corticoïde crème, prednisolone en bain de bouche. La PCR mycoplasme pneumoniae revenue positive. L'évolution était favorable avec cicatrisation des lésions et nette amélioration de l'état général.

## **Conclusion**

L'EP post-infectieux est une dermatose peu fréquente qui peut être grave, notamment chez le petit enfant en cas d'atteinte muqueuse. Son diagnostic est clinique et souvent posé par excès notamment devant une urticaire polymorphe. La maladie de Kawasaki et la nécrolyse épidermique toxique, de pronostic plus sévère, doivent

## **P50 - Infection à mycoplasme pneumoniae, syndrome de Stevens Johnson ou maladie de Kawasaki chez un enfant : quel est le diagnostic à retenir ? à propos d'une observation**

A. LACHHAB, H. BESBES, F. BOUDAYA, N. BRINI, E. SFAR E, L.GHEDIRA,  
CH. BEN MERIEM, CH. CHOUCANE, S. CHOUCANE

**Service de pédiatrie de CHU Fattouma Bourguiba Monastir**

### **Introduction**

La mucosité induite par le mycoplasme pneumoniae (MIMP) est une nouvelle entité récemment décrite englobant une atteinte cutanée et muqueuse secondaire à ce germe. Cette entité pourrait être confondue avec le syndrome de Stevens Johnson, et parfois avec la maladie de Kawasaki. Nous rapportons une observation illustrant la difficulté diagnostique en présence d'éléments cliniques compatibles avec ces trois maladies.

### **Observation**

Un garçon âgé de 8 ans est admis pour stomatite érosive, dysphagie et fièvre. Aux antécédents familiaux, le frère aîné a été hospitalisé à l'âge de 4 ans pour maladie de Kawasaki d'évolution favorable. L'enfant présentait une éruption maculopapuleuse au niveau des avant-bras, des lésions vésiculeuses infra-centimétriques dispersées au niveau des jambes et de l'abdomen. Les phalanges distales des doigts et des orteils étaient boudinées tuméfiées et purpuriques. Les deux oreilles oedematisées sensibles à la palpation et le pavillon de l'oreille droit était le siège d'un décollement cutané. L'examen génital a objectivé une lésion érythémateuse squameuse circonscrite au niveau du gland. L'examen ophtalmologique a objectivé un syblépharon de l'œil gauche avec une conjonctivite bilatérale. A noter que l'enfant a reçu l'Amoxicilline et l'Acide Clavulanique 4 jours avant son admission. A la biologie, un syndrome inflammatoire, une légère cytolyse hépatique (ASAT à 2 fois la normale et ALAT 5 fois la normale). A la radiographie de thorax un aspect évocateur d'une pneumonie gauche. L'enfant a reçu érythromicine IV pendant 3 jours relayé par Azithromycine. Il a reçu aussi une cure d'Immunoglobulines. Devant l'aggravation des signes cliniques, une corticothérapie par voie générale a été ajoutée. L'échocardiogramme et l'échocardiographie étaient sans anomalies. L'évolution était marquée par l'apparition d'un ictère franc verdâtre à j 4 d'hospitalisation. La biologie était en faveur d'une cholestase intra-hépatique. Les sérologies e l'hépatite A,B et

C étaient négatives. A J 11 d'hospitalisation le patient a présenté une desquamation des extrémités. La sérologie Mycoplasme pneumoniae a montré des IgM négatives.

### **Conclusion**

Les frontières floues entre ces trois maladies suggère la possibilité de l'implication génétique et immunitaire. En raison de l'enjeu pronostique, la suspicion de la maladie de Kawasaki doit indiquer une cure d'Immunoglobulines polyvalentes. Selon certains auteurs, cette cure pourrait être bénéfique dans le Stevens Johnson et en cas de MIMP.

## **P51 - Lyse Osseuse Multifocale: Piège Diagnostique !**

E. JBEBLI<sup>1</sup>, S. SEGHAIER<sup>1</sup>, R. AMDOUNI<sup>1</sup>, S. RHAYEM<sup>1</sup>, S. HADDAD<sup>1</sup>), F. FEDHILA<sup>1</sup>, M. KHEMIRI<sup>1</sup>

1- Service De Médecine Infantile A, Hôpital D'enfant Béchir Hamza De Tunis

### **Introduction**

La tuberculose est un vrai problème de santé publique en Tunisie où elle sévit de manière endémique. La localisation ostéo-articulaire reste rare mais grave pouvant aboutir à une invalidité souvent définitive. La confirmation du diagnostic n'est pas toujours facile.

### **Objectifs**

L'objectif de ce travail était de souligner les difficultés diagnostiques devant une présentation rare et atypique d'une tuberculose osseuse multifocale.

### **Matériel et méthodes**

A travers l'observation d'un enfant pris en charge au service de médecine infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis, on va souligner les difficultés diagnostiques d'une tuberculose multifocale en pédiatrie.

### **Résultats**

Observation: Il s'agit d'un garçon âgé de 4 ans, sans antécédents pathologiques, ni notion de contagement tuberculeux ou de consommation de lait cru. Il a été admis pour exploration d'une boiterie gauche. La symptomatologie remontait à une année marquée par une boiterie gauche récidivante. Les épisodes algiques étaient associés à

une fièvre ondulante sans sueurs nocturnes, ni amaigrissement, ni traumatisme. Cette symptomatologie a nécessité l'hospitalisation dans un service d'orthopédie à 3 reprises devant la forte suspicion d'une arthrite septique. Ce diagnostic a été alors éliminé devant un examen clinique strictement normal, l'absence d'un syndrome inflammatoire biologique et les radiographies standards revenues sans anomalies. Devant l'aggravation de la douleur, il nous a été adressé pour exploration. Les examens cliniques et biologiques étaient pauvres ne permettant aucune orientation étiologique. La scintigraphie osseuse demandée de deuxième intention avait conclu à des lésions lytiques étendues au niveau de l'extrémité supérieure fémorale gauche, de l'aile iliaque droite et au niveau de toute la mandibule gauche. Ces lésions étaient plutôt évocatrices d'une pathologie maligne ou d'une histiocytose langerhansienne mais les explorations étaient négatives (frottis sanguin, myélogramme, limagerie thoraco-abdomino-pelvienne, le dosage des catécholamines et radiographie du crâne). Le recours à une biopsie osseuse était indispensable dans le but d'éliminer une tumeur osseuse primitive et a conclu à une tuberculose osseuse. L'évolution sous traitement anti-tuberculeux était marquée par l'amélioration des douleurs mais la persistance des lacunes osseuses.

### **Conclusion**

La tuberculose ostéo-articulaire est de diagnostic difficile devant l'absence de spécificité clinique et radiologique. Le recours à un geste invasif est parfois indispensable pour la certitude diagnostique et pour ne pas retarder la prise en charge thérapeutique.

## **P52 -Syndrome de Pseudo-Bartter: forme révélatrice de mucoviscidose**

F. KHALSI<sup>1</sup>, S. JAOUHARI<sup>1</sup>, I. BELHADJ<sup>1</sup>, I. TRABELSI<sup>1</sup>, F. TINSA S. HAMOUDA<sup>1</sup>, K. BOUSSETTA<sup>1</sup>

**1- Service Médecine Infantile B**

### **Introduction**

Le syndrome de pseudo-Bartter décrit une complication inhabituelle de la mucoviscidose entraînant une alcalose métabolique hypokaliémique et hypochlorémique. Ce syndrome comme manifestation inaugurale d'une mucoviscidose est rare.

## **Objectifs**

Nous rapportons l'étude clinique, biochimique et génétique d'enfants présentant un syndrome de pseudo-Bartter comme manifestation inaugurale d'une mucoviscidose

## **Matériel et méthodes**

L'étude des 27 exons du gène CFTR a été réalisée par séquençage direct. L'analyse des polymorphismes TGmTn et M470V a été également réalisée par séquençage. Deux tests de la sueur étaient exigés par iontophorèse à la pilocarpine et étaient pathologiques avec des concentrations en chlorures minimales de 60 mmol/l.

## **Résultats**

Cinq cas parmi 40 cas de mucoviscidose ont été diagnostiqués à l'occasion d'un syndrome de pseudo-Bartter inaugural. Le tableau clinique était une diarrhée avec déshydratation. L'âge moyen de nos patients, tous de sexe masculin, étaient de 14 mois (4mois-8 ans). Une hypokaliémie avec hypochlorémie et alcalose ont été retrouvées chez tous nos patients. Le traitement était symptomatique avec réhydratation et correction des troubles ioniques. Le diagnostic de mucoviscidose a été confirmé par un test de la sueur et biologie moléculaire. Différentes mutations ont été observées chez nos patients : F508del homozygote (n=2), 711+G>T/IVS8-5T, G542X/F508del (n=2). Le syndrome de pseudo-Bartter comme seule et unique manifestation de la mucoviscidose était décrit chez l'enfant porteur de la mutation 711+1G>T/IVS8-5T.

## **Conclusion**

Le syndrome de pseudo-Bartter est une complication rare de la mucoviscidose surtout en période estivale et qui peut être sa manifestation inaugurale. Un test de la sueur doit être pratiqué en cas de déshydratation associée à une alcalose hypochlorémique hypokaliémique sans atteinte rénale primaire. Une corrélation moléculaire spécifique de ce mode de révélation de la mucoviscidose n'a pas été retrouvée. Le rôle de l'allèle TG11-5T-V470 dans les cas de mucoviscidose

## **P53 - Néphrite bactérienne focale chez l'enfant : forme inhabituelle de pyélonéphrite aigue**

N. BRINI<sup>1</sup>, H. BESBES<sup>2</sup>, M. TAAML<sup>1</sup>, R. HADJ SALEM<sup>1</sup>, L. GHEDIRA<sup>1</sup>, C. BEN MERIEM<sup>1</sup>, C. CHOUCANE<sup>1</sup>, S. CHOUCANE<sup>1</sup>

**1- Pédiatrie Fattouma Bourguiba Monastir**

**2- Pédiatrie Fattouma bourguiba Monastir**

### **Introduction**

La néphrite bactérienne focale (NBF) est une lésion infectieuse aigue non collectée au niveau du parenchyme rénal, se manifestant sous forme de pyélonéphrite focale aigue (PNA). Cette entité n'a été individualisée que récemment par Rosenfield en 1979. Le tableau clinique n'est pas spécifique, d'où les enfants atteints sont souvent traités initialement en tant que PNA, ce qui est responsable d'un taux élevé de séquelles parenchymateuses.

### **Objectifs**

Etudier les facteurs de risque, les différentes formes cliniques et les moyens diagnostiques et thérapeutiques de la NBF chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive portant sur tous les enfants ayant été hospitalisés au service de pédiatrie Fattouma Bourguiba Monastir pour NBF pendant les 10 dernières années. Au total, il s'agit de 16 cas, dont nous avons éliminé un cas vu qu'il présentait un abcès rénal en association à la NBF, et 2 autres pour perte de dossiers.

### **Résultats**

Notre étude concernait 2 garçons et 11 filles avec un sex-ratio de 0,18. Nos patients avaient un âge moyen de 3 ans et demi. Six patients étaient des nourrissons (âge <2ans). La fièvre était un symptôme constant chez tous nos patients avec une durée moyenne de 4,5 jours avant toute antibiothérapie, alors que les nausées/ vomissements n'étaient notés que chez un patient sur quatre. Les lombalgies et/ou les signes urinaire bas était rapportés par la moitié des enfants (ayant un âge >2ans). Trente pour cent des patients avaient des antécédents d'infection urinaire récidivante. Une

uropathie malformative était objectivée chez 2 patients. Trois patients avaient reçu une antibiothérapie récente. Le syndrome inflammatoire biologique était constant ; avec une valeur moyenne de CRP à 208 et une hyperleucocytose à 16000 en moyenne. Escherichia coli sensible était le germe responsable dans les deux tiers des cas. Le diagnostic était porté par l'échographie rénale dans tous les cas, et vérifié par urosctanner chez 2 patients. Le traitement était une bithérapie intraveineuse; céfotaxime (150-200 mg/kg/j) et aminoside. Un switch par ertapénème était fait chez 2 enfants pour identification d'un germe BLSE. La durée moyenne d'antibiothérapie était de 20 jours.

### **Conclusion**

Le diagnostic de NBF doit être évoqué chez tout enfant traité pour PNA, avec persistance de la fièvre et aggravation biologique malgré une antibiothérapie orale. L'échographie rénale est un moyen diagnostique incontournable. Le traitement repose l'antibiothérapie à forte dose, adaptée aux résultats de l'antibiogramme, pendant 3-6 semaines.

## **P54 - Syndrome Hémolytique et Urémique post infectieux : A propos de 19 cas**

A. BOUSSETTA, H. CHARFI, N. KHARBECH, D. LOUATI, M. JELLOULI, T. GARGAH

Service de pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

### **Introduction**

Le syndrome hémolytique et urémique (SHU) post infectieux est une pathologie rare mais grave Il constitue la principale cause d'insuffisance rénale aigue chez les enfants de moins de trois ans. Le but de notre étude est de décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif du SHU post infectieux chez nos malades.

### **Matériels et Méthodes**

Etude rétrospective au service de Pédiatrie de l'Hôpital Charles Nicolle, Tunis sur une période de 22 ans (Janvier 1996-Décembre 2018).

## **Résultats**

Dix-neuf cas de SHU post infectieux ont été colligés dont 15 cas de SHU post diarrhéique et 4 cas de SHU post pneumococcique. L'âge moyen était de 34,21 mois (2 mois-144 mois). La durée moyenne d'évolution avant le diagnostic était de 7 jours. La durée moyenne d'oligurie était de quatre jours (0 – 15 jours). Treize patients ont nécessité une dialyse péritonéale. Les échanges plasmatiques ont été essayés dans un seul cas de SHU post diarrhéique. Dix-sept patients (84,2%) avait une Hypertension artérielle (HTA) à l'admission, compliquée de PRESS syndrome dans 4 cas et d'hémorragie rétinienne dans un cas. Un AVC ischémique a compliqué un SHU post diarrhéique dans un cas. Après un recul moyen de 6 ans, 10 de nos patients ont évolué vers une insuffisance rénale chronique (52,6%). Quatre (21,1 %) ont développé une insuffisance rénale terminale dont 3 sont décédés. Une HTA et une protéinurie séquelle ont été retrouvées respectivement chez 1 et 2 patients.

## **Conclusion**

Le SHU post infectieux est une maladie rare pouvant être sévère. La surveillance doit être prolongée vu le risque d'évolution vers l'insuffisance rénale chronique.

## **P55 - Aspects démographiques des hyperoxaluries primitives : une série Tunisienne**

A. BOUSSETTA, A. KHELIFI, H. KAMMOUN, M. FERJANI, M. JELLOULI, T. GARGAH

Service de pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

### **Introduction**

Les hyperoxaluries primitives (HP) sont des maladies aussi rares que graves de transmission autosomique récessive. Elles sont fréquentes en Tunisie du fait d'un taux de consanguinité élevé. Le but de cette étude est d'étudier les aspects démographiques de de cette pathologie

### **Matériels et méthodes**

Etude rétrospective sur 23 ans (1996-2018) à partir des dossiers des malades suivis pour HP.

## Résultats

Au total, 66 cas ont été inclus dans notre étude, il s'agissait de 31 garçons et de 35 filles (sex-ratio 0,88). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 5 ans (extrêmes : 2 mois-17 ans). La majorité de nos patients était originaire du nord de la Tunisie 37,8% majoritairement du gouvernorat de Siliana dans 12 cas, et du gouvernorat de Bizerte dans 5 cas. Le centre et le sud du pays étaient représentés dans respectivement 22,7% et 28,7% des cas. Une consanguinité a été notée dans 51,5% des cas, elle était de 1er degré dans 34,8% des cas.

## Conclusions

Les HP sont un groupe de maladies graves menaçant toujours le pronostic rénal et peut mettre en jeu le pronostic vital. Leur fréquence en Tunisie impose l'établissement d'un registre national.

## P56 - La Cystinose dans sa forme néphropathique infantile : intérêt des manifestations ophtalmologiques.

N. BALHOUDI<sup>1</sup>, R. KEBAILI<sup>1</sup>, M. BARKA<sup>1</sup>, A. TEJ<sup>1</sup>, S. TILOUCHE<sup>1</sup>, J. BOUGUILA<sup>1</sup>, L. BOUGHAMOURA<sup>1</sup>

### 1- Pédiatrie Farhat Hached

#### Introduction

La cystinose est une maladie métabolique rare, liée à l'accumulation de cystine dans les lysosomes de la plupart des cellules de l'organisme, causant des dommages sévères surtout au niveau des reins et des yeux. Le diagnostic repose sur le dosage de cystine intra leucocytaire et l'identification de la mutation en cause au niveau du gène CTNS. Or, ces deux méthodes de diagnostic ne sont pas facilement disponibles.

#### Objectifs

Le but de cette observation est de révéler les manifestations cliniques, biologiques et de souligner l'intérêt de rechercher des manifestations ophtalmologiques dans le diagnostic de cystinose dans sa forme néphropathique infantile.

## **Matériel et méthodes**

Etude à propos d'un cas

### **Résultats**

Nous rapportons le cas d'une fille âgée actuellement de 5 ans, issue des parents consanguins avec notion de décès en bas âge dans la famille. Elle était hospitalisée à plusieurs reprises dès les premiers mois de vie pour des épisodes de déshydratation avec polyurie et retard staturo-pondéral harmonieux. Les bilans biologiques ont objectivé une acidose métabolique, une tubulopathie proximale ainsi qu'une insuffisance rénale organique d'aggravation progressive. L'échographie rénale était normale. L'examen ophtalmologique initial était normal. Devant l'association d'une tubulopathie proximale avec une insuffisance rénale chronique, le diagnostic de cystinose était fortement probable, mais le dosage de cystine intra leucocytaire n'a pas pu être réalisé. L'enfant était mise sous traitement conservateur de l'insuffisance rénale avec hyperhydratation orale et alcalinisation. Un examen ophtalmologique refait à l'âge de 1 an 7mois a montré un aspect en poivre et sel évoquant une rétinopathie pigmentaire. Deux ans après, un autre examen ophtalmologique a objectivé un aspect de dépôts cornéens de cystine et le diagnostic de cystinose a été retenu avec certitude. L'enfant a été mise sous cystéamine par voie systémique et gouttes oculaires avec stabilisation de la fonction rénale (clairance de créatinine à 30ml/min/1,73m<sup>2</sup>).

### **Conclusion**

La cystinose est une maladie lysosomiale rare et sévère dont le diagnostic en Tunisie reste difficile et se base sur la clinique, la biologie avec des particularités ophtalmologiques qui apparaissent au cours de l'évolution.

## **P57 - La cystinose infantile : à propos de quatre cas**

M. BEN YOUSSEF<sup>1</sup>, A. WERDANI<sup>1</sup>, S. WANNES<sup>1</sup>, N. JAMMELI<sup>1</sup>, R. BOUSSOUFFARA<sup>1</sup>, B. MAHJOUB<sup>1</sup>

Service de pédiatrie Hôpital de Mahdia (1)

### **Introduction**

La cystinose est une maladie métabolique rare à transmission autosomique récessive.

Elle est liée à l'accumulation de cystine dans les lysosomes de la plupart des cellules de l'organisme. La forme infantile se manifeste par un syndrome polyuro-polydip-sique avec un retard de croissance staturo-pondérale. La maladie évolue progressi-vement vers l'insuffisance rénale terminale.

### **Objectifs**

étudier les circonstances de découverte, les manifestations cliniques et les formes évolutives de la cystinose infantile à travers quatre observations colligées dans le service de pédiatrie de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia

### **Matériel et méthodes**

#### **Résultats**

Il s'agit de trois garçons et une fille dont l'âge moyen est de 11 mois. La présenta-tion clinique initiale est dominée par une tubulopathie proximale, présente dans tous les cas, avec glycosurie, protéinurie, perte de bicarbonates, de phosphore, de potassium, de sodium et de calcium. Elle est associée à une cassure de la courbe de croissance chez les 4 enfants. L'insuffisance rénale chronique est présente au cours de l'évolution chez 3 patients. Une hypothyroïdie est notée dans 2 cas. L'examen à la lampe à fente a montré des dépôts cornéens typiques chez tous nos patients, confirmant ainsi le diagnostic. Le dosage de cystine intra leucocytaire a été réalisé chez tous les patients montrant des taux aux alentours de 13  $\mu\text{mol}$  de  $\frac{1}{2}$  cystine par 100 g de protéine. Le traitement par cystéamine n'a pu être instauré que chez un enfant.

#### **Conclusion**

La cystinose est une maladie grave qui évolue inéluctablement vers l'insuffisance rénale chronique terminale, d'où l'intérêt d'un diagnostic anténatal et d'un conseil génétique. Le traitement par cystéamine retarde l'évolution vers l'insuffisance ré-nale terminale qui se fait spontanément entre 6 et 12 ans, mais ne la prévient pas.

## **P 58 - Qualité de vie des enfants en insuffisance rénale terminale**

S. BOUGUERRA<sup>1</sup>, M. JELLOULI<sup>1</sup>, A. BOUSSETTA<sup>1</sup>, T. GARGAH<sup>2</sup>,

**1- Néphrologie Pédiatrique Charles Nicolle**

**2- Néphrologie Pédiatrique Charles Nicolle**

### **Introduction**

L'insuffisance rénale terminale (IRT) impose l'enfant ainsi que sa famille à des changements brutaux, pénibles et coûteux. C'est pourquoi, la prise en charge des enfants dialysés doit se base sur l'évaluation de la qualité de vie (QDV).

### **Objectifs**

Evaluer la QDV des enfants en IRT sur plusieurs axes en milieu hospitalier et évaluer la perception des parents concernant la QDV de leur enfant.

### **Matériel et méthodes**

Etude transversale, prospective réalisée au service de néphrologie pédiatrique à l'hôpital Charles Nicolle auprès des enfants âgés de 8 à 18 ans, réalisée durant le mois janvier 2018. Trente enfants en IRT ont répondu au questionnaire KIDSCREEN avec leurs parents. Le groupe contrôle contenait 30 enfants qui consultaient pour une pathologie aigüe

### **Résultats**

La QDV des enfants en IRT est très altérés comparativement au groupe contrôle. Il existait une différence significative aux items de l'activité physique ( $p=0,00$ ), aux items de l'état psychologique ( $p=0,00$ ), aux items du temps libre ( $p=0,00$ ), aux items des ressources financières ( $p=0,00$ ) et aux items du soutien sociale et pairs. Il n'existait aucune différence significative dans la comparaison des moyennes du score entre les enfants en dialyse péritonéale et les enfants en hémodialyse. Les parents présentaient un score très bas pour toutes les dimensions de la QDV de leurs enfants dialysés.

### **Conclusion**

Un plan d'amélioration de la QDV des enfants en IRT est très indispensable pour assurer la bonne santé et le meilleur bien-être d'un enfant sous dialyse

## **P 59 - Rein et vascularites à ANCA : à propos d'une série pédiatrique**

M. FERJANI<sup>1</sup>, D. LOUATI<sup>1</sup>, H. CHARFI<sup>1</sup>, A. BOUSSETTA<sup>1</sup>, M. JELLOULI<sup>1</sup>, T. GARGAH<sup>1</sup>,

**1- pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle**

### **Introduction**

Les vascularites associées aux ANCA sont caractérisées par une atteinte nécrosante des petits vaisseaux mettant en jeu le pronostic fonctionnel et vital. L'atteinte rénale est un signe de gravité qui impose l'intensification du traitement immunosuppresseur et qui peut évoluer vers l'insuffisance rénale terminale.

### **Objectifs**

Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'atteinte rénale au cours des vascularites à ANCA.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective au service de pédiatrie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis portant sur tous les patients ayant une vascularite à ANCA avec atteinte rénale.

### **Résultats**

Nous avons colligé 6 cas dont 4 cas de micropolyangéite et 2 cas de granulomatose avec poly angéite. L'âge au moment de diagnostic était entre 11 et 12 ans. L'insuffisance rénale rapidement progressive était la circonstance de découverte dans tous les cas. Cinq patients ont présenté une hématurie macroscopique. Une proteinurie néphrotique et une hypertension artérielle ont été présentes chez tous les patients. Un syndrome pneumo-rénal a été noté dans 4 cas. Les p ANCA étaient positifs dans 5 cas et les c ANCA dans 1 cas. La ponction biopsie rénale a été réalisée dans 5 cas. Elle a mis en évidence une glomérulonéphrite à croissants dans 2 cas, une glomérulonéphrite focale dans 1 cas, une glomérulonéphrite mixte dans 1 cas et une glomérulonéphrite scléreuse dans 1 cas. Pour la phase d'induction, nous avons eu recours à la corticothérapie et au cyclophosphamide dans tous les cas et aux échanges plasmatiques dans 2 cas. Pour la phase d'entretien nous avons eu recours aux corticoïdes et à l'azathioprine dans 2 cas. L'évolution vers l'insuffisance rénale chronique terminale était notée dans 5 cas. Une patiente a bénéficié d'une transplantation rénale. Deux patients sont décédés suite à un état de choc septique.

## **Conclusion**

L'atteinte rénale au cours des vascularites des petits vaisseaux revêt des expressions cliniques diverses. Il s'agit le plus souvent d'une glomérulonéphrite rapidement progressive, véritable urgence diagnostique et thérapeutique. La morbi-mortalité est la conséquence de manifestations multi-viscérales en particulier rénales.

## **P60 - Dyspnée chez un malade lupique: penser au Shrinking Lung syndrome**

A. KHLIFI<sup>1</sup>, O. NAIJA<sup>2</sup>, Y. HAMMI<sup>3</sup>, N. KHARBECH<sup>4</sup>, M. FERJANI<sup>2</sup>, T. GARGAH<sup>2</sup>,

1- Pédiatrie hôpital Charles Nicolle, Tunis

2- Pédiatrie hôpital Charles Nicolle Tunis

3- Pédiatrie Hôpital Charles Nicolle Tunis

4- Pédiatrie hopital Charles Nicolle Tunis

## **Introduction**

Le shrinking lung syndrome est une complication rare du lupus érythémateux systémique. Il associe une dyspnée inexpliquée, une douleur thoracique, un syndrome restrictif aux explorations fonctionnelles respiratoires avec un héli-diaphragme surélevé. Le traitement repose sur les gluco-corticoides associés aux immunosuppresseurs.

