



Société Tunisienne de Pédiatrie

الجمعية التونسية لطب الاطفال  
Société Tunisienne de Pédiatrie

# JOURNÉE DES SPÉCIALITÉS RÉANIMATION ET CARDIOLOGIE PÉDIATRIQUE



**07 DÉCEMBRE**

à Mövenpick Hôtel du Lac  
Tunis

**Programme**



# Société Tunisienne de Pédiatrie

## Journée des Spécialités Réanimation et Cardiologie Pédiatrique

*Mövenpick Hôtel du Lac - Tunis  
Le 7 décembre 2019*

**Programme scientifique**  
*Résumés des conférences et des posters affichés*



## **BUREAU DE LA SOCIETE TUNISIENNE DE PEDIATRIE**

<b>Président</b>	<b>Dr. Mohamed DOUAGI</b>
<b>Vice Président</b>	<b>Dr. Férid JAAFAR</b>
<b>Secrétaire Générale</b>	<b>Dr. Sonia MAZIGH</b>
<b>Secrétaire Général adjoint</b>	<b>Dr. Jihène BOUGUILA</b>
<b>Trésorière</b>	<b>Dr. Souha GANNOUNI</b>
<b>Trésorière adjointe</b>	<b>Dr. Nadia SIALA</b>
<b>Conseillers</b>	<b>Dr. Khédiya BOUSSETTA</b>
	<b>Dr. Lamia SFAIHI</b>
	<b>Dr. Nadia GUELLOUZ</b>

**Secrétaire de la Société Tunisienne de Pédiatrie**

***Madame Chédliya AYARI***

***Hôpital d'Enfants - Béchir Hamza - Tunis***

***Tél. : 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 Asma BOUZIRI**

**Dr Khaled MENIF**

**Dr Semia TILOUCHE**

**Dr Mohamed DOUAGI**

**Dr Férid JAAFAR**

**Dr Sonia MAZIGH**

**Dr Jihène BOUGUILA**

**Dr Souha GANNOUNI**

**Dr Nadia SIALA**

**Dr Khédija BOUSSETTA**

**Dr Lamia SFAIHI**

**Dr Nadia GUELLOUZ**



## **SOMMAIRE**

**Informations générales**

**Programme scientifique**

**Liste des conférenciers**

**Liste des modérateurs**

**Résumés des conférences et des posters**

**Remerciements**



## **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**La Journée des spécialités se déroulera  
à Mövenpick Hôtel du Lac - Tunis le 7 décembre 2019**

- Les posters seront présentés sous forme d'E-poster
  - Samedi matin : (P01 à P49) à 10h30
  - Samedi après-midi : (P50 à P95) à 16h15
  
- Les attestations des conférences, cas cliniques et ateliers seront délivrées à la fin de chaque séance par les modérateurs.
  
- Les attestations de présence et des posters seront délivrées trois jours après la journée sur le site de la STP.
  
- Le port du badge est obligatoire sur les lieux de la journée.

# LISTE DES CONFERENCIERS

## Par ordre de passage

<b>Noms des conférenciers</b>	<b>Pays</b>
<b>Dr Habib Besbes</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Jihene Methlouthi</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Lamia Gargouri</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Samia Tilouche</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Zied Merchaoui</b>	<b>France</b>
<b>Dr Houda Ajmi</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Asma Bouziri</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Aida Borji</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Leila Essaddam</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Stephan Dager</b>	<b>France</b>
<b>Dr Khaled Menif</b>	<b>Tunisie</b>
<b>Dr Hanène Smaoui</b>	<b>Tunisie</b>

## LISTE DES MODERATEURS

**Dr Dorra Abid**  
**Dr Ouns Azzabi**  
**Dr Sihem Barsaoui**  
**Dr Hatem Ben Amar**  
**Dr Amel Ben Chehida**  
**Dr Saayda Ben Becher**  
**Dr Samia Ben Hamouda**  
**Dr Najla Ben Jaballah**  
**Dr Sonia BLibech**  
**Dr Lamia Boughamoura**  
**Dr Raoudha Boussoffara**  
**Dr Souad Bousnina**  
**Dr Olfa Bouyahia**  
**Dr Jamel Chnayna**  
**Dr Ali Debbabi**  
**Dr Faten Fdhila**  
**Dr Tahar Gargah**  
**Dr Samir Hadded**  
**Dr Ichrak Khammassi**  
**Dr Manel Jallouli**  
**Dr Monia Khemiri**  
**Dr Mohamed Khecharem**  
**Dr Khaled Mnif**  
**Dr Ouns Naija**  
**Dr Hanène Smaoui**



# PROGRAMME

Samedi 7 décembre 2019

Salles Horaires	Le Grand Salon	
08h30-09h00	Accueil et inscription des participants	
09h00-09h30	<b>Cas clinique 1</b> <b>Insuffisance respiratoire aigue chez un enfant de 5 ans...</b> <i>H. Besbes</i>	
09h30-10h00	<b>Cas clinique 2</b> <b>Détresse respiratoire et anémie chez un nouveau né...</b> <i>J. Methlouthi</i>	
10h00-10h30	<b>Cas clinique 3</b> <b>Ictère cutanéomuqueux chez un enfant de 8 ans...</b> <i>L. Gargouri</i>	
10h30-11h00	Pause café et visite des posters de P1 à P49	
11h00-11h30	<b>Conférence 1</b> <b>Urgences cardiologiques néonatales</b> <i>H. Ajmi</i>	
11h30-12h00	<b>Conférence 2</b> <b>Choc cardiogénique</b> <i>Z. Merchaoui</i>	
12h00 -12h30	<b>Conférence 3</b> <b>Anaphylaxie grave</b> <i>S. Tilouche</i>	
12h30-13h30	<b>Ateliers</b>	
	<b>Le Grand salon</b> <b>Atelier 1</b> <b>Comment interpréter un</b> <b>électrocardiogramme</b> <b>pédiatrique ?</b> <i>H. Ajmi</i>	<b>Le Salon carré</b> <b>Atelier 2</b> <b>Simulation : Urgences</b> <b>pédiatriques</b> <i>A. Bouziri</i> <i>S. Tilouche</i> <i>H. Besbes</i> <i>A. Borgi</i>
13h30-14h30	Déjeuner	

# PROGRAMME

Samedi 7 décembre 2019	
Salle Horaires	Le Grand Salon
14h30-15h00	<b>Conférence 4</b> Accès vasculaires en réanimation (Recommandations formalisées d'expert 2019) <i>Z. Merchaoui</i>
15h00-15h30	<b>Conférence 5</b> Acidocétose diabétique : Nouvelles recommandations 2017 <i>L. Essaddam</i>
15h30 -16h15	<b>Symposium</b> L'approche syndromique en réanimation pédiatrique <i>H. Smaoui</i>
16h15-16h45	Pause café et visite des posters de P50 à P95
16h45-17h15	<b>Conférence 6</b> SDRA pédiatrique en 2019 <i>S. Dauger</i>
17h15-17h45	<b>Conférence 7</b> Coqueluche maligne : prise en charge et défis <i>Kh.Menif</i>
17h45-18h15	<b>Conférence 8</b> Asthme sévère chez l'enfant <i>S. Dauger</i>
18h15	Clôture de la journée
18h30	Cocktail dînatoire

# **PROGRAMME SCIENTIFIQUE**

08h30-09h00      **Accueil et inscription des participants**

09H00-10H30      **Cas cliniques**

---

*Modérateurs : Drs : S. Blibech - M. Khemiri - O. Bouyahia*

---

09h00-09h30      **Cas clinique 1**  
**Insuffisance respiratoire aigüe chez un enfant de 5 ans...**  
H. Besbes

09h30-10h00      **Cas clinique 2**  
**Détresse respiratoire et anémie chez un nouveau né...**  
J. Methlouthi