## **Objectifs**

Le but de notre étude est de rappeler une étiologie rare de dyspnée et de douleur thoracique chez l'enfant atteint de lupus érythémateux systémique ou de connectivite mixte.

## **Matériel et méthodes**

Patiente âgée de 13 ans suivie pour un syndrome de Sharp qui consulte pour une dyspnée d'effort avec douleurs thoraciques bilatérales d'allure pleurale. A l'examen clinique : diminution du murmure vésiculaire au niveau des 2 bases et diminution de l'ampliation thoracique. La radiographie du thorax était dans les limites de la normale. Les explorations fonctionnelles respiratoires montrent un syndrome restrictif sévère. A la TDM thoracique : pas de signes de pneumopathie interstitielle diffuse. A l'échocoeur : pas de cardiomyopathie, péricarde sec. A l'échographie diaphragmatique : pas de signes de paralysie diaphragmatique, EMG des nerfs phréniques : asymétrie avec diminution de l'amplitude du nerf phrénique droit. Le diag-

nostic de Shrinking Lung syndrome a été retenu et la patiente a été mise sous Aza-thioprine : 2 mg /kg/ j associée à une corticothérapie : 1 mg/kg/j avec amélioration clinique nette.

### **Résultats**

Le shrinking lung syndrome ou syndrome du poumon rétréci est une entité rare qu'on doit évoquer chez tout enfant atteint de lupus érythémateux systémique ou de connectivite mixte

### **Conclusion**

Le shrinking lung syndrome est un diagnostic rare qu'on doit évoquer chez tout patient atteint d'un LES ou d'une connectivite mixte et qui se présente avec un tableau de dyspnée d'effort avec un syndrome restrictif aux explorations fonctionnelles respiratoires.

## **P61 - Néphrocalcinose et insuffisance rénale au cours du syndrome de Lesch – Nyhan :à propos d'un cas**

M. FERJANI<sup>1</sup>, S. BOUGUERRA<sup>1</sup>, A. KHLIFI<sup>1</sup>, Y. HAMMI<sup>1</sup>, M. JELLOULI<sup>1</sup>, T. GARGAH<sup>1</sup>,

1- Service de pédiatrie,Hôpital Charles Nicolle

### **Introduction**

Le syndrome de Lesch – Nyhan est une maladie héréditaire rare liée à une erreur innée du métabolisme des purines liée à l'X, due à une déficience de l'enzyme "hypoxanthine-guanine phosphoribosyl transférase".Ce syndrome peut être associé à d'autres anomalies notamment rénales mais de façon rare.

### **Objectifs**

Notre objectif est de décrire une association rare entre un syndrome de Lesch-Nyhan et une néphrocalcinose compliquée d'insuffisance rénale.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons le cas d'un enfant suivi au service de pédiatrie de l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis pour un syndrome de Lesch –Nyhan associé à une néphrocalcinose avec insuffisance rénale.

## Résultats

Il s'agissait d'un enfant âgé de 5 ans issu d'un mariage consanguin. Il était suivi depuis l'âge de 6 mois pour un retard psychomoteur avec une IRM cérébrale normale. Il était adressé au service de néphrologie pédiatrique pour prise en charge d'une néphrocalcinose découverte à la suite d'exploration de douleurs abdominales. L'entretien initial avait confirmé le retard mental et révélé des troubles de comportement à type d'automutilation. L'examen neurologique avait trouvé une hypertonie avec spasticité des 4 membres, une hypotonie axiale et une amyotrophie. Les réflexes tendineux étaient vifs et le réflexe de Babinski était positif en bilatéral avec signe de Rossolimo. L'examen abdominal était normal. Le diagnostic de syndrome de Lesch-Nyhan a été suspecté et un bilan demandé avait révélé une hyper uricémie à 526  $\mu\text{mol/l}$  avec une hyperuraturie très importante. Un prélèvement sanguin pour étude génétique avait donc été prélevé pour confirmer le diagnostic de ce syndrome. L'échographie rénale refaite avait montré une néphrocalcinose bilatérale. A la biologie la créatinine était à 58  $\mu\text{mol/l}$  soit une clairance à 71,11  $\text{ml/min/1,73m}^2\text{SC}$ . L'enfant était mis sous une hyperhydratation, allopurinol et alcalinisation des urines par du sérum bicarbonaté. Une prise en charge par un pédopsychiatre était entamée et il avait été mis sous neuroleptiques et antidépresseurs tricycliques. Au cours du suivi et sous traitement, la fonction rénale était restée stable ainsi que les lésions de néphrocalcinose.

## Conclusion

Le syndrome de Lesch-Nyhan associé à une néphrocalcinose avec une insuffisance rénale est rarement décrit chez l'enfant. La prise en charge est difficile et doit retarder l'évolution vers l'insuffisance rénale terminale.

## 62 - Prise en charge de bronchiolites néonatales sévères dans un service de pédiatrie générale

A. BEN ZINA, R. BEN RABEH, S. YAHYAOUÏ, O. BOUYAHIA, S. MRAD, S. BOUKTHIR

Service de pédiatrie C Hôpital Béchir Hamza

### Introduction

la bronchiolite est une pathologie respiratoire virale qui pourrait être grave chez les nouveau-nés. Son traitement est purement symptomatique. L'utilisation des lunettes

nasales à haut débit (LNHD) est d'un grand apport dans la prise en charge des formes sévères.

### **Objectifs**

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives ainsi que la prise en charge des bronchiolites néonatales sévères dans un service de pédiatrie générale.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle menée au service de pédiatrie C de l'hôpital Bechir Hamza sur une période de 3 mois (janvier 2019- Mars 2019).

### **Résultats**

Nous avons colligé 30 nouveau-nés avec un âge moyen de 15 jours avec des extrêmes entre 6 et 27 jours. Une prédominance féminine a été notée avec un sexe ratio égal 1.9. Aucun antécédent de prématurité, de détresse respiratoire néonatale ou de cardiopathie congénitale n'a été noté. Sur le plan clinique, 7 patients étaient fébriles, 10 étaient geignards et 4 étaient cyanosés. La fréquence respiratoire médiane était 78 cycles/min. les signes de lutte étaient marqués dans tous les cas avec un balancement thoraco-abdominal dans 4 cas. La saturation médiane en O<sub>2</sub> à l'air ambiant était de 87%. Sur le plan thérapeutique, 2 patients ont été d'emblée transférés en réanimation, 15 ont été mis d'emblée sous O<sub>2</sub> par LNHD, 6 ont été secondairement mis sous LNHD après un délai médian de 26 heures et 6 n'ont nécessité que l'oxygénothérapie conventionnelle. Le débit médian de l'O<sub>2</sub> des LNHD était de 6 l/min. la durée moyenne de la perfusion intraveineuse était de 3 jours. 5 autres patients ont été transférés secondairement en réanimation vu la non réponse aux LNHD après une durée médiane de 2 jours. La surinfection bactérienne est survenue dans 9 cas. L'évolution était favorable dans tous les cas avec une durée médiane d'hospitalisation de 10 jours et des extrêmes entre 5 et 20 jours.

### **Conclusion**

La bronchiolite représente un problème de santé public malgré les campagnes de prévention. Les nouveau-nés sont particulièrement à haut risque. Les LNHD ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge des formes sévères.

## **P 63 – Asthme aigu grave : expérience du service de Pédiatrie de Kairouan**

F. BAHRI, A. BEN TAIEB, I. LAZRAK, H. MEJOUEL

### **Pédiatrie Kairouan**

#### **Introduction**

L'asthme est une maladie bronchique paroxystique chronique, résultant d'une obstruction bronchique d'un spasme des muscles lisses bronchique, et d'un œdème de la muqueuse. C'est un problème de santé publique et le contrôle de l'asthme en milieu pédiatrique reste globalement insuffisant même s'il existe des traitements efficaces. L'exacerbation est plus fréquente chez les enfants et l'asthme aigu grave (AAG) est devenu plus fréquent dans notre région.

#### **Objectifs**

Le but de notre travail est de reconnaître l'AAG, traiter, le bien prendre en charge et prévenir la récurrence de la crise.

#### **Matériel et méthodes**

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 26 cas âgés entre 7 mois et 14 ans hospitalisés au service de Pédiatrie de Kairouan pour AAG entre janvier 2018 et avril 2019.

#### **Résultats**

62 % sont âgés de moins de 3 ans, (16 cas), 38 % sont âgés de plus de 3 ans (10 cas), 7 % survenue de la crise au cours du sommeil (2 cas) ; 93 % survenue de la crise pendant la journée (24 cas) 23 % les urgences au moins 1 fois dans l'année précédente pour exacerbation d'asthme (6 cas), 0 % hospitalisation dans l'année précédente pour AAG. 15 % consultaient les urgences le mois précédent pour exacerbation d'asthme. (4 cas), 0 % antécédent d'intubation pour AAG ou pneumothorax ou pneumomédiastin 30 % étaient en arrêt de traitement par les  $\beta_2$  agoniste (8 cas) ; 38 % consommaient des  $\beta_2$  agonistes 1 flacon par mois (10 cas) 15 % consommation récente de corticoïdes oraux (4 cas) 30 % n'ont jamais pris un traitement de fond pour maladie asthmatique (8 cas) 38 % traitement de fond toujours en cours (10 cas) ; 30 % traitement de fond sévère il y a plus qu'un mois (8 cas), 77 % Exposition aux fumées de tabac (20 cas) 69 % étaient décompensés

par une infection broncho-pulmonaire (18 cas) ; 11 % étaient décompensés par effort physique (3 cas) 19 % facteurs déclenchant non trouvés (5 cas). La DEP est non faite dans aucun cas. Dans tous les cas le traitement était à base de salbutamol (terbutaline jamais utilisé) (dose : 15 µg/kg en bolus puis 0,1 µg/kg/min : voie IV). Le recours aux anticholinergiques (atrovent) + sulfate de magnésium était systémique dans tous les cas. La corticothérapie systémique était par : solumédrol dose de charge 20 mg/kg puis dose d'entretien 5 mg/kg 4 fois par jour. 15 % ont eu recours à la ventilation mécanique (4 cas) 23 % ont eu recours à l'optiflow (6 cas). L'évolution était fatale dans 15 % (4 cas) dans un tableau de SDRA associé à une infection broncho-pulmonaire.

### **Conclusion**

Les enfants consultant aux urgences pour AAG ont majoritairement moins de 3 ans et ce premier épisode est un mode fréquent d'entrée dans la maladie. L'évaluation de la gravité initiale est primordiale pour l'orientation et le traitement en urgence. Une fois l'épisode aigu résolu, il convient dans tous les cas de prescrire un traitement de fond, d'organiser un suivi clinique et fonctionnel respiratoire et de réaliser une éducation du patient et de sa famille.

## **P64 - Hypoplasie pulmonaire gauche : Une cause rare de broncho-pneumopathies récidivantes**

S. ZAYANI<sup>1</sup>, N. JAMELI<sup>1</sup>, S. WANNES<sup>1</sup>, A. WERDANI<sup>1</sup>, K. MSALBI<sup>1</sup>, S. JERBI<sup>2</sup>, M. GUEZGUEZ<sup>3</sup>, B. RAOUDHA<sup>1</sup>, B. MAHJOUR<sup>1</sup>,

1- Pédiatrie, CHU Taher Sfar, Mahdia

2- Radiologie, CHU Taher Sfar, Mahdia

3- Médecine nucléaire, CHU Sahloul, Sousse

### **Introduction**

Les malformations pulmonaires constituent une cause commune des broncho-pneumopathies récidivantes (BPR) chez l'enfant. Nous rapportons un cas de malformation broncho-pulmonaire rare qui est l'hypoplasie pulmonaire unilatérale et nous discutons ses aspects diagnostiques.

### **Objectifs**

Etudier les aspects cliniques et diagnostiques de l'hypoplasie congénitale Congénitale

## **Matériel et méthodes**

A propos d'un cas

### **Résultats**

Il s'agit d'une fille âgée de 2 ans, issue de parents consanguins, la grossesse était marquée par la survenue d'un diabète gestationnel, elle est née par césarienne à terme sans incidents. Sur le plan respiratoire, elle a commencé à être symptomatique vers l'âge de 1 an avec des hospitalisations fréquentes pour des BPR du poumon gauche. L'examen physique en dehors des épisodes infectieux était normal. La radiographie de thorax a montré un petit poumon gauche légèrement plus opaque que le poumon droit. La bronchoscopie a éliminé un corps étranger intra bronchique. Par ailleurs, elle n'avait pas d'anémie, le dosage pondéral des immunoglobulines était correct pour l'âge et la recherche de BAAR dans les crachats était négative. L'angioscanner thoracique a éliminé une anomalie des arcs aortiques, une séquestration pulmonaire et a mis en évidence un petit poumon gauche avec une hernie trans médiastinale du poumon droit ainsi qu'une artère pulmonaire gauche de calibre réduit. Une hypoplasie pulmonaire était, alors, fortement suspectée, ce diagnostic a été confirmé par la scintigraphie pulmonaire de perfusion montrant une hypo perfusion globale du poumon gauche.

### **Conclusion**

L'hypoplasie pulmonaire est rare mais il faut y penser devant des BPR du poumon gauche, le plus souvent touché et un aspect de petit poumon opaque à la radiographie thoracique, ses principaux diagnostics différentiels sont le syndrome de Mac Léod et la séquestration pulmonaire.

## **P 65 - Intérêt de la spirométrie dans le suivi de l'enfant asthmatique**

S. HAMOUDA, S. KHEMIRI, A. BOUANI, I. BELHADJ, F. KHALSI, KH. BOUSSETTA.

Service de Médecine Infantile B, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis

### **Introduction**

L'asthme pose un réel problème de santé publique de part sa prévalence et son coût de prise en charge élevés. Son traitement vise à obtenir un contrôle optimal des symptômes cliniques ainsi qu'à maintenir des fonctions respiratoires normales dont l'évaluation est possible grâce à la spirométrie.

## **Objectif**

Etudier la faisabilité de la spirométrie et son apport dans le suivi des enfants asthmatiques.

## **Matériels et méthodes**

Notre étude était rétrospective et descriptive, menée dans le service de médecine infantile B sur une période de quatre ans (janvier 2015 - décembre 2018). Nous avons inclus tous les enfants asthmatiques âgés de plus de 7 ans, suivis régulièrement à la consultation et ayant eu au moins une spirométrie. Nous avons analysé, à partir des dossiers médicaux et des rapports de la spirométrie, les caractéristiques de la maladie asthmatique, la réalisation de la spirométrie, les résultats de cet examen ainsi que la conduite thérapeutique qui en découle.

## **Résultats**

Nous avons colligé 33 patients répartis en 20 garçons et 13 filles. Leur asthme était diagnostiqué en moyenne à l'âge de 4 ans et 7 mois. Il était d'origine allergique aux acariens dans 17 cas, et classé intermittent dans 2 cas, persistant léger dans 19 cas, persistant modéré dans 11 cas, et persistant sévère dans 1 cas. La première spirométrie a été pratiquée à un âge médian égal à 8 ans. Elles étaient ininterprétables dans 6 cas à cause d'une mauvaise coopération du patient. Durant le suivi, 89 spirométries ont été réalisées avec en moyenne 2 à 3 examens par patient [1-8]. La coopération des patients s'est améliorée dans la moitié des cas. L'interprétation de cette exploration a montré une obstruction bronchique proximale dans 3 cas, distale dans 1 cas et proximal et distale dans 4 cas. Ces obstructions étaient réversibles dans tous les cas. Le résultat de la spirométrie a influencé la décision thérapeutique dans 12 cas, essentiellement vers la baisse (n=9).

## **Conclusion**

La coopération des enfants asthmatiques lors de la réalisation d'une spirométrie était insuffisante rendant difficile l'interprétation de cet examen. La spirométrie a permis de moduler le traitement de fond dans environ le tiers des cas.

# **P66 - Rôle de l'anémie dans les pneumonies communautaires de l'enfant**

H. GANDOUZ (1), A. MARZOUK (2), R. THABTI (2), A. BOUAZIZ (4),

1- Hôpital Régional Ben Arous yasminette

2- HRB yasminette

3- HRB Yasminette

## **Introduction**

Les pneumonies constituent un motif fréquent et potentiellement grave des hospitalisations en milieu pédiatrique. Plusieurs facteurs dont l'anémie interviennent dans son évolution.

## **Objectifs**

Décrire les caractéristiques de l'anémie au cours des pneumonies communautaires chez l'enfant et en déduire son retentissement

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective concernant les enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie de Ben Arous durant la période du 01/06/2018 au 01/03/2019 pour pneumonie.

## **Résultats**

Nous avons colligé 42 patients soit 1,92% des hospitalisations. La moyenne d'âge était de 16 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 12 ans. Le sexe ratio était de 1,1. Les antécédents pathologiques retrouvés chez les patients étaient : anémie ferriprive (12%), prématurité (9%), asthme (4%), broncho-pneumopathie virale (21%). Les motifs de consultation étaient la fièvre aiguë (82.1%), la fièvre prolongée (9%), les convulsions fébriles (2%) et la détresse respiratoire (31%). La SaO2 moyenne à l'admission était de 97%. L'exploration radiologique a montré une pleuro pneumopathie dans 9% et une pneumonie dans 81%. L'exploration biologique a objectivé une anémie chez 72% des patients. Le taux d'hémoglobine moyen était de 9.5 g/dl, VGM moyen était de 69 mm, TCMH moyen était de 23.7. L'anémie était d'origine ferriprive (67%), drépanocytaire (10%) et inflammatoire (23%). La détresse respiratoire était le maître symptôme chez 37% des patients anémiques versus 16% des patients non anémiques ( $p < 0,05$ ). Elle a été sous forme modérée à sévère chez 12 % des patients dont l'anémie était majoritairement ferriprive. L'oxygénothérapie a été

indiquée chez 33% des patients anémiques versus 8.3% des patients non anémiques ( $p < 0,05$ ). Le délai d'obtention de l'apyrexie était de 4.9 jours dans la population anémique versus 3.5 jours dans la population non anémique ( $p < 0,05$ ). La durée d'hospitalisation moyenne était de 5.5 jours dans la population anémique versus 4 jours dans la population non anémique ( $p < 0,05$ ). La transfusion sanguine a été indiquée chez 5 enfants anémiques pour améliorer la détresse respiratoire.

### **Conclusion**

L'anémie de l'enfant, qui est ferriprive dans la majorité des cas, semble être un facteur de risque et de mauvais pronostic des pneumonies communautaires. Le dépistage des anémies constitutionnelles et la prévention des anémies ferriprives chez les enfants à risque seraient nécessaires pour améliorer l'incidence et l'évolution des pneumonies de l'enfant.

## **P 67 - Carbamazépine dans le traitement d'un blocage thoracique : hypothèse très probable**

C. ABID,

Service de pédiatrie CHU Monastir

### **Introduction**

La carbamazépine est un dérivé de la dibenzazépine dotée de propriétés antiépileptiques, neurotropes et psychotropes. Elle agit principalement sur les canaux sodiques voltage-dépendants, les autres mécanismes d'action n'étant que partiellement élucidés. Elle s'utilise pour prendre en charge certains types de crises convulsives, soigner la douleur liée à la neuralgie du trijumeau, la manie aiguë et dans la prévention des troubles bipolaires

### **Objectifs**

Nous rapportons un cas où la carbamazépine a été utilisée dans le traitement des blocages thoraciques .

### **Matériel et méthodes**

Nrs âgé de 5 mois , aux antécédents d'une cardiopathie congénitale découverte à l'âge de un mois : CIV large péri membranaire+ CIA+ HTAP non chiffrée, convulsion

généralisée secondaire à une hypocalcémie dont l'étiologie est une carence en vit D , admis dans notre service pour prise en charge d'une toux + dyspnée. l'examen à l'admission a montré une apyrexie, une polypnée a 55cpm, un tirage sous costal et des rales sibilants diffus, le reste de l'examen est sans anomalies. A la biologie : une hyperleucocytose à 15200 , CRP négative. à la Radiographie de thorax des opacités alvéolo interstitielles bilatérales avec une distension thoracique. Le diagnostic retenu est une bronchiolite sur une cardiopathie. Notre CAT était une hospitalisation dans le secteur du nourrisson, une oxygénothérapie par lunette nasale, desobstruction nasale et surveillance de son état respiratoire. L'évolution a été marqué par une aggravation progressive de son état respiratoire soit une désaturation sous LN , aggravation des signes de lutte , une tendance à la bradypnée avec des blocages thoraciques a répétition nécessitant son transfert au secteur de réanimation et une escalade progressive des moyens d'oxygénothérapie allant jusqu'à son intubation. Malgré le support ventilatoire invasive et sa mise sous NO pendant 72H , il est resté instable avec des épisodes de bronchospasme dont on a discuté l'origine : on a évoqué une cause cardiaque ( crise HTAP) mais non amélioré par NO et éliminé par l'échocoeur, soit une origine neurologique d'où sa mise sous tégétol a la dose de 10mg /kg avec nette amélioration et disparation totale des blocages thoraciques. Le malade est extubé au bout de 10 jours et il est mis sortant sous tégératol dose d'entretien.

### **Résultats**

Le role de la carbamazépine dans la résolution du blocage est bien établi a travers cette observation

### **Conclusion**

Les littératures concernant le rôle et l'efficacité de la carbamazépine dans le traitement des blocages thoraciques ne sont pas riches. A travers ce travail on vient de mettre le point sur ce fait et sa mise en évidence.

## **P 68 - Infarctus du myocarde secondaire à une hypercholestérolémie familiale : A propos d'un cas pédiatrique**

R. GUEDRI<sup>1</sup>, A. BEN OTHMEN<sup>1</sup>, L. ESSADEM<sup>1</sup>, A. BEN MANSOUR<sup>1</sup>, N. MATTOUSSI<sup>1</sup>, Z. FITOURI<sup>1</sup>, S. BEN BECHER<sup>1</sup>.

### **1- Pédiatrie Urgences et Consultations**

#### **Introduction**

L'hypercholestérolémie familiale dans sa forme homozygote est une pathologie rare. Elle s'associe à un risque élevé de complications cardiovasculaire prématurées et la mort subite pouvant survenir chez l'adulte jeune.

#### **Objectifs**

Décrire les particularités clinique et évolutive d'une observation clinique d'un enfant suivie pour hypercholestérolémie familiale.

#### **Matériel et méthodes**

Etude d'une observation d'un garçon (1,B) âgé de 4 ans et demi, deuxième d'une fratrie de trois. Il était issu d'un mariage consanguin de troisième degré des parents en bonne santé apparente. Il nous a été adressé suite au décès brutal de son frère aîné à l'âge de cinq ans. Il n'y avait pas d'antécédents de décès en bas âge dans la famille. Les deux frères avaient développé depuis l'âge de deux ans des lésions cutanées papulo-nodulaires de couleur jaunâtres et de taille variable qui étaient négligées par les parents. Leur sœur âgée de 11 mois était asymptomatique. L'examen clinique du A.B à l'admission avait objectivé de multiples xanthomes au niveau de la face d'extension des membres ainsi qu'un gérontoxon bilatéral sans autres anomalies. Les explorations biologiques ont conclu à une hyperlipoprotéïnémie de type lia dans sa forme homozygote chez les enfants et dans sa forme hétérozygote chez les deux parents. A.B et sa sœur ont été mis sous régime normocalorique hypocholestérolémiant en association avec à une statine. Initialement, il y avait une amélioration partielle de leurs profils lipidiques, mais leur adhérence au régime n'était pas bonne. A l'âge de dix ans, A.B commençait à avoir une dyspnée d'effort d'aggravation progressive. L'échographie des troncs supra-aortiques, normale initialement, a montré une infiltration athéromateuse diffuse. Le coroscaner n'a pas pu être fait. A l'âge de 11 ans, l'enfant a fait un infarctus du myocarde qui a nécessité la mise en place d'un stent cardiaque. Les suites étaient simples.

## **Conclusion**

L'hypercholestérolémie familiale est la plus fréquente et la plus sévère des hypercholestérolémies monogéniques. Elle doit être évoquée devant tout enfant présentant des antécédents de mort subite dans la famille et/ou présentant des xanthomes cutanées afin d'instaurer rapidement un régime adéquat afin de minimiser les complications.

## **P 69 - Le syndrome de shone : à propos de deux observations pédiatriques**

A. LACHIHEB<sup>1</sup>, F. MAJDOUB<sup>1</sup>, H. AJMI<sup>1</sup>, S. MABROUK<sup>1</sup>, M. TFIHFA<sup>1</sup>, S. HASSAYOUN<sup>1</sup>, N. ZOUARI<sup>1</sup>, J. CHAMLI<sup>1</sup>, S. ABROUG<sup>1</sup>,

**pédiatrie CHU Sahloul Sousse (1),**

### **Introduction**

Le syndrome de Shone est une anomalie congénitale très rare décrite par John Shone pour la première fois en 1963. L'incidence du syndrome de Shone, communément appelé complexe de Shone ou anomalie de Shone, représente 0,6% de toutes les cardiopathies congénitales. Les quatre lésions caractéristiques sont la coarctation de l'aorte, la sténose sous-aortique, la valve mitrale parachute et l'anneau supra-mitral. Dans un complexe complet de Shone, les quatre lésions pathologiques sont présentes, alors que le complexe de Shone incomplet consiste en une anomalie de la valve mitrale associée à, au moins, une lésion impliquant la région sous-aortique, la valve aortique ou l'aorte thoracique. Le diagnostic est échographique aidé par le cathétérisme ou l'IRM cardiaques. Le traitement consiste en une chirurgie palliative et un suivi minutieux à vie.

### **Objectifs**

Décrire à travers deux observations pédiatriques les circonstances de découverte ainsi que les différentes caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de ce syndrome rare et mettre le point sur la nécessité d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire.