10h00-10h30      **Cas clinique 3**  
**Ictère cutanéomuqueux chez un enfant de 8 ans...**  
L. Gargouri

10h30-11h00      **Pause café et visite des posters (P1 à P49)**

---

*Modérateurs : Drs : M. Jallouli - A. Ben Chehida - F. Fdhila - I. Khammassi*

---

11h00-12h30      **Conférences**

---

*Modérateurs : Drs : L. Boughamoura - R. Boussofara - D. Abid - M. Khecharem*

---

11h00-11h30      **Conférence 1**  
**Urgences cardiologiques néonatales**  
H. Ajmi

11h30-12h00      **Conférence 2**  
**Choc cardiogénique**  
Z. Merchaoui

12h00 -12h30      **Conférence 3**  
**Anaphylaxie grave**  
S. Tilouche

**12h30-13h30**

**Ateliers**

**Le Grand salon**

**Atelier 1**

**Comment interpréter un électrocardiogramme pédiatrique ?**

H. Ajmi

**Le Salon carré**

**Atelier 2**

**Simulation : Urgences pédiatriques**

A. Bouziri - S. Tilouche - H. Besbes - A. Borgi

**13h30-14h30**

**Déjeuner**

=====  
=====  
**Samedi 7 décembre 2019**  
=====  
=====

**Après-midi**  
**Le Grand Salon**

**14h30-15h30**

---

*Modérateurs : Drs : S. Barsaoui - H. Ben Amar - J. Chnayna*

---

**14h30-15h00**      **Conférence 4**  
**Accès vasculaires en réanimation**  
**(Recommandations Formalisées d'expert 2019)**  
Z. Merchaoui

**15h00-15h30**      **Conférence 5**  
**Acidocétose diabétique : Nouvelles recommandations 2017**  
L. Essaddam

---

*Modérateurs : Drs : S. Bousnina - S. Ben Becher - T Gargah*

---

<b>15h30-16h15</b> <b>Symposium</b> <b>L'approche syndromique en réanimation pédiatrique</b> H. Smaoui
--

---

*Modérateurs : Drs : S. Hamouda - O. Naija - S. Haddad - O. Azzabi*

---

**16h15-16h45**      **Pause café et visite des posters (P50 - P95)**

=====  
**Samedi 7 décembre 2019**  
=====

**Après-midi**  
**Le Grand Salon**

**16h45-18h15**

---

*Modérateurs : Drs : A. Debbabi - N. Ben Jaballah - K. Menif - H. Smaoui*

---

- 16h45-17h15**      **Conférence 6**  
**SDRA pédiatrique en 2019**  
S. Dauger
- 17h15-17h45**      **Conférence 7**  
**Coqueluche maligne : prise en charge et défis**  
Kh. Menif
- 17h45-18h15**      **Conférence 8**  
**Asthme sévère chez l'enfant**  
S. Dauger
- 18h15**              **Clôture de la Journée**
- 18h30**              **Cocktail dînatoire**

---

*Modérateurs : Drs : M. Jallouli - A. Ben Chehida - F. Fdhila - I. Khammassi*

---

## **Cardiologie**

- P1**                    **La Double Discordance: une cardiopathie congénitale rare et difficile à prendre en charge**  
D. Ben Ayed, H. Ajmi, F. Majdoub, S. Nouir , S. Mabrouk,  
N. Zouari J. Chemli, E. Neffatti , S. Ouali , S. Hassayoun , S. Abroug
- P2**                    **Intérêt de la mesure de la consommation myocardique maximale d'oxygène chez les enfants atteints de cardiopathies congénitales**  
MY. Aissa , H. Mahfoudhi, Y. Jabloun, H. Ben Salem,  
N. Kasdallah, S. Blibech, W. Fehri, M. Douagi
- P3**                    **Endocardite infectieuse a révélation néonatale. A propos d'une observation**  
MY. Aissa, H. Mahfoudhi, TY. Jabloun, N. Kasdallah, O Zitouni,  
A. Amri, S. Blibech, W. Fehri, M. Douagi
- P4**                    **Anévrismes coronaires au cours de la maladie de Kawasaki : Evolution à long terme**  
MY. Aissa, H. Mahfoudhi, Y. Jabloun, N. Kasdallah, M. Nawar  
J. Ben Hafaidh , H. Ben Salem, S. Blibech , W. Fehri, M. Douagi
- P5**                    **Flutter Auriculaire à révélation périnatale. A propos de 3 cas**  
MY. Aissa , H. Mahfoudhi, Y. Jabloun, N. Kasdallah , M Nawar,  
J Ben Hfaiedh , H. Ben Salem, S. Blibech , W. Fehri, M. Douagi
- P6**                    **Place de l'épreuve d'effort en cardiologie pédiatrique**  
MY. Aissa, H. Mahfoudhi, Y. Jabloun, N. Kasdallah, S Khemiri  
A. Ayedi, H. Ben Salem, S. Blibech, W. Fehri, M. Douagi



- P7** **Cardiopathies congénitales en milieu de pédiatrie : de la découverte à la prise en charge**  
I. Belhadj, A. Miraoui, I. Trabelsi, M. Ben Romdhane, F. Khalsi, I. Brini , S. Hammouda , K. Boussetta
- P8** **Cardiovascular involvement in Kawasaki Disease: report of 17 cases**  
I.Dhouibi, H. Besbes , J. Bahri , E. Sfar , L.Ghedira , C. Ben Mariem C. Chouchane , S. Chouchane.
- P9** **Syndrome d'absence de la valve pulmonaire a propos de 10 cas**  
R. Guirat , S. Mallek D. Abid
- P10** **Cardiopathie congénitale rare de découverte néonatale: le syndrome de Laubry Pezzi**  
A. Ouali, S. Ghanmi, I. Fekih, H. Ben Hamouda, H. Soua
- P11** **Syndrome de Bland-White-Garland : Cause rare de défaillance cardiaque chez le nourrisson**  
K. Larbi, A. Marzouk, R. Thabti, BF. Ilhem, F. Friha, A. Bouaziz Abed
- P12** **Epidémiologie et prise en charge de la CIV : étude rétrospective au service de néonatalogie de mahdia**  
A. Ouali , S. Ghanmi , I. Fekih , H. Ben Hamouda , H. Soua
- P13** **Une transposition des gros vaisseaux sans cyanose: Quel diagnostic ?**  
H. Khadhraoui, S. Rhayem, B. Dhaouedi, I. Jbebli, F. Mezghani F. Ben Mansour, F. Fedhila, S. Haddad, M. Khemiri

## **Urgence et Réanimation**

- P14** **Purpura fulminans : expérience du service de pédiatrie de Nabeul**  
B.F Fathallah Baccar, A. Guedria, H. Hammami, K. Chraiet, S. Bachrouch M. Ben Dhiaa , M. Elouaer J. Kanzari