### **Matériel et méthodes**

Description de deux observations pédiatriques

## Résultats

**Observation (1) :** Nous rapportons l'observation d'un enfant de sexe masculin âgé de 4 ans et ½, issu de parents consanguins du 2<sup>ème</sup> degré, aux antécédents de 2 frères décédés à l'âge de quelques jours pour malformations cardiaques non précisée. A l'âge de 2 mois, Il a présenté une dyspnée non obstructive avec cyanose marquée dont l'étiologie était une cardiopathie congénitale à type de : VDDI + CIV IIb et rétrécissement sous aortique diaphragmatique. Le patient est opéré à l'âge de 1 an, pour fermeture de la CIV par patch, puis perdu de vue. À l'âge de 4 ans, devant une dyspnée de plus en plus handicapante avec palpitation, une échocardiographie a été refaite montrant : un RAo sous valvulaire, une bicuspidie Aortique, une LAo stade I, un rétrécissement mitrale avec une valve en parachute et un VG hypertrophié définissant un complexe de Shone incomplet. Un cathétérisme cardiaque a été fait montrant un RAo sous valvulaire significatif avec un gradient VG/Aorte à 80 mmHg. Le patient a été donc ré-opéré et a eu une résection du bourrelet fibro-musculaire avec myomectomie large. Les résultats opératoires étaient satisfaisants. Le contrôle de l'échographie après 5 mois a trouvé un VG légèrement hypertrophié avec une chambre de chasselibre de tout obstacle (gradient VG-Ao max=16mmhg) et une bonne contractilité globale et segmentaire (FR=30%, FE = 58%). Les PAPs étaient légèrement élevées à 35 mmHg. Toutefois, il a présenté en post opératoire, un BAV complet indiquant la pose d'un pace maker. Actuellement, après un recul de 5 ans ; le patient est eutrophique et stable sur le plan cardiaque. Observation(2): Nourrisson de sexe féminin âgé de 6 mois et issue d'un mariage non consanguin, aux antécédents d'une sœur suivie pour CIV non opérée. Elle a présenté depuis sa naissance des broncho-pneumopathies à répétition non explorées et traitées en ambulatoire. Elle est hospitalisée pour dyspnée non obstructive sévère d'installation insidieuse évoluant dans un contexte d'apyrexie avec essoufflement et difficultés alimentaires. Une échocardiographie a été réalisée montrant une cardiopathie congénitale à type d'obstacles étagés sur le cœur gauche : un rétrécissement mitral avec valve en parachute, une HVG importante avec fonction VG conservée, une bicuspidie aortique avec une obstruction intra-VG sévère et une coarctation de l'aorte critique définissant le complexe de Shone associé à un CAP perfusant l'Aorte descendante. L'indication chirurgicale est retenue(en cours)

## Conclusion

Le syndrome de shone est une cardiopathie rare et complexe qui comporte des obstacles étagés sur le ventricule gauche, qui ont tendance à s'aggraver au fil du temps, le rendant souvent hypoplasique. Il existe un large éventail de symptômes (en fonc-

tion du type et du nombre des obstacles présents) mais très peu d'options thérapeutiques. La prise en charge se doit d'être multidisciplinaire ; nécessitant un suivi à long terme de ses enfants. Les facteurs pronostiques de ce syndrome semblent liés à la gravité de l'obstruction mitrale et à l'HTAP qui sont les indicateurs les plus significatifs de la survie à long terme.

## **P70 - Les cardiopathies congénitales : à propos de 17 cas**

J. BEN HAFIAEDH<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>1</sup>, MC. GHARBI<sup>1</sup>, O. AZZABI<sup>1</sup>, Z. KHLAYFA<sup>1</sup>, S. HALIOUI<sup>1</sup>, N. Siala<sup>1</sup>, A.Meherzi

### **1- Pédiatrie Mongi Slim**

#### **Introduction**

Les malformations cardiaques et vasculaires congénitales sont fréquentes et souvent graves. Elles sont multiples et causées par des anomalies de l'organogenèse. Elle englobent des formes simples et complexes et se manifestent sur le plan clinique par des signes allant du souffle cardiaque sans retentissement fœtal évident à des signes majeurs d'insuffisance cardiaque dans les formes décompensées.

#### **Objectifs**

Il s'agit d'une étude faite sur 17 cas de cardiopathies colligés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim sur une période de 3 ans (de 2016 à 2019).

#### **Résultats**

Il s'agit de 17 patients : 7 filles et 10 garçons (sex ratio 1,4). Deux issus d'un mariage consanguin avec notion de décès en bas âge par cardiopathie dans la fratrie. Les conditions socio-économiques étaient moyennes dans 10 cas, favorables dans 3 cas et défavorables dans 5 cas. Douze patients étaient issus de grossesses mal suivies. L'âge moyen des mères était de 35 ans (22 à 40 ans). Deux grossesses étaient compliquées d'un diabète gestationnel sous régime et 2 autres de toxémie gravidique. Six patients étaient prématurés et 4 avaient un retard de croissance intra-utérin. L'âge moyen du début des symptômes était de 15 jours. Les signes cliniques étaient une dyspnée récurrente décompensée par des épisodes viraux dans 5 cas et une détresse respiratoire néonatale dans 6 cas. Le diagnostic de cardiopathie a été porté sur l'échographie cardiaque réalisée à l'occasion d'un bilan poly malformatif

dans 2 cas et sur l'échographie morphologique dans 1 cas. Dans les 2 autres cas, il s'agissait d'une découverte fortuite d'un souffle cardiaque à l'auscultation. Chez 6 patients, la cardiopathie est associée à un syndrome poly malformatif dont 3 sont trisomiques 21. L'examen physique a objectivé un souffle cardiaque dans 12 cas, une cyanose dans 5 cas, une hépatomégalie dans 6 cas associée à un bruit de galop dans 2 cas. L'index cardio-thoracique moyen était de 0,58. Un aspect de cœur en sabot à la radio a été noté chez 1 cas. Une anémie était présente dans 4 cas. L'échographie cardiaque a montré des cardiopathies cyanogène dans 2 cas à type d'hypoplasie ventricule gauche et une tétralogie de Fallot et des cardiopathies non cyanogènes des 15 cas. Une HTAP a été notée dans 6 cas. Huit patients ont été mis sous traitement médical (un diurétique associé à un IEC chez 7 cas, Prostine chez 1 cas et Dobutamine et Dopa chez 1 cas). La survenue d'une insuffisance cardiaque a été notée chez 6 patients avec décès dans 3 cas. Deux patients ont été opérés après mise sous traitement médical avec succès. Dix patients ont nécessité un suivi écho-cardiographique régulier uniquement.

### **Conclusion**

Les cardiopathies représentent une pathologie chronique lourde qui met en jeu le pronostic vital. Elles retentissent sur le développement et la trophicité le plus souvent. Elles peuvent entrer dans le cadre d'un syndrome poly malformatif ou être isolées. L'échographie cardiaque représente la clé du diagnostic. Le traitement et l'évolution dépendent du type de la cardiopathie.

## **P 71 - La naissance anormale de l'artère coronaire gauche à partir de l'artère pulmonaire, à propos d'une observation pédiatrique**

J. BAHRI<sup>1</sup>, R. KEBAILI<sup>1</sup>, A. TEJ<sup>1</sup>, N. SOYAH<sup>1</sup>, J. BOUGUILA<sup>1</sup>, S. TILOUCH<sup>1</sup>,  
L. BOUGHAMOURA<sup>1</sup>,

**1- Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse**

### **Introduction**

La naissance anormale du tronc coronaire gauche à partir de l'artère pulmonaire (ALCAPA) ou syndrome de Bland-White-Garland est une malformation cardiaque rare représentant moins de 0,5 % des cardiopathies congénitales. Elle est responsable d'une insuffisance cardiaque associée à une défaillance ventriculaire gauche et une ischémie myocardique généralement installée à un âge précoce.

## **Objectifs**

Cette observation souligne l'importance d'un examen clinique complet et d'exams complémentaires orientés devant tout tableau respiratoire.

## **Matériel et méthodes**

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson âgé de 8 mois hospitalisé pour dyspnée aigue révélant une ALCAPA.

## **Résultats**

**Observation :** Il s'agit d'un nourrisson âgé de 8 mois, sans antécédents particuliers, issu d'un mariage non consanguin, hospitalisé pour dyspnée obstructive d'installation aigue. L'examen clinique a montré un nourrisson hypotrophe à -2,25 DS, apyrétique, avec une polypnée à 63 cycles par minute, des signes de lutte, des râles ronflants, une tachycardie à 160 battements par minute sans souffle et une hépatomégalie à 7 cm. Il avait une cardiomégalie à la radiographie de thorax et l'électrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale associée à un aspect QS en AVL et une onde T bi phasique en latéral haut. L'échographie cardiaque était en faveur d'une dysfonction sévère du ventricule gauche qui était dilaté avec une FEVG = 18%. Une deuxième échographie cardiaque a objectivé une naissance anormale de l'artère coronaire gauche à partir de la face postérieure du tronc de l'artère pulmonaire (ALCAPA). L'angioscanner thoracique a confirmé cette anomalie qui était associée à une coarctation minimale de l'aorte en diaphragme. Le nourrisson a été mis sous dobutamine, furosémide et captopril avec une amélioration de sa polypnée et de sa tachycardie. Une intervention chirurgicale est programmée.

## **Conclusion**

L'ALCAPA est une malformation congénitale rare cependant c'est l'anomalie coronaire congénitale la plus fréquente. Elle est le plus souvent isolée mais dans de très rares cas elle est associée à une coarctation de l'aorte. Elle doit être évoquée devant toute insuffisance cardiaque du nourrisson car une cure chirurgicale réalisée rapidement peut améliorer nettement le pronostic.

## **P72 - Cardiomyopathie hypertrophique: Penser aux RASopathies**

R. FATNASSI<sup>1</sup>, S. BEN MESSAOUD<sup>1</sup>, S. BEN HASSINE<sup>1</sup>, R. BEN ABDELAZIZ<sup>1</sup>,  
H. BOUDABOUS<sup>1</sup>, L. KRAOUA<sup>2</sup>, H. AZZOUZ<sup>1</sup>, MS. ABDELMOULA<sup>1</sup>, A. BEN CHEHIDA<sup>1</sup>,  
N. TEBIB<sup>1</sup>,

**1- Pédiatrie La Rabta**

**2- génétique HCN**

### **Introduction**

Les RASopathies comme le syndrome de Noonan et le syndrome de Costello, sont des maladies génétiques dues à la dysfonction de protéines (notamment la protéine RAS) intervenant dans le développement (en particulier cardiaque), la transmission synaptique et la réponse à l'hormone de croissance. Ces pathologies partagent de nombreuses caractéristiques notamment la cardiomyopathie hypertrophique (CMH).

### **Objectifs**

Rappeler les caractéristiques cliniques des RASopathies qui font évoquer ce diagnostic devant une CMH.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons un cas de syndrome de Noonan découvert suite à une CMH et un cas de syndrome de Costello qui a développé une CMH au cours du suivi.

### **Résultats**

La patiente 1, sans antécédents, était admise à H42 de vie pour une dyspnée associée à un souffle cardiaque. L'échographie avait montré une CMH obstructive, une HTAP à 46 mm Hg et une insuffisance mitrale modérée. Le syndrome de Noonan était évoqué devant l'association à une dysmorphie faciale (fentes palpébrales en bas et en dehors, des oreilles bas implantées en rotation postérieure et des lèvres épaisses), un excès de peau, un pectus excavatum, des plis palmoplantaires profonds, hypotonie. La patiente est décédée suite à une pneumopathie à l'âge de 10 mois. Le patient 2, âgé de huit ans, est issu d'un mariage consanguin de 3<sup>ème</sup> degré. Il est suivi depuis l'âge de deux mois et demi pour un retard de croissance post-natal rattaché à un syndrome de Costello devant les antécédents d'hydramnios et de macrosomie, la présence d'une dysmorphie faciale (hypertélorisme, oreilles bas implantées, traits grossiers), des difficultés alimentaires, un retard psychomoteur, une

hyperlaxité ligamentaire, une papillomatose cutanée et une hyperpigmentation. L'évolution était marquée par l'installation de troubles de rythme à type d'extrasystoles ventriculaires et supra-ventriculaires (à 7 mois) et d'une CMH avec une insuffisance mitrale grade I (à 15 mois). Dans les deux cas le diagnostic était confirmé par la biologie moléculaire.

### **Conclusion**

L'association d'une cardiopathie notamment une CMH à un retard de croissance et ou une dysmorphie faciale, une déficience intellectuelle, des anomalies cutanéosquelettiques doit faire évoquer les RASopathies. La biologie moléculaire confirme le diagnostic et rend possible le diagnostic prénatal.

## **P 73 - Le bloc auriculo-ventriculaire néonatal : Etude de deux observations.**

W. BARBARIA<sup>1</sup>, S. BEN AHMED<sup>1</sup>, O. MZOUGHJI<sup>1</sup>, M. TMAR<sup>1</sup>, S. KHATTECH<sup>1</sup>, MC. GHARBI<sup>1</sup>, N. KASDALLAH<sup>1</sup>, H. BEN SALEM<sup>1</sup>, H. BEN SALEM<sup>1</sup>, S. BLIBECH, M. DOUAGI<sup>1</sup>

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

### **Introduction**

Le bloc auriculo-ventriculaire (BAV) est une affection rare. Il est la conséquence soit d'une anomalie anatomique des voies de conduction, soit d'un passage transplacentaire d'anticorps maternels induisant une fibrose du tissu de conduction.

### **Objectifs**

Décrire deux étiologies d'un BAV congénital et leurs implications thérapeutiques.

### **Matériel et méthodes**

Description clinique de 2 observations néonatales de BAV.

### **Résultats**

Observation 1: Nouveau-né issu d'une mère suivie pour un diabète de type 1. L'accouchement était à 37SA par césarienne pour bradycardie à 60 bpm à l'enregistre-

ment du rythme cardiaque fœtal. L'adaptation extra-utérine était bonne. Le rythme cardiaque à la naissance était entre 60 et 70bpm. L'échographie cardiaque a montré une double discordance atrio-ventriculaire. L'holter rythmique a conclu à un BAV complet. La pose d'un pacemaker était urgente. Observation 2: Nouveau-né issu d'une mère suivie pour un syndrome de Gougerot Sjögren. Le diagnostic de bradycardie fœtale était posé à 22SA. La fréquence cardiaque à la naissance était à 50bpm. L'échographie cardiaque était normale. La fréquence cardiaque de base était aux alentours de 60bpm. L'holter rythmique avait conclu à un BAV complet. La décision était de surveiller par des holters et des échographies en attendant l'implantation d'un pace-maker endocavitaire.

### **Conclusion**

Les indications concernant l'implantation d'enfants présentant un BAV congénital dépendent des mécanismes physiopathologiques et de l'étiologie de cette affection. Une collaboration cardia-pédiatrique permet une prise en charge optimale pour ces enfants.

## **P74 - Cardiopathies congénitales cyanogènes : Etude de 27 cas.**

N. KASDALLAH<sup>1</sup>, N. MLIKA<sup>1</sup>, W. BARBARIA<sup>1</sup>, S. KHATTECHE<sup>2</sup>, Y. AISSA<sup>1</sup>,  
H. BEN SALEM<sup>1</sup>, S. BLIBECH<sup>1</sup>, M. DOUAGI<sup>1</sup>,

1- Néonatalogie et réanimation néonatale-Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

2- éonatalogie et réanimation néonatale-Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

### **Introduction**

Les cardiopathies cyanogènes (CC) représentent près de 28% des malformations congénitales. Elles touchent 6-8% des naissances vivantes. Elles sont rares et peuvent être incompatibles avec la vie.

### **Objectifs**

Préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des CC prises en charge dans un service de réanimation néonatale.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective des dossiers de nouveau-nés ayant une CC sur une période de dix-sept ans (2000-2017 )au sein du service de Réanimation néonatale de l'hôpital militaire de Tunis.

## Résultats

Nous avons colligé 27 NN pendant la période d'étude dont 19 garçons et 8 filles. Les CC simples étaient représentés par la transposition des gros vaisseaux (TGV), l'atrésie pulmonaire (AP) et le retour veineux pulmonaire anormal (RVPA) et représentent 56% des CC. Les CC complexes sont représentées par le ventricule unique (VU), le ventricule droit à double issue (VDDI), le tronc artériel commun (TAC) et représentent 44% des CC. Le diagnostic était porté en anténatal pour quatre malades soit 16% des cas seulement. La découverte post natale était précoce, dès le premier jour de vie chez 15 NN (60%). L'échographie cardiaque a confirmé le diagnostic dans la majorité des cas. Une malformation extracardiaque était associée dans cinq cas. Le traitement par prostaglandines, était instauré chez 16 NN. Sept malades ont nécessité une ventilation mécanique et trois NN ont nécessité des drogues vasoactives. La manœuvre de Rashkind était réalisée dans cinq cas. Un seul NN a eu un shunt systémico-pulmonaire de Blalock. La chirurgie curative était réalisée chez 12 NN. Une abstention thérapeutique était décidée dans trois cas. L'évolution était fatale dans 16 cas, huit NN ont survécu avec des séquelles.

## Conclusion

Les cardiopathies cyanogènes sont des malformations rares mais graves. Un diagnostic prénatal permet d'optimiser la prise en charge postnatale des NN et de limiter la mortalité et la morbidité.

## P75- Soins du cordon ombilical du nouveau-né accouché à domicile en milieu rural à propos de 260 cas colligés à Brobos (Côte d'Ivoire)

KV. ASSE<sup>1</sup>, C. AVI<sup>2</sup>, KR. YEBOUA<sup>3</sup>, LR. ADOU<sup>4</sup>, IA. AKANJI<sup>5</sup>, JM. KARIDIOULA<sup>3</sup>, KJ. PLO<sup>5</sup>,

1- Pédiatrie CHU de Bouaké \_ Côte d'Ivoire

2- Pédiatrie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

3- Pédiatrie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

4- Pédiatrie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

5- Pédiatrie CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

## Introduction

Le cordon ombilical est considéré comme la principale porte d'entrée des infections post natales. Les recommandations de l'OMS préconisent des soins de cordon

à sec tout en précisant que lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas favorables d'utiliser un antiseptique.

### **Objectifs**

Décrire les aspects épidémiologiques des soins du cordon ombilical des nouveau-nés accouchés à domicile en milieu rural.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive réalisé dans la localité de Brobo de mars à novembre 2018. Etais inclus tous les nouveau-nés accouché à domicile en milieu rural. Les variables étudiées portaient sur les soins du cordon ombilical.

### **Résultats**

Au total 760 accouchements dont 260 à domicile soit de 36 %. L'âge moyen des mères était de 26 ans [14 – 45 ans]. Elles étaient non scolarisées dans 66,5%, paucipares dans 35% et avaient réalisé moins de 4 CPN dans 66%. L'accouchement a lieu à domicile dans 98%. Le cordon a été sectionné par une nouvelle lame (88%) et une paire de ciseaux (12%). Le cordon a été ligaturé avec du fil à coudre (58%), fil de tresse (36%), fil de sac de riz (5%) et fil de suture (2%). Le pansement ombilical a été fait avec des feuilles traditionnelles (38%), aucun pansement (21%), beurre de karité (11%), alcool 60° (5%). La chute du cordon a eu lieu entre J3 et J4 dans 79% des cas. Les pathologies du cordon étaient l'omphalite (5%) et l'omphalocèle (5%). Le traitement réalisé comportait un antiseptique local (14%) et une antibiothérapie par voie orale (0,4%).

### **Conclusion**

La pratique des soins du cordon ombilical en milieu rural ne respectent pas les recommandations de l'OMS. Ces résultats montrent l'intérêt de la communication pour un changement de comportement. Mots clés : Nouveau-né, Soins du cordon, milieu rural, Côte d'Ivoire

## **P 76 - Nouveau-nés de mères diabétiques : étude épidémiologique**

S. ZAYANI<sup>1</sup>, S. GHANMI<sup>1</sup>, H. CHAKROUN<sup>1</sup>, S. KBAIER<sup>1</sup>, H. BEN HAMOUDA<sup>1</sup>,  
H. BOUCHAHDA<sup>2</sup>, H. SOUA<sup>1</sup>

1- Service de néonatalogie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

2- Service de gynécologie-obstétrique, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

### **Introduction**

Le diabète chez la femme enceinte peut avoir des conséquences graves chez le nouveau-né. L'objectif de notre travail est d'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.

## **P77 - Morbidité et mortalité des très grands prématurés dans un service de réanimation néonatale niveau 3 : Etude sur dix ans**

A. ZAOUALI DRIDI, S. KHATROUCH, Z. ZAROUÏ, I. KASRAOUI, I. BOUDICHE,  
E. BEN HAMIDA, Z. MARRAKCHI

**Service de réanimation néonatale. Hôpital Charles Nicolle de Tunis**

### **Introduction**

La très grande prématurité, appelée aussi prématurité extrême, correspond à toute naissance avant 28 semaines d'aménorrhée (SA). Elle peut être spontanée ou induite. Elle demeure un véritable problème de santé publique en raison du risque de nombreuses complications pouvant être responsables d'une lourde morbidité et d'une mortalité néonatale élevée. Le pronostic est lié à la qualité de la prise en charge périnatale.

### **Objectif**

L'objectif de notre étude était d'étudier la prévalence des naissances avant 28 SA et de déterminer les principaux facteurs de risque de morbidité et de mortalité néonatales.

### **Méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique au service de néonatalogie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis ayant inclus tous les prématurés d'âge gestationnel  $\leq 28$  SA nés entre janvier 2007 et décembre 2016.

### **Résultats**

La prévalence de la très grande prématurité était de 0,4 % NV. Elle était spontanée dans 69,1 %. L'âge gestationnel moyen était de  $26,78 \pm 1,31$  SA. Le poids de naissance moyen était de  $989,80 \pm 268,859$  gr, avec des extrêmes de 480 et 1970 gr. L'âge moyen des mères était de  $31,13 \pm 5,82$  ans, 26,7 % parmi elles étaient analphabètes ou d'un niveau d'éducation primaire. Une dysgravidie était retrouvée dans 77,2 % des cas. Les taux de grossesses multiples dans les deux types de prématurité (spontanée et induite) étaient respectivement de 33,6 et 14,9 %. Le taux de grossesses induites était de 10,5 % des cas.

Une cure complète de corticothérapie anténatale était administrée dans 51,1 % des cas. L'accouchement était par voie basse dans 75 % des prématurités spontanées. La césarienne était indiquée dans 80,8 % des accouchements prématurés médicale-

ment consentis. Le sex-ratio était de 0,9. Une asphyxie périnatale était notée dans 24,5 % des cas. Une maladie des membranes hyalines était notée dans 50,5 % des cas. L'infection materno-foetale était suspectée dans 79,8 % des accouchements prématurés et retenue dans 10,4 % des cas. La prévalence de l'infection liée aux soins était de 54,5 %. Elle était plus fréquente chez les très grands prématurés de très faible poids de naissance (47,8 %). La mortalité néonatale hospitalière était de 67,7 %. Elle était précoce dans 48,5 % des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $47,74 \pm 15,09$  jours avec des extrêmes de 21 et 104 jours.

### **Conclusion**

La très grande prématurité était associée à une morbidité et une mortalité élevées notamment chez les prématurés de très faible poids de naissance. Cette mortalité demeure élevée malgré les progrès de la prise en charge. Les infections associées aux soins restent une cause majeure de mortalité.

## **P 78 - Outcomes of visual function assessment in preterm infants without retinopathy: COMPARATIVE STUDY ABOUT 68 CASES**

A. BEN THABET<sup>1</sup>, R. ABDELKARIM<sup>1</sup>, N. HMIDA<sup>1</sup>, A. GARGOURI<sup>2</sup>, A. TRIGUI<sup>3</sup>,  
A. BOURAOUI<sup>2</sup>, C. REGAIG<sup>1</sup>,

1- Néonatalogie, CHU Hedi Chaker, Sfax

2- Neonatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax

3- Ophtalmologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

### **Introduction**

The ophthalmic risk is more important in premature infants. Both frequency and severity are inversely proportional to the term of birth.

### **Objectifs**

To evaluate the impact of prematurity on the anatomical development of the eye and visual function in preschoolers.

### **Matériel et méthodes**

It is a descriptive and comparative study of sensory-motor assessment in 68 preschool children divided in 2 groups: - 34 preterm infants without retinopathy - 34

term infants, without any systemic or ocular pathology randomly selected from kindergartens after parental consent.

### **Résultats**

We observed a similar rate of myopia and hyperopia respectively 8.82% and 20.76% among former preterm versus 7.35% and 25% in children born at term. However, astigmatism was statistically more frequent in the group of former premature (22.06% vs. 16.17%). There was no significant difference in the visual acuity and spherical equivalent. Amblyopia was significantly more frequent in the group of former premature (11.76% vs. 5.88%). There were shorter axial length and significantly more curved cornea with a greater refractive power in the group of former premature infant. The sensory and motor assessments were significantly altered in former preterm (19.18% vs. 11.76% for the sensory assessment and 36.76% vs. 17.65% for the motor evaluation).

### **Conclusion**

The premature infant has an increased risk of refractive errors, strabismus and amblyopia. Our study showed other more frequent abnormalities. The early management of these problems may limit their impact on the development

## **P79- Syndromes hémorragiques du nouveau-né : A propos de 120 cas**

S. DBARA<sup>1</sup>, T. KHEMIS<sup>1</sup>, A. FATNASSI<sup>1</sup>, A. CHAABANE<sup>1</sup>, H. BEN HAMIDA<sup>1</sup>, M. BIZID<sup>1</sup>, FZ. CHIOUKH<sup>1</sup>, K. MONASTIR<sup>1</sup>,

**1- Service de Réanimation et de Médecine Néonatale, Centre de Maternité et de Néonatalogie, CHU Monastir, Faculté de Médecine de Monastir**

### **Introduction**

Les syndromes hémorragiques du nouveau-né (SHNN) sont relativement fréquents. Leur prévalence est de 4,3% des naissances vivantes et 5,9% des hospitalisations en unité de néonatalogie. Leur létalité est lourde, pouvant atteindre 45% des cas. Les séquelles sont importantes surtout dans les localisations intracrâniennes.