- P15** **Le flutter atrial néonatal. A propos d'une observation**  
H. Hammami, A. Guedria, B. Fathallah Baccar, K. Chraiet,  
M. Ben Dhiaa, J. Kanzari, M. Elouaer
- P16** **Interruption de l'arche aortique : Difficultés de prise en charge**  
W. Barbaria, S. Chergui, I. Hadj Salah, I. Chelly, F. Ben Salah,  
I. Khamassi
- P17** **L'envenimation scorpionique grave : place de l'ECMO**  
N. Soyed, D. Brahem, N. Guedira, I. Briki, A. Sboui, N. Balhoudi,  
K. Mansour, S. Khammari , H. Mejoual
- P18** **Péricardite à mycoplasme : A propos d'un cas**  
B. Briki, I. Briki, N. Guedira, N. Soyed, K. Mansour, S. Khammari  
A. Sboui, N. Balhoudi, H. Mejoual
- P19** **Hépatite fulminante toxique secondaire à Ruta Graveolens :  
A propos d'un cas.**  
A.Chichti, A. Ayari, W. Bennour, A. Hajji, A. Bouziri, K. Mnif,  
A. Borgi, N. Ben Jaballah
- P20** **Un rhabdomyome cardiaque évoquent le diagnostic anténatal  
d'une sclérose tubéreuse de Bourneville : à propos de deux cas**  
Y. Sdiri, S. Thabti, F. Ayari, E. Cherifi, N. Ben Ameer,  
W. Belhaj Ammar , S. Kacem
- P21** **Profil épidémiologique des cardiopathies congénitales  
à révélation néonatale en Tunisie**  
F. Ayari, Y. Sdiri, M. Mayel, E. Cherifi, W. Belhaj Ammar,  
M. Cheour , S. Kacem,
- P22** **Syndrome de QT long: A propos de deux cas**  
I.Briki, D. Brahem, N. Guedira, A. Sboui, N. Balhoudi,  
K. Mansour, S. Khammari, H. Mejoual
- P23** **Prise en charge de la tachycardie supraventriculaire  
en réanimation : A propos de 9 cas**  
A. Chichti, A. Ayari, W. Hannachi, A. Hajji, A. Borgi, A. Bouziri  
K. Mnif, N. Ben Jaballah

- P24**                    **Complications rares du cathétérisme central chez le nouveau-né (À propos de 11 observations)**  
A. Bouraoui, H. Charfi, H. Khanfir, M. Zghal, A. Ben Hamed, C. Regaieg , M. Charfi, N. Hmida, D. Abid , S. Kamoun, A. Ben Thabet, A. Gargouri
- P25**                    **La staphylococcie pleuro pulmonaire en réanimation pédiatrique: A propos de 36 cas**  
R. Ouerfelli , A. Ayari, H. Badri, A. Louati, K. Menif, A. Borgi, A. Bouziri, N. Ben Jaballah
- P26**                    **L'épidémie de rougeole en 2019 en Tunisie: l'expérience de service de réanimation pédiatrique de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza**  
S. Hannachi, S. Hadj Hassine, M. Laadhar, A. Ayari, A. Hajji, A. Bouziri, K. Mnif, A. Borgi, N. Ben Jaballah
- P27**                    **Le syndrome de l'incisive médiane unique : une cause rare de détresse respiratoire néonatale. A propos d'un cas**  
A. Chichti, A. Ayari, A. Hajji, A. Louati, A. Bouziri, K. Mnif N. Ben Jaballah
- P28**                    **Abcès hépatique en milieu de réanimation néonatale : à propos de sept observations**  
A. Khlifi, Y. Sdiri, F. Ayari, A. Khelifi , S. Thabti, E. Cherifi W. Belhajammar, N. Benameur, M. Cheour, S. Kacem
- P29**                    **Prise en charge des exacerbations sévères d'asthme en milieu de réanimation pédiatrique**  
H. Ben Belgacem, S. Tilouche, R. Kbaili, A. Tej, N. Soyah, J. Bouguila, L. Boughammoura
- P30**                    **Troubles du rythme et de la conduction chez les nouveau-nés : A propos de quatre cas**  
E. Cherifi , A. Kahlaoui, F. Ayari, Y. Sdiri, S. Kacem