## **Objectifs**

Décrire les caractéristiques épidémiologiques des SHNN et relever les principales affections favorisantes.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant tous les nouveau-nés ayant présenté un syndrome hémorragique lors de leur hospitalisation au service de réanimation et médecine néonatale de Monastir durant la période de 2010 à 2018.

## **Résultats**

Au cours de la période d'étude, 120 cas ont été colligés, représentant 3% des hospitalisations. Le sexe ratio était de 1,6. Des antécédents pathologiques maternels étaient présents dans 28%. Le taux de prématurité était de 50%. Les nouveau-nés ayant bénéficié d'une prophylaxie par vitamine K à la naissance était de 99%. Les manifestations hémorragiques étaient dominées par les saignements digestifs (hématémèse) dans 40% des cas. Une comorbidité était retrouvée dans 45% des cas avec une prédominance de l'infection néonatale. La majorité des nouveau-nés avaient présenté une hémorragie à la 1ère semaine de vie (70%). Les causes de cette hémorragie néonatale étaient précisées dans 97% des cas : maladie hémorragique du nouveau-né (2%), coagulation intravasculaire disséminée (57%), thrombopénie néonatale isolée (6%), œso-gastroduodénite (26%), traumatismes obstétricaux (4%), trouble primaire de l'hémostase (2%). L'évolution était fatale dans 45 % des cas dont 10 % le décès était lié au syndrome hémorragique.

## **Conclusion**

Les troubles hémorragiques sont particulièrement fréquents en période néonatale. Leurs étiologies sont diverses et leur connaissance est capitale pour une bonne prise en charge.

## **P80- Lupus néonatal : difficultés diagnostiques et thérapeutiques (à propos de 14 cas)**

C. REGAIEG<sup>1</sup>, A. BEN HAMED<sup>2</sup>, R. ABDELKRIM<sup>2</sup>, M. CHARFI<sup>2</sup>, N. HMIDA<sup>2</sup>, R. REGAIEG<sup>2</sup>, H. MASMOUDI<sup>3</sup>, A. BEN THABET<sup>2</sup>, A. GARGOURI<sup>2</sup>.

1- Service de néonatalogie CHU Hédi Chaker de Sfax

2- Service de néonatalogie, CHU Chaker de Sfax

3- Laboratoire d'immunologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

### **Introduction**

Le lupus néonatal est une affection immunologique rare (1 cas pour 10 000 naissances), lié à la transmission materno-fœtale d'anticorps maternels de type anti-SSA et/ou anti SSB. Ce syndrome risque d'être une atteinte grave principalement en cas d'atteinte cardiaque. Il pose des difficultés diagnostiques, thérapeutiques et évolutives.

### **Objectifs**

Etudier les caractéristiques cliniques, immunologiques, thérapeutiques et évolutives de nos patients et analyser la relation entre le profil immunologique maternel et l'atteinte néonatale.

### **Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 14 cas de lupus néonatal colligés dans le service de néonatalogie de Sfax sur une période allant de janvier 2002 à décembre 2018.

### **Résultats**

Il s'agissait de 8 filles et 6 garçons. Le terme moyen était de 36 SA. Sept bébés étaient prématurés. Une hypotrophie a été objectivée dans 4 cas. Des antécédents maternels de connectivites ont été retrouvés chez 8 nouveau-nés. Le lupus néonatal était révélateur d'une atteinte maternelle dans 4 cas. Six nouveau-nés étaient atteints de bloc auriculo-ventriculaire (BAVc), 2 malades avaient présenté une cardiomyopathie lupique, 2 avaient une atteinte cutanée. Les manifestations hématologiques (thrombopénie et/ou anémie) étaient présentes chez 9 nouveau-nés et un seul patient avait présenté une cytolyse hépatique. Aucune atteinte neurologique n'avait été observée. La recherche d'anti-corps antiSSA et/ou anti SSB était positive chez tous les nouveau-nés et leurs mères. Un diagnostic anténatal de BAVc était positive chez

tous les nouveau-nés et leurs mères. Un diagnostic anténatal de BAVc était fait chez 2 nouveau-nés. Un seul fœtus avait bénéficié d'un traitement préventif à base de corticoïde et d'hydroxychloroquine avec un résultat positif et 2 autres avaient eu un traitement intra utérin à base de corticoïdes qui n'a pas évité la survenue d'un BAV complet. Une implantation de pacemaker était faite chez 4 parmi 6 nouveau-nés dont 3 durant les 9 premiers jours de vie et un dernier à l'âge de 1 an et demi. L'évolution était favorable pour les autres malades.

## **Conclusion**

Le lupus néonatal est un syndrome rare pouvant être grave avec une morbi-mortalité importante liée à l'atteinte cardiaque. Sa survenue impose une surveillance rigoureuse des futures grossesses et une prise en charge anténatale spécialisée multidisciplinaire.

## **P81- Transfusion des concentrés de plaquettes en Néonatalogie : état des lieux**

I. BEN AMOR<sup>1</sup>, I. BOURAOU<sup>2</sup>, H. MENIF<sup>1</sup>, A. GARGOURI<sup>2</sup>, J. GARGOURI<sup>1</sup>

1- Centre régional de transfusion sanguine de Sfax

2- Service de Néonatalogie. Hôpital Hédi chaker de Sfax

### **Introduction**

La thrombopénie constitue un désordre hématologique fréquemment observé au cours de la période néonatale. La prise en charge thérapeutique des thrombopénies néonatales repose essentiellement sur la transfusion de concentrés plaquettaires (CP), dans un but curatif ou prophylactique, associée ou non à des immunoglobulines intraveineuses.

### **Objectifs**

Evaluer la conformité des indications de la transfusion des CP ainsi que les qualifications transformations applicables aux CP par rapport aux recommandations internationales.

### **Matériel et méthodes**

Etude descriptive des transfusions de CP distribués par le Centre Régional de Trans-

fusion Sanguine de Sfax aux nouveau-nés hospitalisés dans le service de Néonatalogie de l'hôpital Hédi chaker de Sfax.

### **Résultats**

Quarante deux nouveau-nés (37,8%) ont reçu 88 CP (moyenne : 2,09 CP /nouveau-né, extrême : 1- 9 CP/ nouveau-né). L'âge gestationnel médian a été de 34 SA avec des extrêmes de 26 SA + 6j à 42 SA. Le poids de naissance médian a été de 1550g (890 g – 4150g). Les prématurés ont représenté la proportion la plus importante (64,3%) des nouveau-nés transfusés par des CP. Ils avaient un AG médian de 32 SA +5j avec des extrêmes de 26 SA+6j et 36 SA+6j. Soixante-seize (86,36%) CP ont été transfusés en ABO compatibles : 72 iso-groupes et 4 non iso-groupes. Quatre-vingt-six (98,9%) CP ont été transfusés en iso groupe RhD. Deux CP fractionnés à partir d'un don d'origine maternelle, ont été transfusés chez un patient devant une forte suspicion de thrombopénie allo-immune avec un syndrome hémorragique. Ces CP ont été déleucocytés, irradiés et déplasmatisés. L'indication transfusionnelle a été conforme aux recommandations de la HAS dans 1000% des cas.

### **Conclusion**

Les CP ont été au deuxième rang des PSL transfusés au service de néonatalogie. Il est important de noter que la stratégie en matière de transfusion de concentrés plaquettaires ne fait pas toujours l'objet d'un consensus, en particulier en ce qui concerne les « seuils » transfusionnels. Le risque hémorragique néonatal ne tient pas uniquement au degré de la thrombopénie, qui constitue un faible facteur prédictif du risque hémorragique, mais aussi la coexistence d'autres comorbidités ou situations cliniques aggravant le risque, telles que la prématurité sévère (<28SA), la faible poids de naissance (<1000g), la CIVD...

## **P82- Les hydronéphroses néonatales : Aspects évolutifs et place de la scintigraphie rénale dynamique dans le protocole de prise en charge**

W. TABKA<sup>1</sup>, J. METHLOUTHI<sup>1</sup>, M. BELLALAH<sup>1</sup>, H. AYECH<sup>1</sup>, O. BOUABDALLAH<sup>1</sup>, A. ATROUS<sup>1</sup>, M. NOUIRA<sup>2</sup>, I. KACEM<sup>1</sup>, MGHIRBI<sup>1</sup>, S. NOURI<sup>1</sup>, N. MAHDHOU<sup>1</sup>.

1- Service de néonatalogie Farhat Hached, Sousse

2- Service de Médecine nucléaire Sahlou, Sousse

### **Introduction**

L'hydronéphrose est l'anomalie urinaire la plus communément observée aux échographies de dépistage anténatale et dont les étiologies sont multiples. La hantise est de les dépister précocement et de connaître leur (s) mécanisme (s) pour une meilleure prise en charge afin d'éviter et/ou limiter ses conséquences.

### **Objectifs**

Etudier les aspects étiologies et d'identifier les facteurs prédictifs de mauvais pronostic des hydronéphroses afin de proposer un arbre décisionnelle post-natale.

### **Matériel et méthodes**

Notre étude est une étude prospective s'étalant sur 7 ans (2007-2013) comportant tous les nouveau-nés suivis à la maternité du CHU Farhat Hached de Sousse pour hydronéphrose et ayant bénéficié de scintigraphie rénale dynamique au service de médecine nucléaire Sahloul de Sousse.

### **Résultats**

La prévalence des hydronéphroses est de 1.6 pour 1000 naissances vivantes. Quarante-vingt-quatre NN étaient sujets d'étude avec une prédominance masculine nette (sexe ratio = 3.4). L'hydronéphrose était dans la majorité des cas diagnostiquée en anténatale et dont la plupart était de grade I (45.5%) selon SFU. Le pourcentage de vrai positif était de 49,5%. Tous les NN ont bénéficié d'une exploration radiologique et fonctionnelle par une scintigraphie rénale. Au décours des explorations, 27% des scintigraphies étaient pathologiques avec 27 cas de syndrome de jonction, 1 cas de RVU, 2 cas de mégarectère, 1 seul cas de VUP (avec RVU bilatéral en post opératoire) et 53 cas de dilatations physiologiques de cavités excrétrices.

## **Conclusion**

Une approche générale intégrée, allant des explorations radiologiques, isotopiques et biologiques doit donc être adoptée devant toute hydronéphrose néonatale. A la lumière des résultats de notre travail, on propose un protocole de prise en charge post natale.

## **P83 - Accidents thrombotiques en milieu de réanimation néonatale**

S. KHATROUCH, A. ZAOUALI DRIDI, Z. ZAROUÏ, I. KASRAOUI, I. BOUDICHE,  
E. BEN HAMIDA, Z. MARRAKCHI

Service de réanimation néonatale. Hôpital Charles Nicolle de Tunis

### **Introduction**

L'incidence des évènements thrombotiques en pédiatrie diffère selon l'âge. Les nouveau-nés constituent une population à risque particulièrement ceux hospitalisés en réanimation. Les particularités de la coagulation et de la fibrinolyse en période néonatale exposerait à cette complication. La présence d'un cathéter central constitue une des causes majeures d'apparition d'une thrombose veineuse profonde chez ces enfants.

### **Objectif**

Décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives des accidents thrombotiques en milieu de réanimation néonatale.

### **Méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur 99 mois (du 1er janvier 2011 au 31 mars 2019), colligeant tous les nouveau-nés chez qui le diagnostic d'une thrombose vasculaire a été posé durant leur hospitalisation au service de réanimation néonatale de l'hôpital Charles Nicole de Tunis.

### **Résultats**

Nous avons colligé neuf cas de thromboses vasculaires. Le sex-ratio était de 1,25 (5 garçons et 4 filles). Le diagnostic a été établi durant les 72 premières heures de vie chez six patients et dans les 15 premiers jours de vie dans tous les cas.

Trois nouveau-nés étaient issus d'une grossesse multiple (deux grossesses gémel-

lares et une grossesse triplet induite par FIV).

Les grossesses étaient compliquées de pathologies gravidiques dans sept cas : menace d'accouchement prématuré (2 cas), diabète gestationnel (2 cas), thrombopénie gravidique (2 cas) et thrombophlébite maternelle (1 cas). L'accouchement a eu lieu par voie basse dans trois cas et par césarienne dans six cas. Le terme moyen était de 36 SA+6J +/- 3 SA, (Extrêmes de 30SA+1J et 41 SA+2J). Le poids moyen était de 2895 gr +/- 885 g (Extrêmes de 1140 gr et 3780 gr). L'Apgar était inférieur à 7 à la 5ème minute dans deux cas.

Les circonstances de découverte de l'accident thrombotique étaient : des convulsions néonatales dans trois cas, une hypotonie dans deux cas, un œdème localisé d'un membre dans deux cas, une circulation veineuse collatérale dans un cas et une détresse respiratoire dans un cas.

Cinq parmi nos malades avaient une thrombose veineuse de localisation cérébrale qui a été confirmée à l'IRM cérébrale. Les autres localisations de thromboses veineuses étaient : la veine iliaque externe (un cas), la veine céphalique (un cas) et la veine porte (un cas). Toutes ces localisations ont été confirmées par des échodoppler veineux. Un malade avait une thrombose de l'artère pulmonaire qui a été confirmée par angioscanner thoracique.

La thrombose survenait dans un contexte d'asphyxie périnatale avec acidose dans deux cas et d'inhalation de liquide méconial dans un cas. Trois parmi nos malades avaient des cathéters centraux.

Le bilan étiologique a objectivé un déficit en Protéine C et S avec mutation du gène MTHFR à l'état hétérozygote chez deux patients.

Le traitement était à base d'héparine à bas poids moléculaire chez tous les malades. Quatre malades ont eu un relais par les antiagrégants plaquettaires.

La durée moyenne du traitement était de trois mois +/- 2 mois (extrêmes de 6 semaines et 7 mois).

L'évolution était favorable avec reperméabilisation quasi-totale des axes vasculaires chez tous nos malades.

Un malade a gardé une hémiparésie séquellaire droite.

Nous n'avons noté aucun cas de thrombopénie induite par l'héparine, ni de complication hémorragique.

## **Conclusion**

Les thromboses vasculaires chez le nouveau-né sont rares. Elles peuvent être responsables d'une morbidité importante. Elles ne sont pas toujours aisées à diagnostiquer. Une meilleure connaissance de leurs facteurs de risque et de leurs présentations cliniques permettrait un diagnostic rapide et une prise en charge optimale.

## **P 84 - Gestion de la trachéotomie en milieu de réanimation néonatale : A propos de trois nourrissons**

O. MZOUGHI<sup>1</sup>, MC. GHARBI<sup>1</sup>, MY. AISSA<sup>1</sup>, N. MLIKA<sup>1</sup>, H. BEN SALEM<sup>1</sup>, W. BARBARIA<sup>1</sup>, N. KASDALLAH<sup>1</sup>, S. BLIBECH<sup>1</sup>, M. DOUAGI<sup>1</sup>

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

### **Introduction**

La trachéotomie reste une pratique exceptionnelle dans un service réanimation néonatale. Avec les avancées médicales en pédiatrie, la place de la trachéotomie a évolué.

### **Objectifs**

Préciser les indications, les modalités de prise en charge et les complications des trachéotomies chirurgicales infantiles.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective sur 3 cas de trachéotomies réalisées au service de réanimation de l'HMPIT entre 2004 à 2019.

### **Résultats**

**Observation 1 :** Omar a été hospitalisé à notre service dès la naissance pour la prise en charge d'une très grande prématurité (25 SA). Il a présenté une maladie de membranes hyalines compliquée d'une dysplasie broncho-pulmonaire sévère. Une trachéotomie a été indiquée à l'âge de 13 mois pour échec de sevrage ventilatoire. Il a bénéficié de soins réguliers de la trachéotomie pendant 7 mois pour être décanulé à l'âge de 20 mois. Avec un recul de 8 ans, l'enfant présente une paralysie cérébrale avec des progrès cognitifs et moteurs. **Observation 2 :** Tayssir nous a été transférée d'un service d'ORL pour la prise en charge postopératoire d'un kyste sous-glottique à l'âge de 17 mois. Elle avait des antécédents d'asphyxie périnatale avec une ventilation assistée pendant 48 heures. A 15 mois, elle a développé une dyspnée laryngée persistante en rapport avec une masse trachéale sous-glottique. La masse n'a pu être reséquée que par voie de trachéotomie. Une dyspnée laryngée s'en est suivie impliquant la pose d'une canule de trachéotomie. Elle a été décanulée au bout de 72 heures avec des suites simples. Il s'agissait d'un kyste épidermique. Avec un recul de 5 ans, l'examen de l'enfant est normal. **Observation 3 :**

Israa, née à terme et eutrophique, a présenté dès sa naissance une absence d'autonomie respiratoire. Elle a bénéficié d'une assistance ventilatoire avec un échec de sevrage. Une trachéotomie a été réalisée à l'âge de 5 mois. Des complications ont été notées à type d'encombrement, de pneumothorax et de décanulation accidentelle. Un syndrome d'Ondine est suspecté. L'évolution était fatale à l'âge de 7 mois.

### **Conclusion**

Les indications de la trachéotomie sont rares en milieu néonatal. Les complications de cette technique sont potentiellement graves. Ceci explique la nécessité d'une prise en charge dans un centre spécialisé au sein d'une équipe pluridisciplinaire avec des protocoles de soins bien définis.

## **P85- Le syndrome de Donohue ou lépréchaunisme : à propos d'un cas.**

R. BEN KHALIFA<sup>1</sup>, MYE. CHEOUR, SDIRI, MERMECH<sup>1</sup>, SA. KACEM<sup>1</sup>, I. CHELLI<sup>1</sup>, I. KHAMESSI<sup>1</sup>

1. Service de Médecine et de Réanimation Néonatale, centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Tunisie

2. Service de pédiatrie et de néonatalogie, Hôpital Hbib Bougatfa, CHU de Bizerte (

### **Introduction**

Le syndrome de Donohue est un syndrome congénital d'insulinorésistance sévère caractérisé d'un retard de croissance intra-utérin et post-natal, une dysmorphie particulière et des troubles métaboliques. C'est une maladie autosomique récessive extrêmement rare due à une mutation du gène INSR codant pour le récepteur de l'insuline.

### **Objectifs**

Connaître le syndrome de Donohue, ses particularités cliniques, diagnostiques et sa prise en charge.

### **Matériel et méthode**

C'est une étude d'un cas.

## Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, issu d'un couple consanguin au premier degré, d'une mère âgée de 37 ans, GIV PII, aux antécédents des deux fausses couches spontanées. Il est issu d'une grossesse marquée par la constatation à l'échographie du deuxième trimestre d'un retard de croissance intra-utérin et un oligoamnios. Il est né à terme (37SA et 3j) par césarienne et utérus cicatriciel de retard de croissance intra-utérin, avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. L'examen à la naissance objective un retard de croissance harmonieux au 3ème percentile, une dysmorphie particulière faite de fentes palpébrales larges, une grande bouche, un retrognathisme et des grandes oreilles bas implantées. Par ailleurs, il présente un hirsutisme, une surélévation des mamelons et un ballonnement abdominal. La radiographie thoracique montre une cardiomégalie mais l'échocardiographie est sans anomalies ainsi que l'échographie transfontanellaire alors que l'échographie abdominale objective une hépatomégalie homogène. Des hypoglycémies et des hyperglycémies anarchiques sont miss en évidence dès la naissance. L'hyper insulinémie confirmée ainsi que l'élévation du peptide C ont conduit au diagnostic de syndrome d'insulinorésistance. Le diagnostic de lépréchaunisme est porté sur des données cliniques ainsi que biologiques alors que l'étude moléculaire est en cours.

## Conclusion

Le lépréchaunisme est une maladie rare mais de pronostic très réservé. Dans un contexte familial ou en présence d'un cas index, la récurrence est possible dans 25% des cas. Le diagnostic anténatal peut être moléculaire mais aussi échographique et évoqué devant l'association d'un retard de croissance intra-utérin sévère à une dysmorphie faciale caractéristique parfois associée à d'autres anomalies telles que des anomalies des organes génitaux externes ou une hypertrophie des organes pleins.

## **P86 - Ritscher-Schinzel Syndrome: occurrence of cranio-cerebello-cardiac dysplasia (3C Syndrome). About a case report**

MC. GHARBI<sup>1</sup>, O. MZOUGH<sup>1</sup>, N. MLIKA<sup>1</sup>, S. BEN AHMED<sup>1</sup>, H. BEN SALEM<sup>1</sup>,  
W. BARBARIA<sup>1</sup>, N. KADALLAH<sup>1</sup>, S. BLIBECH<sup>1</sup>, M. DOUAGI<sup>1</sup>

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

### **Introduction**

Ritscher-Schinzel syndrome, also known as the 3C syndrome, is a rare, autosomal recessive syndrome characterized by craniofacial, cerebellar and cardiac anomalies. The craniofacial features include a distinctive facial dysmorphism, cleft palate and ocular coloboma. Cerebellar anomalies are Dandy-Walker malformation and vermis hypoplasia. The cardiovascular anomalies include atrial and ventricular septal defects, tetralogy of Fallot, double outlet right ventricle, hypoplastic left heart syndrome, aortic or pulmonary stenosis and other valvular anomalies.

### **Objectifs**

The aim of this paper is to describe the characteristics of a case of 3C syndrome with a review of literature.

### **Matériel et méthodes**

We report a neonatal observation of 3C syndrome.

### **Résultats**

**Case report :** Mariem was the first girl of non-consanguineous parents. The family history was not remarkable. In pregnancy follow-up, the morphological ultrasound done at 26 weeks of amenorrhea showed a polymalformative syndrome made of : vermian agenesis with an enlargement of cisterna magna, a single left ventricle and hyperechogenic renal images. The therapeutic interruption of the pregnancy was refused by the parents. A gravidic toxemia complicated the pregnancy with premature birth at the 31th week. Several dysmorphic features were recorded soon after birth : prominent occiput, hypertelorism, down-slanting palpebral fissures, depressed nasal bridge, cleft palate and micrognathia. Brain imaging showed vermian agenesis without associated hydrocephalus. Cardiac investigations disclosed a single left ventricle with polygonal artery hypoplasia. Abdominal ultrasound showed multi-

cystic dysplastic kidneys. The evolution was fatal at the seventh day of life following a heart failure. The clinical manifestations presented by our patient are consistent with the description of Ritscher-Schinzel's syndrome in the literature.

### **Conclusion**

The exact etiology of 3C syndrome is still unknown. The prognosis is always pejorative due to cardiac malformations, hence the necessity of prenatal diagnosis.

## **P87- Allo immunisation foeta-maternelle par anticorps anti privé : à propos d'un cas**

R. BEN KHALIFA<sup>1</sup>, MFW. CHEOUR, AYARI<sup>1</sup>, S. KACEM<sup>1</sup>

1- Service de Médecine et de Réanimation Néonatale, centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Tunisie (

### **Introduction**

L'allo immunisation érythrocytaire foeto-maternelle reste la première cause d'anémie foetale. Cette pathologie est particulièrement grave exposant à des complications foetales à tpe d'anasarque, de lésions cérébrales hypoxiques et de mort foetale in utéro ainsi que des complications néonatales telles que l'ictère voire le décès. Les plus fréquentes restent l'allo immunisation anti Rh-D. L'allo immunisation contre un antigène privé reste toutefois très rares.

### **Objectifs**

Connaître l'importance de dépister et de surveiller les grossesses à risque d'allo immunisation foeto-maternelle.

### **Matériel et méthodes**

C'est une étude d'un cas vécu au service de néonatalogie.

### **Résultats**

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né, de sexe masculin, issu d'un mariage non consanguin, d'une mère âgée de 30 ans G II P I aux antécédents d'une mort foetale in utéro inexpiquée, d'une grossesse menée au terme de 35 semaines d'aménorrhée pour suspicion d'une chorioamniotite. Il est né par césarienne avec

mauvaise adaptation à la vie extra-utérine et une détresse respiratoire néonatale nécessitant son intubation en salle de naissance. L'évolution est marquée par l'apparition d'un ictère précoce hémolytique d'origine immunologique. Le diagnostic retenu était une incompatibilité foeto-maternelle liée à un anticorps anti-privé qui est identifié par un test d'élution. Une exsanguino-transfusion a été pratiquée dans les 48 premières heures de vie avec suites favorables malgré une lourde prise en charge.

### **Conclusion**

A travers cette observation, nous avons voulu mettre l'accent sur l'importance de dépister et surveiller l'allo-immunisation maternelle et d'en apprécier le retentissement foetal ou néonatal afin de mettre en place le traitement le plus adapté.

## **P 88 - Place du Paracétamol dans le traitement du canal artériel persistant chez le prématuré**

N. BRAHIM<sup>1</sup>, A. LOUATI<sup>1</sup>, S. HADJ HASSINE<sup>1</sup>, A. AYARI<sup>1</sup>, A. HAJJI<sup>1</sup>, K. MENIF<sup>1</sup>,  
A. BORGHI<sup>1</sup>, N. BEN JABALLA<sup>1</sup>

### **1- Réanimation pédiatrique polyvalente**

#### **Introduction**

Plusieurs molécules sont disponibles, actuellement pour le traitement du canal artériel. Des études récentes ont montré que le paracétamol, en inhibant la cyclo-oxygénase, pourrait être considéré comme un médicament alternatif pour le traitement du CAHS.

#### **Objectifs**

Évaluer l'efficacité et l'innocuité du Paracétamol dans le traitement du CAHS

#### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons une série de treize nouveau-nés prématurés (âge gestationnel moyen 31 SA, poids moyen 1472 g), traités par du Paracétamol pour persistance du CAHS. Le diagnostic du CAHS a été porté devant l'existence à l'échocardiographie d'un diamètre du canal artériel  $\geq 1,5$  mm / kg de poids et ou un rapport

oreillette gauche: aorte > 1,5. Le paracétamol par voie IV a été administré à la dose de 60 mg / kg/jours en quatre fois. L'efficacité du Paracétamol a été jugée sur la fermeture du CAHS à l'échocardiographie.