- P31**                    **Les Circonstances de découverte d'un pneumothorax chez le nouveau-né**  
F. Ayari, S. Jaouhari, Y. Sdiri, KH Bencheikh, E. Cherifi  
W. Belhajammar N. Benameur , M. Cheour , S. Kacem
- P32**                    **Prise en charge des cardiopathies congénitales dans le Cap-Bon**  
C. Dghaies, M. Bendhia, K. Chraiet
- P33**                    **Les états de choc : l'expérience d'un service de pédiatrie générale**  
I. Trabelsi, F. Nasri, I. Belhadj, M. Ben Romdhane, F. Khalsi  
K. Boussetta
- P34**                    **L'hématémèse en pédiatrie: étude de 31 cas**  
F. Charfi, A. Elleuch , M. Weli, M. Hsairi, M. Boudabbous,  
N. Tahri, L. Gargouri, A. Mahfoudh
- P35**                    **Insuffisance hépatocellulaire aigue sévère chez l'enfant : à propos de 50 cas**  
F. Charfi, A. Elleuch, M. Weli, L. Gargouri, L. Chtourou,  
N. Tahri, A. Mahfoudh
- P36**                    **Comparaison de deux protocoles de prise en charge de l'acidocétose diabétique en milieu de réanimation pédiatrique**  
I.Dhouibi, H. Besbes, I. Ben Rhouma, J. Bahri, C. Chouchane,  
L. Ghedira , C. Ben Mariem , S. Chouchane
- P37**                    **Chylothorax infantile: particularités diagnostiques et thérapeutiques**  
H. Barakizou, I. Zaiter, Y. Ben Rjeb, S. Gannouni, N. Kasdallah,  
S. Blibech, M. Douagi
- P38**                    **Circonstances et prise en charge du pneumothorax néonatal : État des lieux dans une unité niveau 2 B**  
K. Lassoued, O. Bouabdallah, K. Chraiet, A. Guedria,  
S. Bachrouch, M. Ben Dhiaa, W. Chikhaoui , M. Elouaer

- P39**                    **Trouble du rythme symptomatique chez l'enfant :  
à propos d'une observation**  
L. Jallouli , K. Chraïet, A. Bettaieb, M. Elouaer, S. Bachrouche,  
A. Guedria, M. Ben Dhiaa, J. Kanzari, W. Chikhaoui
- P40**                    **Bronchiolite en unité de réanimation pédiatrique du sud Tunisien:  
Facteurs pronostiques**  
A. Elleuch, MA. Zghal , M. Wali, A. Ben Hliman, L. Gargouri  
A. Mahfoudh
- P41**                    **Particularités du Syndrome de Guillain Barré chez l'enfant**  
M. Weli, B. Ben Amar, A. Ben Hlima, B. Maalej, L. Gargouri,  
N. Rekik , A. Mahfoudh
- P42**                    **Les douleurs thoraciques de l'enfant : Penser à l'embolie  
pulmonaire**  
H. Ben Belgacem, S. Tilouche, R. Kebaili, S. Khattech,  
A. Tej, N. Soyah, J. Bouguila, L. Boughammoura
- P43**                    **Le syndrome de Miller Fisher chez l'enfant à propos de 2 cas**  
M. Weli, B. Ben Amar, A. Ben Hlima, B. Maalej, L. Gargouri,  
N. Rekik , A. Mahfoudh
- P44**                    **Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse induit par  
la vancomycine**  
W. Barbaria, H. Sahnoun, I. Hadj Salah, A. Dkhil, I. Chelly,  
I. Khamassi
- P45**                    **Prise en charge du bloc auriculo-ventriculaire congénital**  
A. Bouraoui , H. Kamoun, S. Khlif, D. Louati, A. Ben Hamed,  
M. Charfi, C. Regaieg, N. Hmida, R. Regaieg, D. Abid,  
S. Kamoun A. Ben Thabet , A. Gargouri
- P46**                    **Prise en charge des rhabdomyomes cardiaques de diagnostic  
anténatal**  
A. Bouraoui, N. Bouzidi, F. Boudaya -, M. Charfi, N. Hmida,  
R. Regaieg, D. Abid, S. Kamoun, A. Ben Thabet, A. Gargouri

- P47**                    **Prise en charge de la communication inter auriculaire dès la période néonatale à l'adolescence. Expérience du service de néonatalogie de Mahdia**  
A.Yahyaoui, A. Ouali, S. Ghanmi, I. Fekih, H. Ben Hamouda, H. Soua
- P48**                    **Profil épidémiologique et évolutif des suspicions de chorioamniotite**  
I. Selmi, R. Ben Khélifa, A. Guizani, E. Marmeche, Z. Khlayfia, S. Halioui, E. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala
- P49**                    **Etat des lieux des facteurs de risque de la mortalité des infections liée aux soins : étude prospective dans un centre de néonatalogie**  
O. Mhamdi, M. Bellalah, O. Mghirbi, A. Ghaith, I. Kacem, S. Nouri, J. Mathlouthi, N. Mahdhaoui