### **Résultats**

L'efficacité du Paracétamol a été évaluée chez seulement 10 patients parmi les 13, les trois autres sont décédés avant la fin du traitement. Parmi ces 10 patients, le paracétamol a permis la fermeture du canal artériel chez 9 nouveaux nés. Chez le 10ème bébé la fermeture du canal artériel a été chirurgicale après échec du paracétamol relayé par une cure d'Ibuprofène. Aucun effet indésirable n'a été observé.

### **Conclusion**

L'efficacité et l'innocuité du Paracétamol semblent comparables à celles de l'ibuprofène dans le traitement du CAHS.

## **P 89 - Anémie néonatale liée à l'atransferritinémie congénitale : à propos d'un cas**

D. FELLAH<sup>1</sup>, C. DGAIS<sup>1</sup>, K. CHRAIET<sup>1</sup>, A. GUEDRIA<sup>1</sup>, H. BACHROUCHE<sup>1</sup>

**1- Service de Pédiatrie et de Néonatalogie , Hôpital Mohamed Tlatli - Nabeul**

### **Introduction**

Les anémies néonatales sévères où le taux d'hémoglobine est inférieur à 10 g/dl sont rattachées à trois grands chapitres ; l'hémolyse, l'hémorragie et la dyserythropoïèse .Cette dernière peut être d'origine génétique, infectieuse ou secondaire à un déficit en matière première tel que le fer par un défaut de transfert.

### **Objectifs**

Rapporter un cas d'anémie de découverte anténatale en rapport avec une atranferritinémie congénitale.

### **Matériel et méthodes**

Rapporter un cas d'anémie de découverte anténatale en rapport avec une atranferritinémie congénitale.

## Résultats

Il s'agit du nouveau né M.Z, issu d'un mariage consanguin de premier degré, admis dans notre service pour DRNN et RCIU. La grossesse était bien suivie, sans dysgravidies. Mère immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole avec Ag Hbs et syphilis Négatifs. Découverte à l'échographie T3 d'une vitesse accélérée au niveau de l'artère cérébrale moyenne en faveur d'une anémie fœtale sans insuffisance cardiaque ou signes d'anasarque foeto-placentaire associés. Naissance par césarienne à un terme de 34 SA pour menace d'accouchement prématuré. PN= TN= PCN= , avec bonne adaptation à la vie extra utérine. A l'examen le NNé était pâle sans syndrome tumoral ni troubles hémodynamiques. Le score de silverman était à 3 avec bonne évolution sous Hood pendant 6h. Pas de dysmorphie faciale ni malformations décelables. A la biologie, on a objectivé une anémie hypochrome microcytaire régénérative à 8,7g/dl avec un TCD négatif. Devant ce tableau, un bilan étiologique exhaustif a été fait éliminant l'origine centrale devant un myélogramme fait montrant une moelle riche sans blocage des précurseurs erythroblastiques ni envahissement. Une origine périphérique par perte hémorragique ou par hémolyse que ce soit immunologique ou non immunologique a été éliminée par un bilan infectieux négatif et pas d'incompatibilité même dans les sous groupes. Le nouveau né a reçu plusieurs transfusions par CGR phénotypés avec une récurrence de l'anémie 10 à 15 jours après. On a complété alors par un bilan martial complet devant la forte suspicion d'une origine centrale carencielle liée à une anomalie héréditaire du métabolisme du fer, objectivant une transferritinémie effondrée. L'évolution suite à des transfusions sanguines récurrentes a été faite vers une surcharge en fer avec une ferritinémie à 900 ng/ml.

## Conclusion

L'atransferritinémie congénitale est une maladie très rare, seulement 16 cas ont été rapportés, qui se transmet selon un mode autosomique récessif. C'est une maladie non curable, qui peut se compliquer d'une surcharge en fer source de plusieurs complications tel que la cirrhose hépatique, l'insuffisance cardiaque ou une endocrinopathie.

## **P90 – Accidents vasculaires artériels ischémiques à révélation néonatale : à propos de 14 observations**

C. REGAIEG, M. CHARFI, A. BEN THABET, A. GARGOURI

Service de Néonatalogie – CHU Hédi Chaker de Sfax

### **Introduction**

L'accident vasculaire artériel ischémique (AVCi) est rare à la période néonatale. Sa prévalence est estimée de 1/2800 à 1/1 5000 chez les nouveau-nés (NNé) à terme. Il constitue la première cause de paralysie cérébrale. La pathogénie n'est pas claire, ce qui limite le développement de stratégies de traitement et de prévention.

### **Objectifs**

Etudier les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des NNés à terme atteints d'AVCi).

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective incluant 14 NNés à terme atteints d'AVCi et hospitalisés dans le service de néonatalogie de Sfax.

### **Résultats**

Il s'agissait de 11 filles et 3 garçons. La grossesse était gémellaire dans 3 cas dont 2 cas avaient présentés un décès fœtal intra-utérin. Le score d'Apgar était toujours normal. La majorité des patients avait présenté des symptômes au cours des 3 premiers jours de vie : convulsions précoces (8 cas) et hypotonie ou altération de l'état de conscience (4 cas). Une ischémie du membre supérieur droit était la première manifestation chez un seul patient. La découverte était fortuite par l'imagerie chez un NNé asymptomatique. L'ETF et l'angio-TYDM cérébrale étaient réalisées chez tous les NNés alors que l'IRM n'a été faite que chez 7 malades. L'échocardiographie était normale. L'EEG était pathologique dans tous les cas. Les lésions d'AVC étaient uniques dans 11 cas intéressant l'artère cérébrale moyenne ou antérieure. L'atteinte était gauche chez 9 patients. Le bilan de thrombophilie était normal pour tous les patients. L'étude génétique réalisée dans 3 cas, a montré la présence de la mutation facteur V Leiden dans 2 cas et la mutation MTHFR dans un autre cas. Tous les patients avaient reçu des antiépileptiques dès ma première semaine de vie. Un seul patient avait reçu un traitement anti thrombotique. Après un recul moyen de 4

ans, 2 patients étaient épileptiques, 5 patients avaient une hémiparésie spastique et 3 avaient une tétraparésie spastique.

### **Conclusion**

L'AVC néonatal est une pathologie non exceptionnelle ; Il se révèle souvent par des convulsions focales ; Le territoire vasculaire le plus touché est celui de l'artère sylvienne gauche. La recherche d'une anomalie de l'ghémostase (thrombophilie) et l'étude génétique doivent être systématiques.

## **91 – Prise en charge de la transposition des gros vaisseaux en réanimation néonatale**

T. KHEMIS, M. EL GHALI, A. CHAABANE, J. BAHRI, I. DHOUIBI, K. BEN AMEUR, H. BEN HAMIDA, H. AJMI\*, S. HAMDI\*\*, F. MAATOUK\*\*, I. NAFFÉTI\*\*\*, E. BOUGHZÉLA\*\*\*, 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

\*\* Service de Pédiatrie, Hôpital Sahloul

\*\*\*Service de Cardiologie B, CHU Monastir

\*\*\*\*Service de Cardiologie, Hôpital Sahloul.

### **Introduction**

La transposition des gros vaisseaux est la malformation cardiaque cyanogène la plus fréquente chez le nouveau-né. Elle est caractérisée par une malposition des vaisseaux: l'aorte est issue du ventricule droit et l'artère pulmonaire du ventricule gauche. Le diagnostic anténatal a bouleversé le pronostic des nouveaux nés porteurs de cette malformation.

### **Patients et méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective, incluant tous les nouveau-nés porteurs de cardiopathie cyanogène type transposition des gros vaisseaux hospitalisés au service de réanimation et de médecine néonatale de Monastir entre juillet 2010 et décembre 2018.

## Résultat

Vingt cas ont été colligés. Le diagnostic anténatal a été fait chez 12 fœtus. Le sex-ratio était de 1,2. Le motif d'admission était une cyanose généralisée dans 17 cas. La transposition des gros vaisseaux était simple c'ad sans autres malformations cardiaques dans tous les cas. Dans 8 cas la prostine® a été prescrite dès le diagnostic comme thérapeutique d'attente d'une atrioseptostomie. La manœuvre de Rashkind a été réalisée dans 10 cas dont une s'est compliquée d'une thrombose profonde de la veine fémorale. Neuf nouveau-nés ont été opérés à l'étranger avec un taux de réussite de 100%. Sept nouveau-nés étaient décédés avant la correction chirurgicale.

## Conclusion

La transposition des gros vaisseaux est une cardiopathie traitable dans la majorité des cas. Le pronostic dépend étroitement de la précocité de la prise en charge en postnatal. Pour améliorer le pronostic des nouveau-nés porteur de cette malformation en Tunisie, des efforts dans le diagnostic anténatal et dans la prise en charge chirurgicale restent à fournir.

## P 92 - Toute tuméfaction de la cuisse chez un nourrisson n'est pas un abcès froid

T. MILI<sup>1</sup>, M. OUMAYMA<sup>1</sup>, Y. BEN AHMED<sup>1</sup>, F. NOUIRA<sup>1</sup>, R. JOUINI, S; JLIDI<sup>1</sup>

Chirurgie pédiatrique B Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis

### Introduction

Le lymphangiome est une tumeur vasculaire bénigne, rare, d'origine lymphatique. Le lymphangiome cervico-facial congénital de l'enfant est la forme principale. La localisation au niveau des membres notamment au niveau des cuisses fait partie des localisations les moins communes et peut prêter à confusion chez le nourrisson avec un abcès froid post-vaccinal.

### Objectifs

Savoir évoquer devant une tuméfaction de la cuisse chez un nourrisson d'autres diagnostics qu'un abcès froid et ne pas se précipiter pour la mise à plat.

## **Matériel et méthodes**

Case report et revue de la littérature.

## **Résultats**

Observation : Nous rapportons le cas d'une nourrisson de sexe féminin, âgée de 3 mois qui nous a été adressée pour mise à plat d'une tuméfaction de la cuisse droite apparue il y 1 mois et ayant augmenté progressivement de volume. Pas de notion de traumatisme ni de piqûre d'insectes. Notion d'injection vaccinale homolatérale à laquelle les parents rattachent la symptomatologie. A l'examen, le nourrisson était apyrétique. Il s'agissait d'une tuméfaction de la cuisse droite molle indolore faisant environ 7 cm de grand axe transilluminable. Une échographie de parties molles a été demandée et l'aspect était en faveur d'un lymphangiome kystique. L'évolution était favorable sous sclérothérapie.

## **Conclusion**

Le lymphangiome kystique siège rarement au niveau des cuisses. Il faut néanmoins y penser devant toute tuméfaction de la cuisse chez le nourrisson vu le risque d'inoculation septique en cas de mise à plat. La transillumination est pathognomonique, mais son absence ne permet pas d'éliminer le diagnostic. L'échographie est utile pour le diagnostic.

## **P 93 - Les lymphomes en pédiatrie : un diagnostic pas toujours facile!**

SAFI F.\*, BOUAZIZ K.\*, GARGOURI L.\*, HSAIRI M.\*, TRICHILLI S.\*, HDIGI S. \*\*, ELLOUMI M. \*\*, MAHFOUFH A.\*

\* Service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatriques, CHU Hédi Chaker, Sfax

\*\* Service d'hématologie CHU Hédi Chaker, Sfax

## **Introduction**

Chez l'enfant, le lymphome est le troisième type de cancer le plus fréquent. Il représente 11 % des cas de cancers de l'enfant après les leucémies (19 %) et les tumeurs du système nerveux central (24 %). Les lymphomes chez l'enfant étant rarissimes chez les bébés de moins de 2 ans sont surtout diagnostiqués après l'âge de 5 ans.

## **Patients et méthode**

Il s'agit d'une étude rétrospective entre 2006 et 2018 colligeant tous les patients hospitalisés pour lymphome dans le service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatriques du CHU Hédi Chaker de Sfax.

## **Résultats**

Dix patients étaient colligés d'âge moyen de 6ans et 7 mois avec un sex-ratio de 1. Le motif de consultation était une altération de l'état général chez 5 patients, des adénopathies chez 2 patients, une symptomatologie digestive faite de douleur et ballonnement abdominal dans 3 cas et une symptomatologie respiratoire faite de toux et dyspnée dans 3 autres cas. A l'examen clinique, 3 patients étaient fébriles, 7 patients avaient des adénopathies. L'examen a objectivé une distension abdominale chez 4 malades. La biologie a montré une ascension de la VS et de la CRP chez 6 patients associée à une anémie et leucopénie dans 3 cas. Un taux augmenté de LDH a été noté chez 6 patients et de l'acide urique dans 2 autres cas. La radiographie thoracique a montré un épanchement pleural dans 4 cas, un élargissement médiastinal dans 2 autres cas et était normale chez les autres patients. L'exploration par un scanner thoaco-abdomino- pelvien a objectivé des adénopathies abdominales et un épaissement mésentérique dans 2 cas, des masses abdomino-pelviennes dans 2 cas, une masse thoracique compressive dans 2 autres cas et un infiltrat mésentérique dans un seul cas. Le diagnostic retenu après la biopsie était un lymphome de Burkitt dans 5 cas, un lymphome T dans 3 cas, un lymphome B dans un seul cas et un lymphome malin hodgkinien dans l'autre cas. Le délai moyen de la confirmation diagnostic après le début de la symptomatologie était de 40 jours. Tous nos patients étaient transférés dans un centre de prise en spécialisée.

## **Conclusion**

Le pronostic reste favorable avec une survie globale à 5 ans supérieure à 70%. Le taux de guérison des lymphomes est passé de moins de 20% à plus de 80%, pour autant que la maladie soit détectée rapidement et que l'enfant soit confié immédiatement à une unité spécialisée en oncologie pédiatrique.

## **P94 - Exophtalmie d'origine tumorale de l'enfant : quand s'alarmer ?**

M. NOOMEN<sup>1</sup>, F. FEDHILA BEN AYED<sup>1</sup>, S. RHAYEM<sup>1</sup>, E. JBEBLI<sup>1</sup>), A. CHEBBI<sup>1</sup>,  
S. HADDED<sup>1</sup>, M. KHEMIRI<sup>1</sup>,

**1- SERVICE DE MEDECINE INFANTILE A HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS**

### **Introduction**

L'exophtalmie se définit par une protrusion du globe oculaire dans l'orbite. Le plus souvent, la présence de signes inflammatoires chez l'enfant fait évoquer une cellulite orbitaire. Toutefois, en dehors de la pathologie infectieuse, l'exophtalmie, surtout quand elle s'installe progressivement, est souvent soit d'origine endocrinienne ou tumorale.

### **Objectifs**

Décrire les caractéristiques cliniques et radiologiques des exophtalmies d'origine tumorale de l'enfant afin de souligner les signes alarmants évocateurs de malignité.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective à l'unité d'oncologie du service de médecine infantile A de l'Hôpital d'Enfants « Béchir Hamza » de Tunis qui a colligé les cas d'exophtalmie d'origine tumorale sur une période de 12 ans (Mai 2007 - Mars 2019).

### **Résultats**

Il s'agit de 12 enfants (7 garçons et 5 filles) dont l'âge moyen était de 3.6 ans [9mois-12ans]. La durée moyenne d'installation de l'exophtalmie était de 2 mois et demi (15 jours- 11mois). Elle était bilatérale dans 3 cas. Les troubles de l'oculomotricité étaient absents dans 75% des cas. Les signes cliniques associés orientant vers l'origine tumorale de l'exophtalmie étaient principalement une altération de l'état général (3 cas), une leucocorie (2 cas), une masse abdominale associée (3 cas), des adénopathies périphériques (2 cas), des douleurs osseuses (1 cas) et des lésions cutanées (6 cas). Dans le cadre de l'exploration de cette exophtalmie, l'échographie orbitaire a été réalisée dans 2 cas (rétinoblastomes) et l'IRM orbito-cérébrale dans 6 cas. Dans les autres cas, le diagnostic a été orienté par d'autres explorations (NFS et myélogramme). L'exophtalmie était en rapport avec un neuroblastome métastatique (3 cas), un rétinoblastome à haut risque (2 cas), un rhabdomyosarcome orbitaire (2 cas), un gliome du nerf optique (2 cas), une leucémie aigue myéloïde (1

cas), une histiocytose non langerhansienne (1 cas) et un hémangiome orbitaire (1 cas). Le diagnostic a été confirmé par l'examen anatomopathologique de l'énucléation (rétinoblastome), de la masse abdominale (neuroblastome), de la masse orbitaire (rhabdomyosarcome, histiocytose) et sur les données de l'IRM seule (hémangiome, gliome du nerf optique).

### **Conclusion**

Une approche clinique et paraclinique minutieuse est nécessaire pour faciliter un diagnostic précis d'exophtalmie de l'enfant. Le rétinoblastome et le rhabdomyosarcome en constituent les tumeurs les plus fréquentes. L'imagerie et particulièrement l'IRM est d'un grand apport dans le diagnostic positif et le bilan d'extension puisqu'elle permet souvent à elle seule une orientation en cas de pathologie tumorale, de par la localisation tumorale, l'extension de la tumeur et son aspect limité ou non. La biopsie au moindre doute permet de faire un diagnostic précis et d'orienter la prise en charge secondaire chirurgicale ou non chirurgicale.

## **P 95 - Masse Rénale en Pédiatrie, et si ce n'était pas un Néphroblastome ?**

S. ESSEGHAIER<sup>1</sup>, S. RHAYEM<sup>1</sup>, E. JBEBLI<sup>1</sup>, A. CHERIEG<sup>2</sup>, S. SAHLI<sup>3</sup>, S. HADDED<sup>1</sup>,  
M. HAMZAOUI<sup>4</sup>, S. JLIDI<sup>4</sup>, F. FEDHILA BEN AYED<sup>1</sup>, M. KHEMIRI<sup>1</sup>,

1- SERVICE DE MEDECINE INFANTILE A HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS

2- SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE B HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS

3- SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE A HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS

4- SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE A HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS

### **Introduction**

Les masses rénales chez l'enfant sont souvent représentées par le néphroblastome ou tumeur de Wilms (près de 85% des cas). Toutefois, elles peuvent correspondre dans certains cas à des pathologies pseudo-tumorales ou des tumeurs rénales malignes de type non Wilms. Le diagnostic repose sur les données de l'anamnèse, l'imagerie, la biologie et les données histologiques.

## **Objectifs**

Etudier les différentes présentations cliniques et radiologiques des masses rénales de type non Wilms chez l'enfant, pouvant poser un problème de diagnostic différentiel avec le néphroblastome.

## **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective, menée dans l'unité d'oncologie du service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis incluant les patients suivis pour masses rénales autres que Néphroblastome au cours de la dernière décennie.

## **Résultats**

Notre étude a colligé 19 masses rénales chez 12 garçons et 7 filles. Les tumeurs colligées étaient des sarcomes à Cellules Claires du Rein (SCCR) (n=5), des tumeurs Rhabdoïdes (n=3), des carcinomes rénaux à cellules claires (CCR) (n=3) dont un cas lié à la translocation XP11.2, un carcinome papillaire (n=1), des neuroblastomes envahissant le rein (n=5) et des pyélonéphrites xanthogranulomateuses (n=2). L'âge moyen des patients était de 42,7 mois (extrêmes:0-13 ans). Les circonstances de découverte les plus fréquentes étaient une masse abdominale (n=6) et une hématurie macroscopique (n=5). Une hypercalcémie a été retrouvée chez deux patients. A l'imagerie, la tumeur était bien limitée dans 17 cas avec une taille moyenne de 81 mm\*76 mm\*70 mm et siège de calcifications dans 10 cas (4/5 Neuroblastomes). Une nécrose a été retrouvée dans 10 cas (3/5 neuroblastome, 3/4 SCCR), un refoulement des axes vasculaires a été décrit chez 7/19 cas (4/5 neuroblastomes) et une thrombose vasculaire dans 3 cas (3 neuroblastomes). La tumeur était métastatique chez 3 patients (2 Tumeurs Rhabdoïdes, 1 SCCR). On a eu recours à une biopsie dans 10 cas devant des atypies cliniques ou radiologiques. Une uretéro-néphrectomie-élargie unilatérale a été réalisée chez 17 cas. Actuellement 12/17 patients sont en rémission complète, 5 enfants sont décédés et un malade est encore son traitement.

## **Conclusion**

Devant une masse rénale pédiatrique, une ponction biopsie rénale est recommandée en cas d'atypies cliniques et/ou radiologiques afin d'étayer le diagnostic et éliminer une tumeur autre que néphroblastome avant de démarrer le traitement.

## **P96 - Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant**

S. HOUIDI<sup>1</sup>, N. KAABAR

### **1- Chirurgie pédiatrique Hôpital Habib Thameur**

#### **Introduction**

Les tumeurs rénales chez l'enfant sont le plus souvent malignes dominées par le néphroblastome. Le diagnostic est établi sur la confrontation des données cliniques, notamment l'âge, et des résultats des techniques d'imagerie.

#### **Objectifs**

Prise en charge des tumeurs malignes du rein

#### **Matériel et méthodes**

C'est une étude rétrospective sur une période de 12 ans (2005 à 2016), incluant tous les enfants pris en charge au service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Habib Thameur de Tunis pour une tumeur rénale maligne.

#### **Résultats**

Il s'agissait de 27 patients porteurs de néphroblastome : l'âge moyen était de 53 mois, avec une prédominance masculine, sexe ratio de 1.4. La masse abdominale était la circonstance de découverte la plus fréquente 72,4% des cas. Les patients ont été essentiellement explorés par une échographie abdominale et un scanner thoraco-abdominal. Un dosage de VMA urinaire a été pratiqué chez 14 de nos patients. Tous nos patients ont bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante. Ils ont été opérés puis ils ont reçue une chimiothérapie post opératoire selon le stade. On a déploré un seul décès secondaire à une métastase pulmonaire. Deux cas de tumeur rhabdoïde rénale : Le premier cas était un garçon âgé de 14 mois, présentant une masse abdominale. L'échographie et la TDM abdominale ont évoqué le diagnostic de néphroblastome avec la présence de métastases pulmonaire. IL a été opéré avec une chimiothérapie pré et post opératoire. Les suites post opératoires étaient simples. L'examen histologique à conclu a une tumeur rhabdoïde du rein. Le deuxième cas était un nouveau né ayant un diagnostic anténatal d'une masse rénale gauche. La TDM abdominale était en faveur d'une tumeur rénale avec métastases hépatiques. Une scintigraphie osseuse a objectivé plusieurs zones d'hyperfixations. Il a eu une urétéro-nephrectomie élargie. L'histologie a conclu à une tumeur rhab-

doïde du rein. Il est décédé un mois après l'intervention. Deux cas de carcinome rénal : Il s'agissait de deux garçons âgés de 3ans 4 mois et 9 ans. Ils ont présenté une hématurie totale avec à l'examen physique découverte d'une masse abdominale. Les deux enfants ont eu une biopsie scannoguidée percutané qui a été en faveur d'un carcinome rénale à cellules claires. Ils ont eu une urétéronéphrectomie élargie avec curage ganglionnaire. Les suites post opératoires étaient simples.

### **Conclusion**

Les tumeurs du rein de l'enfant sont dominées par le néphroblastome dont le pronostic s'est considérablement amélioré dans les dernières années. Les classifications actuelles permettent de mieux adapter le traitement à chacun, afin de réduire les séquelles iatrogènes, tout en maximisant les chances de guérison.

## **P97- Les cancers de l'enfant : errances diagnostiques**

E. TRABELSI<sup>1</sup>, M. BOUCHOUICHA<sup>1</sup>, S. RHAYEM<sup>1</sup>, E. JBEBLI<sup>1</sup>, S. HADDED<sup>1</sup>,  
F. FEDHILA BEN AYED<sup>1</sup>, M. KHEMIRI<sup>1</sup>

SERVICE DE MEDECINE INFANTILE A HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS (1),

### **Introduction**

Lorsque le cancer est détecté tôt, le traitement est souvent plus efficace, les chances de survie sont meilleures, et les traitements s'avèrent généralement moins intensifs. D'importants progrès peuvent être réalisés pour améliorer la vie de ces enfants si le cancer est détecté suffisamment tôt et si les soins sont administrés rapidement. Dans certaines situations, les cancers peuvent mimer des pathologies non tumorales particulièrement infectieuses.

### **Objectifs**

il s'agit d'une étude rétrospective ayant concerné les enfants hospitalisés à l'unité d'oncologie pédiatrique de l'hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis porteurs de cancers dont le diagnostic a longtemps erré vers des pathologies infectieuses.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant concerné les enfants hospitalisés à l'unité d'oncologie pédiatrique de l'hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis porteurs de cancers dont le diagnostic a longtemps erré vers des pathologies infectieuses.

## Résultats

Nous avons colligé huit enfants, sept garçons et une fille. L'âge moyen était de six ans trois mois (extrêmes : 9 mois - 14 ans). Le délai diagnostique moyen était de 3 mois (extrêmes : 20 jours - 8 mois). Chez 2 patients porteurs de neuroblastome abdominal stade IV avec métastases ostéomédullaires, et un autre ayant un sarcome d'Ewing du tibia, la maladie a été révélée par des douleurs osseuses et le diagnostic initialement évoqué était celui d'ostéomyélite du membre inférieur pour laquelle la mise à plat réalisée dans 2 cas était blanche. Chez 2 autres patients porteurs l'un d'une tumeur rhabdoïde de la cuisse et l'autre d'un lymphome Hodgkinien abdominal, le diagnostic de tuberculose avait été initialement évoqué et redressé secondairement par la biopsie. Dans les 3 autres observations, une infection à germes banals a été évoquée : un neuroblastome cervical traité à tort comme adénophlegmon, un neuroblastome surrénalien mimant un abcès de la surrénale et un rhabdomyosarcome pelvien traité comme adénite inguinale secondaire à un traumatisme du pied surinfecté. Le diagnostic de pathologie tumorale a été évoqué dans 4 cas par l'imagerie (échographie, TDM ou IRM) et a été redressé dans tous les cas par la preuve histologique.