- P55 Hydrocéphalie récurrente dans une famille: Penser aux dystroglycanopathies.**  
R. Ben Aziza, O. Azzabi, Y. Laaribi, I. Selmi, E. Marmech, Z. Khleyfia, H. Ouerda, S. Halioui, A. Maherzi, L. Ben Jemaa, N. Siala
- P56 Quand le cœur du nouveau-né s'emballe : La tachycardie supra ventriculaire**  
N. Brahim, E. Marmech, I. Selmi, Z. Khleyfia, H. Ouerda, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala
- P57 Communication inter-ventriculaire: Quand évoquer une délétion 22 Q11**  
O. Azzabi, A. Guizani, I. Selmi, E. Marmech, Z. Kheleyfia, H. Ouerda, S. Halioui, A. Maherzi, N. Siala
- P58 Intérêt du paracétamol devant un canal artériel persistant**  
R. Labbaoui, N. Brini, A. Fatnassi, N. Balhoudi, H. Mejaouel
- P59 Cardiopathies congénitales cyanogènes en unité de réanimation et de soins intensifs néonataux**  
F. Ayari, Y. Sdiri, S. Thabti, S. Jaouhari, T. Lamouchi, M. Cheour, S. Kacem
- P60 Interrupted aortic arch in newborn: A case series**  
R. Labbaoui, O. Mghirbi, W. Tabka, M. Bellalah, J. Methlouthi, S. Merchaoui, N. Mahdhaoui
- P61 Le syndrome de Prader Willi : à propos d'une observation de diagnostic néonatal**  
E. Cherifi, B. Khaoula, Y. Sdiri, F. Ayari, S. Kacem

## Neurologie

- P62 Syndrome de Dandy Walker : à propos d'une observation**  
S. Trabelsi, W. Barbaria, F. Ben Salah, F. Bahri, I. Chelly, I. Khamassi



**P63**                    **Etat de mal épileptique en pédiatrie : Etude de 32 cas**  
A. Elleuch, Z. Hadrich, M.Welli, A.Ben hlima , L.Gargouri  
A. Mahfoudh

**P64**                    **Dysgénésie congénitale du tronc cérébral : à propos d'un cas**  
Z. Khlayfia, S. Khatech, H. Ouerda, I. Boudich, I. Kanzari,  
I. Selmi, E. Mermech, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi,  
N. Siala

## **Rhumatologie et Maladie de système**

**P65**                    **La maladie de kawasaki et atteinte cardiaque : prise en charge et évolution**  
D. Brahem, N. Soyed, N. Guedira, I. Briki, A. Sboui, N. Balhoudi  
K. Mansour, S. Khammari, H. Mejoual

**P66**                    **Rhumatisme articulaire aigue: facteurs predictifs de persistance.**  
D. Brahem , N. Soyed , I. Briki , T. Guedira , B. Briki , H. Mejaouel

**P67**                    **Une primo infection CMV inaugure Un lupus érythémateux systémique : à propos d'un cas**  
C. Abid , K. Mansour, T. Guedira, I. Briki, A. Sboui, N. Balhoudi  
K. Mansour, S. Khammari, H. Mejoual

## **Hématologie - Oncologie - Immunologie**

**P68**                    **Diarrhée réfractaire: pensez au syndrome paranéoplasique du neuroblastome**  
Y. Ben Rejeb, S. Laajili, M. Zarrad, F. Fedhila,  
H. Barakizou, S. Gannouni