## Conclusion

Les délais diagnostiques des cancers pédiatriques sont parfois longs et multifactoriels. Les déterminants possibles sont la non spécificité des symptômes, la fréquence des signes d'allure banale simulant des pathologies infectieuses. C'est pourquoi, une vigilance particulière doit être accordée aux symptômes persistants ou mal élucidés de l'enfant, afin qu'un diagnostic précoce puisse être posé et un traitement spécifique le plus rapidement institué.

## P98 - Boule sous la peau, quels diagnostics ?

A. Akkari<sup>1</sup>, H. Rouizgui<sup>1</sup>, S. Rhayem<sup>1</sup>, E. Jbebli<sup>1</sup>, S. Hadded<sup>1</sup>, F. Fedhila Ben Ayed<sup>1</sup>  
M. Khemiri<sup>1</sup>

1- MEDECINE INFANTILE A HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS

### Introduction

Quand un enfant se présente avec une tuméfaction des parties molles, il est très difficile de distinguer cliniquement entre une tumeur bénigne et maligne. Ces dernières

couvrent un groupe hétérogène de cancers qui ont comme origine l'os ou les tissus extra-osseux non épithéliaux.

### **Objectifs**

L'objectif de notre étude était de décrire les aspects cliniques, radiologiques et évolutifs des tumeurs pédiatriques des parties molles et d'étudier les facteurs pronostiques qui influencent la survie.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé dans l'unité d'oncologie pédiatrique du service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis, tous les cas de tumeurs révélées par une masse des parties molles, histologiquement confirmés, entre 2006 et 2018.

### **Résultats**

Parmi les 58 patients, nous avons rapporté 26 tumeurs mésenchymateuses malignes (19 rhabdomyosarcomes, 1 fibrosarcome infantile, 1 tumeur rhabdoïde, 4 sarcomes indifférenciés, 1 sarcome granulocyttaire), 16 sarcomes d'Ewing, 8 ostéosarcomes et 8 autres types de tumeurs (4 neuroblastomes, 3 Histiocytoses Langerhansiennes et 1 sarcome histiocyttaire). Le sex-ratio était de 1.3. L'âge moyen était de 6.2 ans (2 mois-15 ans). La taille moyenne de la tumeur était de 6.2 cm (2cm-31 cm). La localisation la plus fréquente était aux membres (53%), par ailleurs, la localisation à la tête et au cou était moins fréquente (20%). La survie globale à 5 ans était de 70%. Parmi tous les types histologiques, l'ostéosarcome avait le plus mauvais pronostic avec une survie globale à 5 ans de 45%, versus 92% pour le sarcome d'Ewing et 66% pour les tumeurs mésenchymateuses ( $p=0.028$ ). De même, la présence d'une métastase pulmonaire diminue la survie globale à 5 ans à 50% ( $p=0.011$ ). D'autres facteurs pronostiques ont été étudiés mais n'influençaient pas significativement la survie comme la taille de la tumeur ( $p=0.2$ ) et le délai d'évolution ( $p=0.5$ ).

### **Conclusion**

L'imagerie et particulièrement l'IRM est d'un grand apport dans les tumeurs des parties molles en pédiatrie, car elle permet souvent d'orienter le diagnostic en cas de pathologie tumorale. Chaque enfant présentant une masse des parties molles qui augmente de taille, qu'elle soit douloureuse ou pas, doit être orienté vers un centre spécialisé même en cas de traumatisme rapporté.

## **P 99 - Douleurs osseuses : symptôme souvent banalisé révélant des causes néoplasiques**

E. TRABELSI<sup>1</sup>, R. AMDOUNI<sup>1</sup>, E. JBEBLI<sup>1</sup>, S. RHAYEM<sup>1</sup>, S. HADDED<sup>1</sup>, F. FEDHILA<sup>1</sup>, M. KHEMIRI<sup>1</sup>

**1- SERVICE DE MEDECINE INFANTILE A HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS**

### **Introduction**

La douleur osseuse peut être le signe révélateur de plusieurs pathologies: infectieuses, inflammatoires, mécaniques mais aussi tumorales. Ces dernières sont, certes rares, mais de diagnostic plus difficile et de pronostic plus péjoratif motivant des investigations poussées dans les plus brefs délais.

### **Objectifs**

L'objectif de cette étude est de relever les éléments anamnestiques, cliniques et para-cliniques évocateurs de cancers devant des douleurs osseuses et d'en rapporter les principales pathologies néoplasiques.

### **Matériel et méthodes**

il s'agit d'une étude rétrospective ayant concerné tous les enfants traités à l'unité d'oncologie pédiatrique de l'hôpital d'Enfants de Tunis sur une période allant de janvier 2014 à décembre 2018, pour une pathologie néoplasique qui a été révélée par des douleurs osseuses.

### **Résultats**

Nous avons colligé 12 patients dont l'âge moyen était de 6 ans (Extrêmes 18 mois - 12 ans). Le sex ratio était de 0.71. La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie était de 2 mois. Cinq enfants étaient porteurs de neuroblastomes avec métastases osseuses; les douleurs osseuses étaient multiples dans 3 cas et siègeaient particulièrement au niveau des membres inférieurs; de caractère inflammatoire dans deux cas, mécanique dans un cas et difficiles à localiser dans deux cas. L'association à une fièvre, une altération de l'état général et la présence d'une masse abdominale avec un syndrome tumoral était très évocatrice du diagnostic. Les 5 enfants porteurs de tumeurs osseuses malignes (3 sarcomes d'Ewing et 2 ostéosarcomes) ont présenté des douleurs osseuses uni-focales dans tous les cas avec une masse palpable dans 3 cas. Le caractère mécanique a été retrouvé dans 3/5 cas. L'atteinte était

diaphyso-métaphysaire dans tous les cas. Le diagnostic de leucémie aigue myéloïde a été suspecté chez un seul patient devant une bicytopenie à la numération formule sanguine et a été confirmé par le myélogramme. Un autre malade a présenté une lésion osseuse unique douloureuse au niveau de la jambe sans autre signes cliniques associés en rapport avec une histiocytose Langerhansienne confirmée par une étude anatomopathologique et le profil immunohistochimique.

### **Conclusion**

Les douleurs osseuses présentent un motif fréquent et alarmant de consultation en pédiatrie et doivent être différenciées des arthralgies. Des causes néoplasiques primitives ou secondaires peuvent être à l'origine de cette plainte. Un retard de diagnostic peut engager le pronostic vital et fonctionnel. C'est pourquoi un diagnostic précoce est indispensable en vue d'une prise en charge rapide dans un centre spécialisé.

## **P 100 - Les Facteurs d'orientation étiologique devant Les arthralgies de l'enfant: A propos de 29 Cas**

R. AMDOUNI<sup>1</sup>, S. SEGHAIER<sup>1</sup>, E. JBEBLI<sup>1</sup>, S. RHAYEM<sup>1</sup>, S. HADDAD<sup>1</sup>, F. FEDHILA<sup>1</sup>, M. KHEMIRI<sup>1</sup>

**1- Service De Médecine Infantile A, Hôpital D'enfant Béchir Hamza De Tunis**

### **Introduction**

Les arthralgies représentent un motif fréquent d'hospitalisation en pédiatrie. Ce symptôme peut nécessiter une prise en charge urgente. L'orientation étiologique initiale n'est pas toujours évidente.

### **Objectifs**

L'objectif de cette étude était d'attirer l'attention sur l'importance d'une anamnèse ciblée, d'un examen physique détaillé et d'une bonne analyse des examens complémentaires pour orienter le diagnostic étiologique.

### **Matériel et méthodes**

C'est une étude rétrospective menée au service de médecine infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis sur une période de 5 ans.

## Résultats

Notre étude a intéressé 29 cas d'enfants admis pour arthralgies. Le sexe ratio était de 1,6. L'âge moyen était de 6 ans. La durée moyenne d'évolution était de 25 jours [1 jour- 360 jours]. L'atteinte était oligo-articulaire dans 75% des cas. Avec une atteinte des grandes articulations dans tous les cas et des petites articulations dans deux cas. La fièvre était associée dans 38% des cas avec un syndrome inflammatoire biologique dans 31% des cas. Le diagnostic de 10 cas de purpura rhumatoïde était facile devant la triade classique de la maladie. Les 3 cas de crise vaso-occlusive révélant une drépanocytose étaient retenues devant l'association d'une pâleur, d'un syndrome main-pied et les caractéristiques de l'anémie associée. Pour les 3 cas de rhumatisme articulaire aigu: deux étaient de diagnostic facile devant l'association à une chorée de Sydenham et à une cardite, pour le troisième malade il a fallu réunir les critères mineurs de Jones pour retenir le diagnostic. Un cas de tuberculose multifocale était retenu après une année d'évolution devant la pauvreté des signes accompagnateurs et le diagnostic était retenu après le recours à une biopsie osseuse. Un cas de neuroblastome était fortement suspecté devant une bi-cytopénie et la découverte d'une masse surrénalienne à l'échographie abdominale faite dans le cadre d'une fièvre prolongée. Pour 37% des malades, les arthralgies demeurent d'origine indéterminée mais devant le caractère isolé avec une évolution favorable au bout de quelques jours et l'absence de récurrence, une étiologie bénigne et transitoire serait la plus probable.

## Conclusion

Les étiologies des arthralgies sont multiples et de gravités variables. Les formes graves sont le plus souvent associées à des anomalies extra-articulaires orientant le diagnostic alors que les pathologies bénignes donnent le plus souvent des arthralgies isolées, ces dernières ne seront retenues qu'après s'être assuré de l'absence d'autres anomalies aussi minime soit elles.

# **P101 - Conduites addictives chez les adolescents suivis pour diabète type 1 : Etude cas témoin**

M. ZEMZEM<sup>1</sup>, R. KEBAILI<sup>1</sup>, N. SOYAH<sup>1</sup>, A. TEJ<sup>1</sup>, S. TILOUCHE<sup>1</sup>, H. BEN SAID<sup>1</sup>, J. BOUGUILA<sup>1</sup>, L. BOUGHAMOURA<sup>1</sup>,

**1- Pédiatrie Farhat Hached**

## **Introduction**

L'adolescence, période critique pour tout individu, est encore plus compliquée en cas de diabète. En effet, l'enfant déjà affecté par sa maladie, pourrait être plus à risque d'avoir des conduites addictives (substances psychotropes et autres). De plus, ces conduites nocives sont susceptibles d'aggraver sa maladie et de précipiter certaines complications.

## **Objectifs**

Décrire les conduites addictives chez des adolescents avec un diabète type1 (DT1) et évaluer l'influence de ces conduites sur la maladie diabétique et l'estime de soi.

## **Matériel et méthodes**

Etude cas témoin avec 2 groupes : Un groupe fait d'adolescents suivis au service de pédiatrie Farhat Hached pour un DT1 (G1), et le deuxième fait de collégiens indemnes (G2). Nous avons utilisé les auto-questionnaires suivants : Pour le dépistage et la description des conduites addictives avec et sans substances : ADOSPA (substances psychoactives), CAST (cannabis), Fagerstroim (tabac), Facebook Addiction Scale (Facebook), test de l'usage de l'internet, et l'échelle d'addiction aux jeux vidéo. Pour l'évaluation de l'estime de soi : L'échelle d'estime de soi globale de Rosenberg.

## **Résultats**

Chaque groupe était fait de 31 adolescents âgés en moyenne de 14.5 ans. Les patients étaient suivis pour DT1 depuis 7ans et 3 mois en moyenne. Dans les deux sous types de consommation avec et sans substance, G1 avaient des pourcentages légèrement plus élevés (38.7% / 61.3%) versus G2 (22.6% /48.4%). Concernant la nature des substances psychoactives, le tabac était consommé par 12.9% du G1 versus 9.7% du G2. Le cannabis était la substance illicite la plus consommée chez les deux groupes. En ce qui concerne l'addiction aux écrans, les adolescents du G1 utilisaient plus de façon nocive les jeux vidéo (48.4%), alors que les adolescents du

G2 utilisaient plus de façon nocive l'internet (38.7%). Quant à l'estime de soi, il était faible dans 61% des cas pour G1 et dans 51% de cas pour le G2. Malgré ces différences constatées, l'analyse statistique n'a pas objectivé de corrélations significatives entre l'usage nocif et la maladie diabétique ( $p>0.05$ ).

### **Conclusion**

Notre étude attire l'attention sur l'importance de rechercher les conduites addictives chez les adolescents suivis pour maladie chronique telle que le DT1. Des études plus poussées sont nécessaires afin d'étayer les causes et les conséquences cette entité.

## **P 102 - Acido-cétose sévère et inaugurale chez l'enfant**

A. GUEDRIA, Z. HADRICH.

**Pédiatrie Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul**

### **Introduction**

L'acido-cétose est souvent révélatrice du diabète chez l'enfant dans notre contexte. Elle peut être sévère mettant en jeu le pronostic vital, la mortalité étant de l'ordre de 1 à 2 %.

### **Objectifs**

Préciser le profil épidémiologique, clinique et évolutif de l'acido-cétose diabétique inaugurale chez l'enfant dans un Hôpital Régional.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 2 ans et 3 mois (1.1.2017 au 28.4.2019) concernant tous les cas d'acido-cétose (ACD) inauguraux de diabète type 1 chez l'enfant, colligés au service de pédiatrie de l'Hôpital Régional de Nabeul en Tunisie.

### **Résultats**

Durant cette période, 13 cas d'ACD ont été recensés. L'âge moyen était de 6,16 ans, un sexe masculin prédominait avec un sexe ratio à 4. La décompensation acidocétosique était inaugurale dans tous les cas. Quatre parmi les enfants diabétiques admis avaient présenté un tableau d'ACD sévère. La symptomatologie clinique a été dominée par le syndrome polyuropolydipsique présent dans neuf cas, deux se-

maines à un mois avant la décompensation, la déshydratation était quasi constante avec collapsus constaté dans deux cas, la polygnée traduisant une acidose observée dans six cas, l'état de conscience était altéré dans trois cas. Sur le plan biologique, la glycémie moyenne était de 24,39 mmol/l, la réserve alcaline moyenne de 6,64 et la fonction rénale était perturbée dans 7 cas. Tous les malades ont été perfusés pour une durée moyenne de 23,3 heures avec des extrêmes allant de 15 heures à 41 heures. L'évolution était favorable dans tous les cas.

### **Conclusion**

Les acidocétoses diabétiques sévères restent fréquentes mettant en danger le pronostic vital des jeunes patients alors que le diagnostic du diabète de l'enfant à un stade plus précoce est facile, immédiat et peu coûteux. Le défi à relever est de diminuer la fréquence des acidocétoses révélatrices du diabète chez l'enfant, en portant le diagnostic à un stage antérieur de la maladie.

## **P 103 - Diabète et auto immunité**

M. KHELFA<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>1</sup>, Z. KHLAYFIA<sup>1</sup>, H. OUERDA<sup>1</sup>, O. AZZABI<sup>1</sup>, I. SELMI<sup>1</sup>, S. HALIOUI<sup>1</sup>, N. SIALA<sup>1</sup>, A. MAHERZI<sup>1</sup>

**1- CHU Mongi Slim**

### **Introduction**

Le diabète de type 1(DT1) de l'enfant est la maladie auto-immune la plus fréquente chez l'enfant. Son association à d'autres maladies auto-immunes (MAI) n'est pas rare.

### **Objectifs**

L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence et les caractéristiques des MAI associées au DT1.

### **Matériel et méthodes**

Matériels et méthodes : étude rétrospective descriptive de 90 diabétiques suivis dans notre service sur les cinq dernières années (2013-2018), les antécédents de pathologies auto immunes chez le malade ou sa famille ont été recherchés.

## Résultats

Résultats : Le diabète a été associé à une pathologie auto immune chez 8 patients parmi les 90 (soit une prévalence de 8,8%). L'âge moyen de ces malades était de 6,9 ans. Une prédominance féminine a été notée (6 filles et 2 garçons). La moitié des ces patients avait un terrain d'auto immunité familial. Les huit malades avaient des anticorps anti-GAD positifs au moment du diagnostic. La maladie cœliaque était la plus fréquente des MAI associées (50%). Elle a précédé le diabète dans 1 cas et a été découverte lors du diagnostic dans un cas. Dans les deux autres cas, la maladie cœliaque a été découverte au cours du suivi suspectée devant une déséquilibration secondaire du diabète ainsi que la cassure de la courbe pondérale. Un bilan thyroïdien, pratiqué régulièrement chez tous les malades, a permis de détecter une hypothyroïdie chez 2 filles. Un vitiligo a été associé au diabète chez un patient autiste. Une arthrite chronique idiopathique a été retrouvée chez une patiente diabétique ayant également une maladie cœliaque (terrain familial). L'hémoglobine glyquée moyenne de ces malades était de 9%. L'équilibration du diabète était meilleure après une prise en charge adéquate des MAI associées.

## Conclusion

Conclusion : L'association du DT1 à d'autres MAI est assez fréquente. Un dépistage systématique et répété de ces maladies s'avère particulièrement nécessaire pour éviter tout retard diagnostique et thérapeutique.

## P104 - Mon corps, mon diabète, mon adolescence...

R. KHEMAKHEM<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>2</sup>, M. HAMZA<sup>3</sup>, A. BEN HAMOUDA<sup>4</sup>, Z. KHLAYFIYA<sup>2</sup>,  
H. OUARDA<sup>2</sup>, S. HALIOUI<sup>2</sup>, N. SIALA<sup>2</sup>, A. BELHADJ<sup>4</sup>, A. MAHERZI<sup>2</sup>

1- Service de Pédopsychiatrie, Hôpital mongi Slim-La Marsa

2- Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa

3- Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa

4- Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa

## Introduction

Gérer son diabète de type I (DTI) à l'adolescence représente un challenge certain pour ces jeunes qui doivent faire face aux bouleversements multiples et complexes de leur corps.

## **Objectifs**

Evaluer l'image qu'ont les adolescents diabétiques de type I (DT1) de leur corps.

## **Matériel et méthodes**

Etude transversale incluant 25 adolescents âgés de plus de 12 ans, suivis pour DT1 depuis au moins 6 mois et ayant répondu au PedQol 3.0 Module Diabète évaluant leur qualité de vie (Qol) selon 5 dimensions (symptômes du diabète, barrières et adhérence au traitement, inquiétudes et verbalisation des problèmes), à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et à la Figure Rating Scale de Stunkard (FRS) évaluant le corps perçu (CP), le corps idéal (CI) et le corps perçu par autrui. La différence CI-CP renseigne sur l'insatisfaction corporelle. Le control glycémique est évalué par la dernière HbA1c et l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est calculé pour tous.

## **Résultats**

Le DT1 était significativement moins bien contrôlé chez les filles ( $p=0,041$ ). La Qol moyenne était de  $79,4\pm 14,8$ . Les adolescentes semblaient avoir une moins bonne Qol que les garçons sans différences significatives ( $p=0,258$ ). L'IMC moyen était de  $21,21 \text{ kg/m}^2 (\pm 3,79)$ . Plus l'adolescent avait un IMC élevé, plus l'image qu'il avait de son corps et de son CI étaient larges ( $p=0,001$  et  $p=0,005$ ). Pas de différence significative selon le sexe pour l'insatisfaction corporelle ( $M= -1,0$  et  $F= -0,86$ ;  $p=0,83$ ) même si les adolescents semblaient être plus insatisfaits de leur corps que les filles. Le score moyen d'estime de soi était de  $31,59 (\pm 3,76)$ . Plus le niveau d'estime de soi était élevé, plus l'adolescent avait une facilité à manier son traitement ( $p=0,029$ ) et moins il était inquiet au sujet de sa maladie ( $p=0,049$ ). Pas de corrélations significatives entre la Qol ou le niveau d'estime de soi et les représentations corporelles mais plus le DT1 était mal contrôlé, plus l'image du corps de l'adolescent était erronée ( $p=0,072$ ). Plus la durée d'évolution de la maladie était longue et plus l'adolescent avait une représentation idéale de son corps tendant vers plus de minceur ( $p=0,099$ ).

## **Conclusion**

Le DT1 semble influencer l'image qu'a l'adolescent de son corps et l'estime qu'il a de lui-même.

## **P 105- Comment les familles vivent le diabète de type 1 de leur enfant ?**

R. KHEMAKHEM<sup>1</sup>, Y. DRIDI<sup>2</sup>, M. HAMZA<sup>3</sup>, A. BEN HAMOUDA<sup>4</sup>, Z. KHLAYFIYA<sup>2</sup>,  
H. OUARDA<sup>1</sup>, S. HALIOUI<sup>2</sup>, N. SIALA<sup>2</sup>, A. BELHADJ<sup>4</sup>, A. MAHERZI<sup>2</sup>

- 1- Service de Pédopsychiatrie, Hôpital mongi Slim-La Marsa
- 2- Service de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa
- 3- Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa
- 4- Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim-La Marsa

### **Introduction**

Le diabète de type 1 est l'une des maladies chroniques les plus courantes chez l'enfant, et il est de plus en plus évident que son incidence augmente. En Tunisie, le diabète reste un problème majeur de santé publique touchant un nombre croissant d'enfants.

### **Objectifs**

Evaluer l'impact du diabète type 1 (DTI) des enfants sur leur qualité de vie (QoI) et sur l'état psychologique de leurs parents.

### **Matériel et méthodes**

Etude transversale incluant 48 patients DTI ayant répondu au PedQoI3.0 Module Diabète évaluant leur QoI (symptômes, barrières et adhérence au traitement, inquiétudes et verbalisation des problèmes. Un score élevé indique une meilleure QoI). Les parents ont partagé leur perception de la QoI de l'enfant via la version parent (santé générale, gestion des émotions, fonctionnements relationnel et scolaire). Le Brief-Cope pour les stratégies de coping et l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) pour les symptômes anxio-dépressifs (absence < 8 et seuil pathologique  $\geq 11$  pour chaque dimension) ont été utilisés. Le contrôle glycémique des patients a été évalué par la dernière HbA1c.

### **Résultats**

La QoI moyenne des patients était de 80,52 ( $\pm 13,61$ ) sans différences significatives selon le sexe ( $p=0,77$ ) ou l'âge ( $p=0,495$ ). Les filles et les adolescents semblaient avoir plus de mal à vivre avec le DT1 que les garçons. Les parents percevaient une moins bonne QoI moyenne chez leurs enfants ( $73,3 \pm 16,4$  ;  $p=0,006$ ). Plus l'évolution du DT1 était longue, plus la QoI et le contrôle glycémique s'altéraient

( $p=0,013$ ). L'état psychologique des parents était principalement marqué par l'anxiété ( $10,2 \pm 4,68$  vs  $7,43 \pm 3,08$  pour la dimension dépressive). Les parents des garçons et des adolescents étaient les plus anxieux (respectivement 10,82 et 10,5). Plus les parents étaient déprimés, plus ils avaient du mal à accepter le diagnostic de DT1 ( $p=0,024$ ).

## **Conclusion**

Le diabète impacte plusieurs aspects de la vie de l'enfant et de sa famille.

## **P106 - Le syndrome de Noonan avec lentigines multiples : à propos de 6 patients tunisiens**

Y. LAJMI<sup>1</sup>, H. SAFRAOU<sup>1</sup>, I. OUERTANI<sup>1</sup>, R. MEDDEB<sup>1</sup>, A. BEN CHEHIDA<sup>5</sup>, F. OUERDA<sup>6</sup>, I. JBEBLI<sup>7</sup>, N. LITAIM<sup>8</sup>, F. MAAZOUL<sup>1</sup>, M. TRABELSI<sup>1</sup>, R. M'RAD<sup>1</sup>, L. KRAOUA<sup>1</sup>

1- Service des Maladies Congénitales et Héritaires, Hôpital Charles Nicolle Tunis

2- Service de Pédiatrie, Hôpital La Rabta Tunis

3- Service de Cardiologie Pédiatrique, Hôpital La Rabta Tunis

4- Service de Pédiatrie A, Hôpital d'enfants Béchir-Hamza Tunis

5- Service de Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle Tunis

## **Introduction**

Le syndrome de Noonan avec lentigines multiples (SNLM – OMIM 151100) est une maladie génétique rare. Une centaine de cas ont été rapportés dans la littérature. Cette pathologie présente des particularités phénotypiques reprises dans son ancien acronyme (syndrome de LEOPARD): des Lentigines multiples, des anomalies de l'ECG, un hypertélorisme Oculaire, une sténose Pulmonaire, des Anomalies génitales, un Retard de croissance et un Déficit auditif neurosensoriel. Le SNLM est une maladie autosomique dominante, secondaire dans plus de 90% des cas à des mutations hétérozygotes du gène PTPN11 (au niveau des exons 7, 12 ou 13) et plus rarement des gènes RAF1, BRAF, MEK1 et NRAS. Ces mutations entraînent un dérèglement de la voie de signalisation RAS/MAPK. En Tunisie, les caractéristiques cliniques et génétiques du SNLM ne sont pas connues.

## **Objectifs**

L'objectif de notre étude était d'analyser le profil clinique du SNLM chez une série tunisienne.

## Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude clinique descriptive rétrospective d'une série de 6 patients tunisiens suivis au service des maladies congénitales et héréditaires de l'hôpital Charles Nicolle pour SNLM

## Résultats

Il s'agit de 3 cas sporadiques (2 garçons et une fille, leurs âges au moment du diagnostic étaient de 1, 10 et 16 ans) et de 3 cas familiaux (un garçon, une fille et leur père, leurs âges au moment du diagnostic étaient respectivement de 13, 8 et 51 ans). Le motif de consultation était le plus souvent la présence des anomalies cutanées (surtout des lentigines multiples (6/6) et des taches café au lait (4/6)) associées à des degrés variables à un retard de croissance (6/6), des anomalies squelettiques (pectus excavatum (3/6) ou carinatum (1/6), scoliose (3/6) et une dysmorphie faciale évocatrice (6/6). Les anomalies morphologiques étaient à type de : cheveux secs éparses (3/6), un faciès triangulaire (4/6), un hypertélorisme (3/6), des fentes palpébrales obliques en bas et en dehors (6/6), un ptosis (3/6), des oreilles grandes (6/6), bas implantées (5/6) en rotation postérieure (4/6), des lèvres épaisses (5/6), une mauvaise implantation dentaire (3/6) et un cou court (6/6). Un retard mental de degré variable a été décrit chez 5/6 patients. Une surdité a été retrouvée chez un patient et une myopie chez 2/6 patients. L'exploration cardiaque a identifié une cardiopathie congénitale chez 4 patients à type de cardiomyopathie hypertrophique isolée (1/4), cardiomyopathie hypertrophique associée à une sténose pulmonaire (1/4), une communication interventriculaire avec un rétrécissement pulmonaire (1/4) et une insuffisance mitrale (1/4). L'étude moléculaire a été réalisée chez un patient et a permis de confirmer le diagnostic et de guider le conseil génétique. La prise en charge a consisté à dépister les malformations congénitales (surtout cardiaques, auditives, oculaires) et à instaurer une surveillance adaptée.

## Conclusion

Nous rapportons la première série tunisienne de SNLM. Le spectre clinique de ce syndrome dans notre série est proche des signes rapportés dans la littérature. Le diagnostic du SNLM reste clinique. L'étude moléculaire permet de confirmer l'anomalie moléculaire et de guider le conseil génétique.

## **P107 - La mucoviscidose : à propos d'une nouvelle mutation**

M. ZARRAD<sup>1</sup>, S. YAHYAOUI<sup>1</sup>, H. KAMOUN<sup>1</sup>, R. BEN REBAH<sup>1</sup>, O. BOUYAHIA<sup>1</sup>,  
S. MAZIGH<sup>1</sup>, S. BOUKTHIR<sup>1</sup>,

**1- Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Tunis**

### **Introduction**

La mucoviscidose est la maladie génétique la plus fréquente dans la population européenne. Elle est due à une anomalie au niveau du gène CFTR situé sur le bras long du chromosome 7. Actuellement plus de 2000 mutations sont rapportés dans la littérature. Et la question de corrélation entre le génotype et le phénotype reste toujours d'actualité.

### **Objectifs**

Rapporter une nouvelle observation de mucoviscidose secondaire à une nouvelle mutation.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'un nourrisson de sexe féminin et de parents non consanguins hospitalisée à l'âge de 7 mois pour diarrhée chronique grasseuse avec retard staturopondéral associée à des broncho-pneumopathies à répétition.

### **Résultats**

A l'examen elle avait une dénutrition sévère, un hippocratisme digital et un encombrement bronchique important. Le bilan biologique avait montré une anémie à 8 g/dl et une hypoalbuminémie à 25 g/L. le bilan immunitaire était normal et le chlore sudoral était à 100 mmol/L. Il était contrôlé à 104mmol/L. L'analyse moléculaire du gène CFTR avait isolé la mutation 718 ins G à l'état homozygote. Sous kinésithérapie respiratoire, extrait pancréatiques et supplémentation vitaminique, la patiente avait développé rapidement une colonisation par *Pseudomonas Aëroginosa*, une atteinte respiratoire obstructive améliorée par les bêta 2 mimétiques et une cirrhose biliaire focale.

### **Conclusion**

Nous rapportons pour la première fois la mutation du gène CFTR : 718 ins G. La sévérité de l'atteinte respiratoire et l'insuffisance pancréatique mime la forme de la

maladie secondaire à la mutation deltaF508. Cependant cette observation se distingue par l'atteinte pulmonaire obstructive et la cirrhose biliaire focale.

## **P108 - Un cas rare de Cholangite sclérosante néonatale par mutation du gène DCDC2**

S. BOULEHMI<sup>1</sup>, L. KRAOUA<sup>1</sup>, M. TRABELSSI<sup>1</sup>, W. ASKRI<sup>1</sup>, H. KILANI<sup>3</sup>, F. BROLY<sup>3</sup>, A. BOUAZIZ<sup>4</sup>, R. MRAD<sup>5</sup>,

1- Service des Maladies Congénitales et Héritaires, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

2- Service d'Anatomie et de Cytologie pathologiques, Hôpital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie.

3- Service de Toxicologie et Génopathies, Institut de Biochimie et Biologie Moléculaire, CHRU de Lille, France.

4- Service de Pédiatrie, Hôpital Régional de Ben Arous, Tunis, Tunisie

5- Service des Maladies Congénitales et Héritaires, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

### **Introduction**

Les cholestases de l'enfant, qui se présentent le plus souvent dans la période néonatale, constituent la principale cause d'hospitalisation dans un service d'hépatologie pédiatrique et représentent 80 % des indications de transplantation hépatique chez l'enfant. La prévalence de la cholestase néonatale est évaluée à 1/2500 naissances. Elle relève de nombreuses étiologies et son pronostic est parfois péjoratif.

### **Objectifs**

Nous rapportons l'étude clinique et génétique d'une patiente ayant une cholangite sclérosante néonatale par mutation du gène DCDC2.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit de la fille KF, âgée actuellement de 8 ans, issue d'un mariage non consanguin aux antécédents familiaux de maladie exostosante chez la mère, l'oncle et le grand-père maternels. Elle est issue d'une grossesse bien suivie et menée à un terme de 36 semaines et 04 jours. Elle a été hospitalisée pendant la période néonatale pour une détresse respiratoire transitoire et faible poids de naissance (1950g) puis rehospitalisée à l'âge de 2 mois pour un ictère cholestatique sans décoloration des selles avec cytolyse hépatique et augmentation des gamma-GT. L'examen a montré une hépatosplénomégalie sans signe d'insuffisance hépatique, l'absence de dys-

morphie faciale, un chevauchement bilatéral des 3èmes et 4èmes orteils et une exostose en regard de la tête tibiale. Un bilan étiologique de première intention (Echo abdominale, bilan infectieux, Test de Coombs, activité G6PD) a été pratiqué et n'a pas montré d'anomalie. La ponction biopsie du foie (PBF) a montré une cirrhose hépatique de type biliaire évocatrice d'une cholestase hépatique progressive PFIC type 3 ou d'une fibrose hépatique congénitale. La patiente a été adressée à notre service à l'âge de 8 mois pour étude génétique d'une cholestase intrahépatique progressive de type 3. Différentes techniques de biologie moléculaires ont été réalisées pour la patiente à savoir le séquençage type Sanger du gène ABCB4 (MDR3), le séquençage à haut débit d'un panel de 23 gènes impliqués dans les cholestases et l'analyse du génome entier (whole genome sequencing).

### **Résultats**

Le séquençage type Sanger du gène ABCB4 (MDR3) complétée par le séquençage à haut débit d'un panel de 23 gènes impliqués dans les cholestases n'a pas montré d'anomalie. Le séquençage du génome entier a mis en évidence chez la patiente la présence d'une mutation homozygote au niveau du gène DCDC2 qui code pour l'une des protéines constitutives du cil primaire des cholangiocytes. Il s'agit d'une nouvelle mutation, entraînant un décalage du cadre de lecture et la genèse d'un codon stop prématuré et la formation d'une protéine tronquée très probablement non fonctionnelle. Les mutations de ce gène, DCDC2, ont été récemment rapportées chez des patients atteints de cholangite sclérosante néonatale. Par ailleurs, la patiente et sa mère sont également porteuses d'une mutation hétérozygote du gène EXT1 confirmant le diagnostic de la maladie des exostoses multiples chez elles.

### **Conclusion**

A notre connaissance, Il s'agit de la première patiente tunisienne atteinte de Cholangite sclérosante néonatale par mutation du gène DCDC2. La biologie moléculaire et en particulier les nouvelles technologies de séquençage, permettent un diagnostic rapide et précis des cholestases chez l'enfant ce qui rend en théorie possible un diagnostic anténatal et devrait permettre de mieux comprendre la physiopathologie de ces cholestases et de développer dans l'avenir d'autres traitements que la transplantation hépatique.

## **P 109 - Place des techniques de séquençage à haut débit dans le diagnostic des épilepsies congénitales**

M. CHAOUCH<sup>1</sup>, H. JILANI<sup>1</sup>, I. REJEB<sup>1</sup>, Y. ELARIBI<sup>1</sup>, S. HIZEM<sup>1</sup>, I. KRAOUA<sup>2</sup>, A. ZERZERI<sup>1</sup>, I. TURKI<sup>2</sup>, L. BEN JEMAA<sup>1</sup>

1- Service des maladies congénitales et héréditaires, hôpital Mongi Slim, La Marsa

2- Service de neurologie pédiatrique, institut national de neurologie, Tunis

### **Introduction**

Les épilepsies sont des troubles neurologiques ayant une grande variabilité phénotypique et une grande hétérogénéité génétique. Le développement des nouvelles techniques de séquençage à haut débit (NGS) a permis l'identification d'un nombre croissant de gènes responsables de différents syndromes épileptiques. L'identification de la mutation causale dans les épilepsies permet de donner un conseil génétique précis, et de développer éventuellement de nouveaux traitements antiépileptiques spécifiques et appropriés.

### **Objectifs**

Souligner la place des techniques de séquençage à haut débit dans le diagnostic des épilepsies congénitales

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons les observations de deux patientes chez qui nous avons pu effectuer un diagnostic génétique d'épilepsie grâce au NGS.

### **Résultats**

La première observation est celle d'une patiente âgée de 5 mois et demi, issue d'un mariage entre apparentés, adressée pour épilepsie néonatale. L'enquête génétique était négative. La première crise convulsive a eu lieu à H12 de vie et était de type tonico-clonique généralisée. Elle a reconvulsé à H28, J12, J14 et J28 de vie. La patiente a reçu de la vitamine B6 en association à une trithérapie qui a assuré une stabilité temporaire jusqu'à l'âge de 2 mois où elle a présenté plusieurs crises complexes. Un panel de 116 gènes d'épilepsies monogéniques a mis en évidence un variant du gène PNPO c.422G>A (p.Arg141His) à l'état homozygote expliquant l'encéphalopathie épileptique néonatale dépendante de pyridoxal 5'-phosphate. Les parents étaient hétérozygotes pour le même variant. La deuxième observation est

celle d'une patiente âgée de 21 mois, issue de mariage entre non-apparentés. Elle a présenté à l'âge de 8 mois une première crise convulsive tonique avec latérodévi-ation du regard, absence, oculoclonie et respiration bruyante. L'évolution a été marquée par la récurrence des crises sous traitement antiépileptique. Un EEG a montré une épilepsie à début focal hémisphérique gauche. L'IRM cérébrale a montré une anomalie veineuse de développement temporo polaire gauche en regard d'une plage d'hypersignal T2 sous corticale temporo polaire gauche. Un panel de 118 gènes d'épilepsie a mis en évidence la présence de trois variants de signification incertaine dans les gènes PCDG19 et CPA6. Ces derniers sont incriminés dans deux types d'épilepsies différents. Les trois variants retrouvés sont délétères ou probablement délétères d'après les logiciels de prédiction. La recherche de ces variants chez les parents est en cours afin de confirmer leur éventuelle pathogénicité.

### **Conclusion**

Les épilepsies sont très hétérogènes sur le plan clinique et génétique. Le NGS est une méthode précieuse pour l'amélioration du rendement diagnostique. Cependant, le principal défi de l'utilisation du NGS en pratique réside maintenant dans l'interprétation de l'énorme masse de variants détectés par ces méthodes.

## **P110- Neuropathie optique de Leber : à propos d'une observation.**

M. CHAOUËCH, H. JILANI, Y. REJEB, E. ELAARIBI, S. HIZEM, M. IDOUDI, L. BEN JEMÂA

### **Introduction**

La neuropathie optique héréditaire de Leber (NOHL) est une maladie héréditaire caractérisée par la dégénérescence des nerfs optiques, conduisant à une perte de vision. Elle est due à des mutations dans l'ADN mitochondrial des gènes ND1, DN4 et ND6 conduisant à un dysfonctionnement de la chaîne de transport d'électrons et par conséquent à l'apoptose des cellules ganglionnaires de la rétine (CGR). La NOHL a une pénétrance incomplète due à des facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux. La propriété de l'homoplasmie et de l'hétéroplasmie joue un rôle majeur dans la sévérité de NOHL.

### **Objectifs**

#### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons l'observation clinique d'un patient adressé à la consultation du

service des maladies congénitales et héréditaires de l'hôpital Mongi Slim pour baisse de l'acuité visuelle.

### **Résultats**

Le patient était âgé de 12 ans, il a été adressé pour baisse de l'acuité visuelle. L'enquête génétique était négative. Le patient a présenté une baisse importante et rapide de l'acuité visuelle des deux yeux. Son acuité visuelle corrigée était de 1/10 pour les deux yeux. L'examen du fond d'œil a montré une atrophie optique bilatérale avec PEV altérés et ERG normal. L'examen neurologique et l'IRM cérébrale étaient normaux. L'IRM orbitaire a montré un élargissement et un hypersignal T2 du chiasma optique avec hypersignal T2 bilatéral des segments cisternal et canalaire des nerfs optiques sans rehaussement. Cet aspect est fortement évocateur d'une neuropathie optique de Leber. L'étude moléculaire des fragments m.3390 à m.3780 m.11580 à m.11810 et m.14300 à m.14710 de l'ADN mitochondrial par séquençage Sanger a mis en évidence une mutation m3460G>A (p.Ala52Thr) du gène Mt.ND1 à l'état homoplasmique 5%. Un conseil génétique a été donné à la famille.

### **Conclusion**

En conclusion, la NOHL est une maladie rare de mauvais pronostic, caractérisée par la dégénérescence des CGR, conduisant à la perte de la vision. Les traitements actuellement disponibles réduisent le stress dans les nerfs optiques mais n'éradiquent pas complètement la maladie. La thérapie génique est la clé majeure pour traiter définitivement la NOHL mais elle demeure du domaine de la recherche actuellement.

## **P 111 - Une cause rare de retard statural: La Progéria :**

### **A propos de 2 cas**

L. ESSADDAM, M.A MANSOURI, R. GUEDRI, A. BEN MANSOUR, N MATTOUSSI, Z. FITOURI, S. BEN BECHER

### **Introduction**

La progéria aussi appelée syndrome d'Hutchinson-Gilford, est une maladie génétique extrêmement rare dont l'incidence est estimée à une naissance sur 4 à 8 millions. Elle touche les enfants des deux sexes et se caractérise par une apparence normale à la naissance, puis l'apparition des signes cliniques vers l'âge de un an, do-

minés principalement par un vieillissement prématuré.

Nous rapportons ici les observations de deux enfants atteints du syndrome de progéria et suivis dans notre consultation externe.

### **Première observation**

Il s'agit de l'enfant M.A. adressée à l'âge de 8 ans et 10 mois pour exploration d'un retard de croissance.

Il s'agit d'une fille issue d'un mariage consanguin de 2ème degré avec un poids à 2450g et une taille à 46cm à la naissance. L'enfant était scolarisée et n'avait pas de déficit intellectuel.

A l'examen, on a objectivé un nanisme harmonieux, une voix fluette, une dysmorphie faciale avec un visage triangulaire, un rétrognatisme, un front proéminent, des cheveux fins et un nez en bec d'oiseau. Elle avait une boiterie séquellaire d'une LCH bilatérale.

L'âge osseux montrait un retard de maturation osseuse de plus de 2 ans. Le traitement par GH a été tenté et elle a gagné 7 cm en 18 mois.

### **Deuxième observation**

Il s'agit de l'enfant D.Y adressée à l'âge de 3 ans et 9 mois pour exploration d'un retard de croissance.

Il s'agit d'une fille issue d'un mariage consanguin de 3ème degré, aux antécédents d'un RCIU avec un PN à 1200g, et ayant un bon développement psychomoteur.

L'examen a trouvé un nanisme harmonieux avec un aspect de petite vieille, un nez évasé, un palais ogival, un rétrognatisme et une fontanelle antérieure largement ouverte. Elle avait un cutis laxa, une hypotonie musculaire associée à une hyperlaxité ligamentaire, une LCH bilatérale ainsi qu'une bradymétacarpie.

Pour les deux cas, les bilans viscéral et thyroïdien étaient normaux, la formule chromosomique était de type 46XX. L'étude génétique n'a pas été faite par manque de moyens.

### **Conclusion**

La progéria a été décrite pour la première fois en 1886 en Angleterre par Hutchinson puis par Gilford qui lui ont donné son nom usuel «progéria» (du grec gerôn, «vieillard»). Plusieurs cas ont été rapportés dans la population caucasienne. La majorité des cas sont sporadiques, et une mutation de novo dominante et récurrente du gène LMNA codant pour les protéines lamine A et C, a été observée chez ces patients. Néanmoins, très peu de cas ont été décrits dans la population d'origine africaine. On essaie à travers ce cas de contribuer à caractériser cette pathologie sur le plan moléculaire dans notre population.

## **P112 - Leaky severe combined immunodeficiency**

M. BEN AOUN<sup>1</sup>, Y. BEN RJEB<sup>2</sup>

**1- Hopital militaire principal de Tunis**

**2- Hopital militaire principale de Tunis**

### **Introduction**

Les déficits immunitaires primitifs ont un aspect hétérogène et complexe chez l'enfant. La prévalence en Tunisie semble élevée étant donné le fort taux de consanguinité. Les déficits immunitaires combinés sévères (SCID) sont des déficits primaires peu courants et ils sont considérés les plus graves. En plus du SCID typique, des formes variantes de déficit immunitaire sévère tel que le SCID qui fuit « Leaky SCID », le syndrome d'Omenn et la dysgénésie réticulaire sont rapportés.

### **Objectifs**

Notre objectif est de faire le point sur le Leaky SCID à travers une nouvelle observation pédiatrique.

### **Matériel et méthodes**

une observation clinique a propos d'un cas.

### **Résultats**

Observation Il s'agit d'un nourrisson âgé de 20 mois, eutrophique, issu d'un mariage consanguin de 1er degré, hospitalisé en néonatalogie à deux reprises pour une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine à 4g/dl. Il a été hospitalisé dans notre service depuis l'âge de 14 mois pour des anémies récidivantes ayant nécessité plusieurs transfusions, associée à une lymphopénie profonde et persistante avec des épisodes récidivants de bronchiolite. Le myélogramme est sans anomalies et le bilan immunitaire a objectivé un Leaky SCID. Le patient est proposé pour une greffe de moelle osseuse.

### **Conclusion**

Les patients atteints de leaky SCID peuvent présenter des infections graves similaires à celles des patients atteints de SCID typique ou moins sévères et ils présentent le plus souvent de problèmes d'auto-immunité.

## **P113 - Les déficits immunitaires primitifs (DIP) de l'enfant : à propos de 16 cas**

B. MAALEJ<sup>1</sup>, I. MOALLA<sup>1</sup>, M. WALI<sup>1</sup>, M. MUZAKER<sup>1</sup>, F. SAFI<sup>1</sup>, M. HSAIRI<sup>1</sup>,  
A. MAHFOUDH<sup>1</sup>

**1- Service de pédiatrie urgence et réanimation CHU Hedi Chaker Sfax**

### **Introduction**

Les déficits immunitaires primitifs (DIP) de l'enfant sont des maladies génétiques qui touchent l'immunité adaptative ou innée. L'importance et la nature des signes cliniques dépendent de la fonction déficitaire de façon prédominante au sein du système immunitaire

### **Objectifs**

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des DIP chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective portant sur 16 cas de LES de l'enfant colligés au service de pédiatrie urgence et réanimation du CHU Hedi Chaker de Sfax sur une période de 15 ans (2004-2019).

### **Résultats**

Il s'agit de 14 garçons et 2 filles, d'âge moyen de 3 ans (extrêmes allant de 2 mois à 10 ans). La notion de consanguinité était présente dans 15 cas. Les manifestations respiratoires étaient révélatrices dans 9 cas. Cinq patients avaient un défaut d'expression des molécules HLA de classe II, 4 patients avaient une agammaglobulinémie, 5 patients avaient une granulomatose septique chronique, 2 patients avaient un syndrome d'hyper IgM et une patiente avait une ataxie téléangiectasie. Sur le plan thérapeutique tous nos patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique à base de veinoglobulines. L'évolution était favorable chez 6 patients, un patient a bénéficié de greffe de cellules souches hématopoïétiques, 4 patients ont présenté des hospitalisations fréquentes pour des infections et 5 patients étaient décédés.

### **Conclusion**

Une meilleure connaissance et caractérisation des différents déficits immunitaires

permet une amélioration de la prise en charge de ces patients à la fois préventive et curative, adaptée au déficit, ainsi qu'un conseil génétique plus précis.

## **P 114- Spectre étiologique du syndrome d'activation macrophagique chez l'enfant**

M. BAHLOUL, M. ZRIBI, I. MAALLOUL, I. CHABCHOUB, S. KMIHA, L. SFAIHI, S BEN AMEUR, T. KAMOUN

**Service de pédiatrie, CHU Hédi Chaker Sfax**

### **Introduction**

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM), qu'il soit primitif ou secondaire, est une entité clinico-biologique et histologique caractérisée par une réponse inflammatoire excessive et non contrôlée pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Nous proposons dans ce travail d'étudier le spectre étiologique des SAM chez l'enfant. Patients et méthodes : Étude rétrospective des SAM colligés dans le service de pédiatrie de Sfax (2011-2018) diagnostiqués en utilisant les critères du groupe d'étude de l'histiocyte society.

### **Résultats**

22 cas ont été retenus avec un âge moyen de 4 ans. Une splénomégalie était trouvée dans 20 cas. La bicytopénie ou pancytopénie était notée dans tous les cas. Il y avait une hyperferritinémie (20cas) et une hypertriglycémie et/ou une hypofibrinogénémie (12cas). La ponction sternale objectivait l'hémophagocytose dans 12 cas. Sur le plan étiologique, il s'agissait d'une pathologie infectieuse dans 8 cas : rickettsiose (3cas), leishmaniose (2cas), fièvre typhoïde (1cas), septicémie à *Entéro-bacter cloacae*(1cas) et infection à EBV (1cas). Un SAM primitif était diagnostiqué chez 5 patients avec : syndrome Chediak Higachi (2cas), syndrome de Griscelli (2 cas), lymphohistiocytose familiale (1cas) ; une maladie de système dans 2 cas : lupus érythémateux systémique (1cas) et maladie de Kawasaki (1cas) ; une maladie métabolique(1cas). L'étiologie du SAM restait indéterminée dans 6 cas. L'évolution était fatale dans 5 cas.

### **Conclusion**

Dans notre travail, un SAM primitif était diagnostiqué chez 22% de nos patients.

## **P 115 - Facteurs de risque de survenue de l'ostéoporose chez les patients ayant une bêta thalassémie homozygote**

M. BEN KHALED, MZOUGHJI, OUEDERNI, DHOUIB, REKAYA, KOUKI, MELLOULI, BEJAOUI

Service d'immuno-Hématologie pédiatrique, centre national de greffe de moelle Osseuse de Tunis, Tunis, Tunisie

### **Introduction**

Les facteurs prédictifs de l'ostéoporose au cours de la beta thalassémie homozygote (BTH) sont mal connus malgré la prépondérance de cette complication.

### **Objectifs**

Etudier les facteurs prédictifs de l'ostéoporose dans la BTH.

### **Matériel et méthodes**

Etude descriptive sur 19 ans (1998-2017) au service d'hématologie pédiatrique incluant 120 patients BTH, âgés entre huit et 20 ans explorés par densité minérale osseuse. L'ostéoporose était définie par un Z-score <2 DS.

### **Résultats**

Soixante-un patients avaient une ostéoporose (50.8%). En étude multivariée, la splénectomie était un facteur prédictif de l'ostéoporose (OR=7,5; IC:1,669-33,703; p=0,001). Le retard pubertaire (âge de la fin de la puberté >16ans) prédisposait à l'ostéoporose (OR=5,5; IC:1,627-18,697; p=0.001), ainsi qu'une dose du deferasirox >30 mg/kg/jour (OR=1,1; IC:1,006-1,252; p<10<sup>-3</sup>). Le tabagisme prédisposait aussi à l'ostéoporose (OR=10,07; IC:1,021-91,518; p<0.001). L'activité sportive (OR=0,194; IC:0,045- 0,827; p=0,001) et l'absence de retard pubertaire étaient protecteurs.

### **Conclusion**

L'ostéoporose est fréquente et multifactorielle dans la BTH. Ces résultats incitent à changer le style de vie du patient thalassémique, tout en encourageant l'exercice physique, l'apport adéquat en calcium et l'éviction du tabac et d'alcool.

## **P116- Béta-thalassémie intermédiaire en pédiatrie : Profil épidémiologique, clinico-biologique et évolutif : à propos de 40 cas**

M. BEN KHALED<sup>1</sup>, Y. MEJRI<sup>1</sup>, M. OUERDERNI<sup>1</sup>, N. DHOUIB<sup>1</sup>, S. REKAYA<sup>1</sup>, BEN FRAJ<sup>1</sup>, J. BRAHIM<sup>1</sup>, H. KHADHRAOUI<sup>1</sup>, M. JAOUADI<sup>1</sup>, H. ERNANDES<sup>1</sup>, F. MELLOULI<sup>1</sup>, M. BEJAOUI<sup>1</sup>

**1- Service de pédiatrie d'hémo-immunologie et de greffe de cellules souches hématopoïétiques CNGMO Tunisie**

### **Introduction**

La béta thalassémie intermédiaire (  $\beta$ -TI) est un état clinique de gravité intermédiaire entre la thalassémie mineure. C'est une entité assez complexe du fait de son polymorphisme clinico-biologique.

### **Objectifs**

Décrire le profil épidémiologique, clinique, biologique et évolutif des patients ayant une  $\beta$ -TI dans un centre de référence d'hémoglobinopathie.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective et descriptive sur une période de 21 ans (1998-2018), réalisée au service de Pédiatrie, immuno-hématologie et greffe de cellules souches hématopoïétiques du CNGMO, enrôlant les patients ayant une  $\beta$ -TI. Le diagnostic de la béta thalassémie homozygote a été retenu par l'électrophorèse de l'hémoglobine du patient et de ses parents (HPLC). Le phénotype intermédiaire a été retenu lorsque l'anémie est stable  $>7\text{g/dl}$  avec absence de consommation hebdomadaire au moment du diagnostic.

### **Résultats**

Quarante patients étaient enrôlés (20 garçons et 20 filles) soit 10.3% de toutes les thalassémies homozygotes. L'âge moyen au diagnostic était de 4 ans 7 mois (1 – 15). La consanguinité était retrouvée dans 65% des cas. Les circonstances de découverte les plus fréquentes étaient : la pâleur (62,5%), l'ictère (30%), la distension abdominale (27,5%) et l'asthénie (27,5%). Les signes cliniques au diagnostic étaient dominés par : la pâleur (90%), la splénomégalie (80%) et la dysmorphie crânio-faciale (75%). Le taux moyen d'hémoglobine au diagnostic était de 8,25 g/dl (6,4 – 10,8). Les stigmates d'hémolyse biologique étaient retrouvés dans 87,5% des cas. Le phé-

notype électrophorétique était biologique étaient retrouvés dans 87,5% des cas. Le phénotype électrophorétique était (45%) et + (55%). La mutation codon 39 (C T) était la plus fréquente (7/18 patients). Les complications étaient dominées par : l'hémochromatose (75%), l'hypersplénisme (52,5%), le retard de croissance (35%), l'ostéoporose (27,5%), l'hypogonadisme (22,5%), la lithiase vésiculaire (17,5%), les événements thromboemboliques (10%) et l'hypothyroïdie (7,5%)

### **Conclusion**

le -TI est rare dans notre série. Elle était caractérisée par un tableau insidieux d'une anémie hémolytique modérée. La mutation codon 39HMZ entraînant en B zéro thalassémie était plus dominante. Les complications étaient variées dominées par l'hémochromatose et l'hypersplénisme. Les modulateurs de l'expression des gènes gamma et la thérapie génique pourraient constituer une alternative prometteuse.

## **P117- Hypersplénisme au cours de la bêta-thalassémie intermédiaire: Quelle approche thérapeutique ?**

M. BEN KHALED<sup>1</sup>, Y. MEJRI<sup>1</sup>, S. REKAYA<sup>1</sup>, N. DHOUB<sup>1</sup>, I. BEN FRADJ<sup>1</sup>, F. MAALEF<sup>1</sup> . EMANDE<sup>1</sup> M.MEYEL<sup>1</sup>, I. ZAÏTER<sup>1</sup>, F. MELLOULI<sup>1</sup>, M. BEJAOU<sup>1</sup>

**1- Service de pédiatrie d'hémo-immunologie et de greffe de cellules souches hématopoïétiques CNGMO, Tunis, Tunisie**

### **Introduction**

L'hypersplénisme est une complication fréquente au cours de la bêta-thalassémie intermédiaire ( -TI). La splénectomie étant longtemps largement indiquée. Cependant, elle expose les patients à des complications qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

### **Objectifs**

Décrire les caractéristiques cliniques thérapeutique et évolutive de l'hypersplénisme au cours de la -TI.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective colligeant 40 patients connus porteurs de -TI et suivis au service de pédiatrie du CNGMO, durant une période de 21 ans allant du 1er janvier

1998 au 31 décembre 2018. Le diagnostic d'hypersplénisme a été retenu devant une augmentation des besoins transfusionnels avec une neutropénie et/ou thrombopénie après avoir éliminé une complication immunologique.

### **Résultats**

Vingt et un patients (52,5%) avaient développé un hypersplénisme en cours d'évolution (10 filles et 11 garçons). Quatorze patients parmi eux étaient splénectomisés dont 12 patients pour hypersplénisme et deux patients pour hémolyse retardée liée aux transfusions. L'âge moyen à la splénectomie était de 10,5 +/- 5 ans (5 – 23 ans). Les patients splénectomisés avaient développés plusieurs complications : une ostéoporose dans neuf cas ( $p = 0,001$ ), un retard de croissance et hypogonadisme dans huit cas ( $p = 0,071$  et  $p = 0,001$  respectivement), une surcharge hépatique en Fer à l'IRM T2\* dans sept cas ( $p = 0,350$ ), des lithiases vésicules dans cinq cas ( $p = 0,039$ ), des événements thromboemboliques dans quatre cas ( $p = 0,011$ ) et des complications infectieuses dans trois cas ( $p=0,037$ ). Treize patients splénectomisés avaient plus que trois complications au cours d'évolution ( $p<10^{-3}$ ). Sept patients ayant un hypersplénisme avaient bénéficié de transfusions sanguines régulières avaient gardé des besoins transfusionnels réguliers.

### **Conclusion**

Chez les patients ayant -TI compliquée un hypersplénisme, la splénectomie permet de réduire les besoins transfusionnels au dépend d'une morbidité importante. Ceci, fait appel à réviser l'indication de la splénectomie et de réévaluer l'efficacité, la sécurité et la rentabilité de la thérapie transfusionnelle associée au traitement chélateur et l'hydroxyurée.

# **P118 - Anémie hémolytique auto-immune et hépatite à cellules géantes : A propos d'un cas.**

I. BRIKI<sup>1</sup>, Y. BEN RJEB<sup>1</sup>, M. BEN AOUN (3), M. HANNAFI (1), H. BARAKIZOU (5), S. GANNOUNI (1),

1- Hôpital militaire principal de Tunis

2- Hôpital militaire principale de Tunis

3- Hôpital militaire principal de Tunis

## **Introduction**

L'hépatite à cellules géantes associée à l'anémie hémolytique auto-immune est une entité rare de l'enfant (30 cas publiés dans le monde). Son mécanisme physiopathologique demeure inconnu, une implication de l'immunité humorale est suspectée.

## **Objectifs**

L'objectif de notre présentation est de faire à travers un cas suivi depuis 6 ans le point sur cette association rare : sa présentation clinique et biologique et ses particularités thérapeutiques.

## **Matériel et méthodes**

observation clinique a propos d'un cas.

## **Résultats**

Khalaf, âgé actuellement de 7 ans, a présenté à l'âge de 11 mois une pâleur, un ic-tère cutanéomuqueux et des urines foncées. A l'examen : il présentait une hépatomégalie à 8 cm et une splénomégalie à 5 cm. A la biologie : une anémie normochrome macrocytaire à 3.4g/dl avec un TCD positif type IgG et complément, une cytolyse hépatique (ASAT/ALAT :207/122UI/L) et une cholestase (bilirubine totale/conjuguee : 102/95UI/L). Une échographie abdominale a montré une hépatosplénomégalie homogène sans nodules ni anomalies des voies biliaires. Le malade a été transfusé par du CGR phénotypé et mis sous prednisone à la dose de 1.25 mg/kg/j. L'évolution a été marquée par une déglobulisation rapide avec un TCD et des RAI positifs, ayant nécessiter 3 transfusions, un bolus de Solumedrol relayé par la Prednisone à la dose de 2mg/kg/j et Azathioprine à la dose de 2.5mg/kg/j. Une aggravation de la cytolyse et de la cholestase sans signes d'hypertension portale ni d'insuffisance hépatocellulaire ont été retrouvées. Une hépatite virale ou auto-immune ont été éliminées. La ponction biopsie hépatique a montré un aspect pouvant

cadrer avec une hépatite à cellules géantes. Le diagnostic d'une anémie hémolytique auto-immune associée à une hépatite à cellules géantes a été retenu. L'évolution clinique et biologique était bonne sous corticoïdes, Azathioprine, Acide ursodesoxycholique. Une dégression des doses des corticoïdes a été tentée au bout de 3 mois mais une récurrence rapide de la cytolysse et la cholestase biologique est survenue. Une dégression lente des corticoïdes est réalisée. Actuellement, au bout de 6 ans de traitement, l'enfant a un bon état de santé en dehors d'un surpoids (poids à 30kg). Il est scolarisé en 3ème année de base. Il est sous faible dose de corticoïdes qui vont bientôt être arrêtés, sous Imurel, avec des contrôles cliniques et biologiques rapprochés.

### **Conclusion**

L'entité hépatites à cellules géantes- Anémie hémolytique auto-immune nécessite des traitements lourds (corticoïdes/ immunosuppresseurs) et peut avoir une évolution à rechute malgré des périodes de rémissions sous traitement justifiant un suivi prolongé.

## **P 119 - Epidémiologie du purpura en milieu pédiatrique : Expérience du service de pédiatrie de BEN AROUS**

G. CHTIOUI<sup>1</sup>, R. THABTI<sup>1</sup>, A. MARZOUK<sup>1</sup>

**1- Service de Pédiatrie, Hôpital régional de Ben Arous**

### **Introduction**

Le purpura est une lésion cutanée et/ou muqueuse hémorragique ne s'effaçant pas à la vitropression, signant une extravasation de globules rouges à l'extérieur des vaisseaux. Il correspond à un grand nombre de causes de physiopathologie et de gravité très différentes. C'est un signe d'alarme, en particulier chez l'enfant où il doit toujours faire évoquer une infection invasive à méningocoque.

### **Objectifs**

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives du purpura en milieu pédiatrique dans le service de pédiatrie et néonatalogie de BEN AROUS.

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 16 cas hospitalisés au service de pédiatrie et de néonatalogie à l'Hôpital régional de Ben Arous pour purpura pendant une période de 5 ans s'étendant du mois de novembre 2014 au mois de mars 2019. Les données ont été recueillies selon une fiche d'exploitation préalablement conçue et analysées par le logiciel IBM SPSS Statistics 25.

## Résultats

16 cas de purpura ont été recensés. Le sex-ratio (M/F) est de 1,67. L'âge moyen est de 4 ans et 8 mois avec des extrêmes allant de 4 mois à 11 ans. Le purpura était pé-téchi-ecchymotique chez 5 patients, pé-téchi-ecchymotique seulement chez 2 patients. Nous n'avons pas relevé un aspect nécrotique dans notre étude. Le purpura était vasculaire (caractère infiltré, prédominance déclive, pas d'atteinte muqueuse, polymorphisme lésionnel) chez 8 enfants (50%). Le score de Buchanan moyen de notre population était à 2,12 avec des extrêmes allant de 1 à 3. Le purpura était thrombopénique chez 5 patients (31,25 %). Sur les 16 patients étudiés : 4 avaient un taux inférieur au seuil de 20.000 /mm<sup>3</sup> considéré comme « critique » par certains auteurs. -La moyenne de la numération plaquettaire initiale était de 210.500 /mm<sup>3</sup>. Les extrêmes allaient de 4000 /mm<sup>3</sup> à 489.000 /mm<sup>3</sup>. Les 2 diagnostics les plus fréquents étaient le purpura rhumatoïde et le purpura thrombopénique idiopathique. Le purpura fulminans était présent chez 12,5% de notre population. 1 patient avait comme étiologie du purpura une leucémie et un autre avait un purpura mécanique. Le sex ratio était à 1 pour toutes les étiologies. Le purpura rhumatoïde survenait après l'âge de 4 ans contrairement au purpura fulminans et au PTI présents chez les enfants de moins de 3 ans. La prise en charge était seulement symptomatique dans 37,5% des cas. Le recours à une cure d'immunoglobuline était nécessaire dans le purpura thrombopénique idiopathique (18,8%). L'antibiothérapie était prescrite chez les patients ayant un purpura fulminans associée aux corticoïdes et aux catécholamines. Le pronostic immédiat était dominé par, l'état de choc septique pour le purpura fulminans (2 cas), le syndrome hémorragique pour le PTI les complications digestives pour le purpura rhumatoïde (1 cas de duodé-nite ulcérée). L'évolution était favorable dans 93,8% des cas (1 cas de leucémie transféré en unité spécialisée, 2 méningites à méningocoque avec évolution favorable après réanimation et sous antibiothérapie adéquate pendant 7 jours, pas de pas-sage à la chronicité des cas de PTI).

## **Conclusion**

Tout purpura aigu peut être inaugural d'une maladie grave à diagnostiquer en urgence (purpura fulminans). Une numération plaquettaire doit être réalisée devant tout purpura aigu afin d'éliminer un purpura thrombopénique. Le purpura rhumatoïde est le diagnostic le plus fréquent

## **P120 - Cannabis : Intoxication En hausse chez le nourrisson**

Y. MESBAHI<sup>1</sup>, S. TILOUCHE <sup>1</sup>, R. KEBAILI<sup>1</sup>, R. EL FAHIM<sup>1</sup>, A. TEJ<sup>1</sup>, J. BOUGUILA<sup>1</sup>, SOYAH<sup>1</sup>, L. BOUGHAMMOURA<sup>1</sup>

**1- Service de Pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse**

### **Introduction**

Les consultations pour troubles aigus de la conscience sont relativement fréquentes aux urgences pédiatriques. Parmi les causes les plus fréquemment évoquées en cas d'apyrexie, les causes métaboliques et les intoxications, médicamenteuses ou autres. Les substances illicites sont cependant de plus en plus impliquées en Pédiatrie.

### **Objectifs**

Nous rapportons trois cas d'intoxication au cannabis c ayant nécessité l'hospitalisation en unité de réanimation pédiatrique.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit de trois nourrissons (2 filles et 1 garçon) âgés respectivement de 22 mois, 18 mois et 14 mois qui consultent pour installation brutale de troubles de la conscience associant en alternance somnolence et agitation dans un contexte d'apyrexie.

### **Résultats**

L'examen clinique avait trouvé une apyrexie dans tous les cas, un score de Glasgow à 11/15 chez un patient et 13/15 chez les deux autres nourrissons. Tous les malades avaient des pupilles en position intermédiaire avec reflexe photomoteur présent et symétrique, une hypotonie axiale et périphérique, des réflexes ostéotendineux normaux. La recherche toxicologique confirmait un taux élevé des dérivés canabinoïdes au niveau urinaire (>100ng/ml) dans tous les cas. Les taux sanguins de delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) étaient également positifs. Au cours de l'évolution, un

seul nourrisson avait présenté une tachycardie sinusale à 170 batt/min et une hypothermie à 35°. La prise en charge était symptomatique, consistant en une hydratation par voie intraveineuse. Le charbon activé était reçu dans tous les cas. Un traitement par Flumazenil à la dose de 10 gamma/Kg avait été administré aux 3 nourrissons à 2 reprises chez un nourrisson et à 3 reprises chez les deux autres. L'évolution clinique était marquée par la régression complète de la symptomatologie au bout de 3 jours en moyenne (min 24 heures –max 5 jours).

### **Conclusion**

La distribution et l'utilisation du cannabis ont nettement augmenté en Tunisie. Les intoxications accidentelles d'enfants sont devenues de plus en plus fréquentes mais elle restent peu décrites. Par ailleurs, cette intoxication inhabituelle pour les pédiatres tunisiens est probablement sous-estimée, compte tenu de l'absence de dépistage systématisé du cannabis. Ainsi, l'intoxication au cannabis doit être évoquée en premier devant toute altération de l'état de conscience inexplicquée. La recherche de dérivés cannabinoïdes dans les urines doit être demandée.

## **P121 - Connaissances des résidents en pédiatrie à propos de la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant**

I. DHOUBI<sup>1</sup>, S. TILOUCHE<sup>1</sup>, H. KAMMOUN<sup>1</sup>, S. BEN AHMED<sup>1</sup>, R. KABAILI<sup>1</sup>, N.SOYAH<sup>1</sup>, J. BOUGUILA<sup>1</sup>, L. BOUGHAMMOURA<sup>1</sup>

**1- Service de Pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse**

### **Introduction**

L'arrêt cardiorespiratoire de l'enfant est une urgence vitale dont le pronostic dépend de la rapidité de la mise en place d'une réanimation cardiorespiratoire efficace. Il nous est donc apparu légitime de poser la question suivante : les résidents de pédiatrie, qui représentent le premier maillon du système dans les hôpitaux universitaires, ont-ils les connaissances théoriques et pratiques nécessaires et suffisantes pour mettre en œuvre les premiers gestes de survie et les coordonner selon les dernières recommandation ?.

### **Objectifs**

Faire un état des lieux des connaissances des résidents en pédiatrie à propos de l'ar-

rêt cardiorespiratoire chez l'enfant ainsi que leur ressenti face à leur capacité à prendre en charge efficacement un arrêt cardio respiratoire chez un enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée sur une période de 20 jours (du 10 Avril 2019 au 30 Avril 2019) à travers un questionnaire qui a été distribué aux résidents de pédiatrie.

### **Résultats**

Quatre-vingts résidents ont répondu au questionnaire dont 41,3% ont déjà fait un stage de réanimation pédiatrique. Seulement 43, 8% des résidents ont eu une formation théorique et 37,5% ont bénéficié d'une formation pratique en réanimation cardiopulmonaire. L'évaluation des besoins de formation ressentis par les résidents a été calculée selon la méthode « Fréquence Gravité Problème ». Un score a été calculé permettant de conclure à une nécessité de formation exprimée par les résidents. La majorité des résidents ont déjà été amenés à réanimer un enfant en arrêt cardiorespiratoire. Seulement 12 résidents ont été capables de donner les trois critères diagnostiques de l'arrêt cardiorespiratoire, soit un taux d'erreurs de 85%. 30% des résidents connaissent l'enchaînement exact de la réanimation cardiopulmonaire de base et la moitié ont donné une réponse juste sur la séquence compressions/insufflations au moment de la réanimation. L'hypoxie a été reconnue comme la principale cause d'arrêt cardiorespiratoire chez l'enfant par 47 résidents et 35 ont énuméré les causes réversibles et l'arrêt cardiorespiratoire. Les rythmes défibrillables ont été identifiés par 53% des résidents et la dose d'énergie à administrer était juste dans 25% des cas seulement.

### **Conclusion**

Cette étude a permis de détecter la nécessité d'une formation théorique et pratique pour les résidents en pédiatrie afin d'améliorer la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire de l'enfant : la mise en place de formation pratique, en atelier de simulation et la répétition de ces ateliers présente probablement un intérêt dans ce contexte.

# **P122 - Les accidents domestiques mortels de l'enfant dans la région de Kairouan**

I. KORT<sup>1</sup>, E. TURKI<sup>1</sup>, S. MLAYEH<sup>1</sup>

**1- Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Ibn El Jazzar de Kairouan**

## **Introduction**

Les accidents domestiques se définissent habituellement comme des traumatismes non intentionnels se produisant à domicile ou dans ses abords. Les enfants en raison de leur jeune âge en constituent les premières victimes car ils sont particulièrement exposés à des risques qu'ils ne maîtrisent pas. La détermination des facteurs de risque et l'étude des particularités épidémiologiques et des caractéristiques thanatologiques de la mort infantile par accidents domestiques s'avèrent très utile pour une meilleure stratégie préventive

## **Objectifs**

Dresser le profil épidémiologique et les caractéristiques thanatologiques des enfants victimes d'accidents domestiques dans la région de Kairouan

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée au Service de Médecine Légale du CHU Ibn El Jazzar de Kairouan sur une période de 08 ans (de 2010 à 2017) et a concerné tous les cas d'enfants victimes de mort par accidents domestiques ayant fait l'objet d'investigations médico-légales

## **Résultats**

Dans notre étude, nous avons colligé 105 cas d'accidents domestiques mortels de l'enfant, ce qui représente 50% de l'ensemble des cas de mort accidentelle infantile. Les victimes étaient de sexe masculin dans 64.76% des cas. Un pic de fréquence pour la tranche d'âge de 1 à 4 ans a été constaté pour les différentes étiologies. Les asphyxies mécaniques et les chutes représentaient les principales causes de mort avec respectivement 51.4% et 16,19%. Pour les intoxications accidentelles, nous avons enregistré 5 cas dont 3 étaient au monoxyde de carbone (CO) et 2 cas d'ingestion accidentelle de pesticide. Les brûlures et l'électrocution étaient aussi de fréquence non négligeable avec respectivement 10,47% et 10%. Concernant les asphyxies mécaniques, les noyades étaient les accidents de la vie

courante les plus fréquents (54 cas sur 105) fréquemment observées chez des garçons (33 cas sur 54) dont l'âge était inférieur à 05 ans dans 51.3%. Les chutes, les brûlures et les intoxications étaient aussi plus observées chez les enfants âgés de 1 à 4 ans.

### **Conclusion**

Les accidents domestiques mortels de l'enfant sont fréquents et d'étiologies variables. Ils surviennent souvent dans un contexte de négligence et d'un défaut de surveillance de la part des parents. Les investigations médico-légales ont un grand apport dans la détermination des différents facteurs de risque et la précision des particularités épidémiologiques et thanatologiques. De telles données s'avèrent une référence pour prévenir cette forme médico-légale de la mort de l'enfant

## **P 123 - Automédication en pédiatrie**

M. HSAIRI, S. TRICHILLI, F. SAFI, M. CHAABÈNE, L. GARGOURI, A. MAHFOUDH

Service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique , CHU Hedi Chaker de Sfax

### **Introduction**

L'automédication pédiatrique est une pratique de plus en plus fréquente. Ses raisons sont multiples allant de la bénignité de la symptomatologie au besoin d'économie. Elle peut retarder le moment de la consultation et aggraver la pathologie.

### **Patients et méthodes**

Il s'agit d'une étude transversale portant sur 213 consultants à la salle d'urgence pédiatrique.

### **Résultats**

Parmi les 213 consultants interrogés, 33 parents de patients ont rapporté la notion d'usage de médicaments sans ordonnance médicale. Une prédominance masculine a été noté avec un sexe ratio de 1,7 .Tous les malades avaient un âge >1 an avec un âge moyen de 5 ans et demi. La pathologie nécessitant l'auto médication est dans tous les cas une fièvre qui est dans la plupart des cas isolée. La fièvre était associée à une toux dans 37 % des cas, une odynophagie dans 18% des cas. La nature du médicament était un antipyrétique dans 100% des cas associé un anti-inflammatoire dans 63% des cas. Un antitussif était associé dans 37% des cas. Les antibio-

tiques ont été pris dans 45% des cas. La raison de l'automédication était dans 90 % des cas liée au fait que selon les parents la maladie n'était pas grave. Dans 10% des cas la raison était liée au cout élevé des soins médicaux. Nous n'avons pas noté d'erreur de dose ni d'association médicamenteuse.

### **Conclusion**

Administrer un médicament à un enfant sans ordonnance médicale peut comporter des risques .dans notre étude 45 % des parents utilisent des antibiotiques pour leurs enfants sans prescription médicale ce qui constitue un risque majeur. L'automédication devrait se limiter au paracétamol et aux solutés de réhydratation orale et elle doit être exclue pour les nouveaux nés et nourrisson jusqu'à 3 mois.

## **P 124 - Evaluation du débriefing en simulation néonatale par la grille DASH©**

T. KHEMIS, T. GHÉDIRA, E. SFAR, A. CHAABANE, 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 simulation offre l'opportunité de se former sur du nouveau matériel, ou de tester de nouvelles techniques de soins. C'est aussi un moyen de progresser dans la gestion des risques liés aux soins et des situations critiques. L'exemple type est la gestion d'une situation de crise en salle de naissance. La structuration de la séance en trois phases : briefing, scénario et débriefing doit être préparée et minutée pour la réussite de la formation. Il est bien connu que la simulation n'est qu'un prétexte pour le débriefing, phase la plus importante en terme d'impact sur les apprenants.

### **Objectif**

Evaluer la qualité du débriefing lors d'un programme de simulation sur la réanimation du nouveau-né en salle de naissance.

### **Matériels et méthodes**

Nous avons mené une enquête prospective au centre de simulation de la Faculté de Médecine de Monastir entre janvier et février 2019. Elle a intéressé deux groupes

d'apprenants (30 externes et 30 résidents) ayant bénéficié d'une formation par simulation haute-fidélité sur le thème « réanimation du nouveau-né en salle de naissance ». A la fin de chaque séance, les apprenants avaient évalué la qualité du débriefing en utilisant la grille DASH©.

### **Résultats**

Le score Dash moyen par questionnaire apprenant se situait entre 3,7 et 7 (moyenne 5,96 et médiane de 6,11). Le score moyen par élément variait de 5,8 à 6,1 avec un minimum de 2,8 pour l'élément 4 et un maximum de 7 pour les 6 éléments. Dans la population des externes, le score Dash moyen par questionnaire se situait entre 3,9 et 7 avec une moyenne de 6,15 et une médiane de 6,27. Dans la population des résidents, le score Dash moyen par questionnaire se situait entre 4,12 et 7 avec une moyenne de 5,78 et une médiane de 5,84. L'analyse des moyennes de chaque élément dans les deux populations d'études a montré que les scores Dash dans le groupe des résidents étaient légèrement inférieurs à ceux dans le groupe des externes, cette différence n'était pas significative pour les éléments 1, 2, 3, 4 et 5. Pour l'élément 6 qui évaluait le maintien et l'amélioration d'un bon niveau de performance, l'étude analytique montrait une différence significative entre les résultats des résidents et ceux des externes en faveur de ces derniers ( $p = 0,003$ ).

### **Conclusion**

Au terme de ce travail, bien que les résultats moyens de chaque item aient été très satisfaisants et semblables, nous pouvons conclure que les éléments 4,5 et 6 sont les prochains axes de progression dans le débriefing des séances de simulation.

# REMERCIEMENTS

Les membres du Bureau de la Société Tunisienne de Pédiatrie remercient les laboratoires, les firmes pharmaceutiques et les sociétés ayant contribué à la réalisation du 30<sup>ème</sup> Congrès National de Pédiatrie.

**NUTRICIA**

**PHARMALYS**

**SANOFI**

**ASTRA-ZENECA**

**MEDICIS**

**GSK**

**TERIAK**

**SHAUBER**

**ADWYA**

**BERG**

**HIKMA**

**LILAS**

**NOVONORDISK**

**MMM**

**PHARMAGHREB**

**PEDIANAT**

**BOIRON**

**GALPHARMA**

**JULPHAR**

**OPALIA-RECORDATI**

**COTUPHA**

**VITAL**

Et tous ceux qui ont répondu après l'impression du livre du Congrès.



الجمعية التونسية لطب الأطفال  
Société Tunisienne de Pédiatrie

**La Société Tunisienne  
de Pédiatrie**

**fête ses 60 ans**

**31<sup>ème</sup> Congrès National  
de Pédiatrie**

**les 10, 11 et 12 Avril 2020**