**P69**                    **Insuffisance cardiaque secondaire à un syndrome d'activation lymphohistiocytaire (A propos d'une observation)**  
S. Rekaya, N. Mlika, M. Ouederni, M. Ben Khaled, I. Ben Fradj,  
M. Noomane, R. Kouki, M. Mellouli, M. Bejaoui

**P70**                    **Déficit en G6PD révélé par une acidocétose diabétique inaugurale**  
Z. Khlayfia, R. Ben Khalifa, H. Ouerda, R. Ben Aziza,  
J. Kanzari, I. Selmi, E. Mermech, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi,  
N. Siala

**P71**                    **Bêta-thalassémie et hypochondroplasie : quand la fréquence s'associe à la rareté**  
Z. Khlayfia, A. Guizani, H. Ouerda, C. Khlif, J. Kanzari,  
I. Selmi, S. Rkaya, F. Mallouli, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

## **Gastroentérologie - Nutrition - Hépatologie**

**P72**                    **Atrésie des voies biliaires : Une Pathologie toujours d'actualité**  
Z. Khlayfia, M. Khalifa, H. Ouerda, R. Ben Khalifa,  
J. Kanzari, I. Selmi, E. Mermech, S. Halioui, A. Maherzi,  
O. Azzabi, N. Siala

**P73**                    **Ileal duplication : an unusual cause of intestinal obstruction in a newborn**  
R. Labbaoui, O. Mghirbi, M. Bellalah, H. Mena, H. Ayeche,  
J. Mathlouthi, S. Merchaoui, N. Mahdhaoui

## **Infectieux**

**P74**                    **Abcès sous phrénique : A propos d'une observation pédiatrique**  
A. Dkhil, W. Barbaria, S. Chergui, F. Bahri, I. Chelly, I. Khamassi

**P75**                    **L'empyème sous dural : Complication rare de la méningite à méningocoque chez le nourrisson**  
H. Sahnoun, W. Barbaria, S. Trabelsi, S. Chergui, I. Chelly,  
I. Khamassi

**P76**                    **Méningite à salmonelle : A propos d'un cas**  
Y. Ben Rejeb, S. Ben Guebila, G. Harran, H. Barakizou,  
S. Gannouni

- P77**                    **Epidémiologie des infections urinaires à entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu chez les enfants de la ville de Kairouan**  
N. Brini, R. Labbaoui, A. Fatnassi, E. Sbouii, H. Mejaouel
- P78**                    **Méningite en pédiatrie : Etude de 22 cas**  
A. Elleuch, Z. Hadrach, M.Welli, A. Ben hlima, L.Gargouri, A. Mahfoudh
- P79**                    **Coqueluche chez le jeune nourrisson : Etude de 43 cas**  
M. Abdelberi, S. Tilouche , A. Laayouni, R. Kebaili, A. Tej N. Soyah, J. Bouguila , L. Boughammoura
- P80**                    **La tuberculose digestive: Particularités chez l'enfant**  
Z. Khlayfia, N. Brahim, H. Ouerda, R. Ben Aziza, J. Kanzari, I. Selmi E. Mermech, S. Halioui , A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

## Endocrinologie

- P81**                    **L'hyperthyroïdie de l'enfant : illustration par deux observations**  
Z. Zaroui, S. Ben Messaoud, H. Boudabous, S. Ben Hssine, H. Azzouz, MS. Abdelmoula, A. Ben Chehida, N. Tebib
- P82**                    **Syndrome d'Allgrove pédiatrique : A propos de 6 cas**  
Z. Khlayfia, R. Ben Aziza, H. Ouerda, M. Khalfa, J. Kanzari, I. Selmi, E. Mermech, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala

## Néphrologie

- P83**                    **Néphropathie transitoire induite par Sirolimus : à propos d'un cas**  
Z. Khlayfia, R. Ben Aziza, H. Ouerda, A. Guizani, I. Selmi E. Mermech, S. Halioui, A. Maherzi , O. Azzabi, N. Siala

## Pneumologie

- P84 Exacerbation sévère d'asthme**  
F. Khalsi, S. Kbaier, R. Tebbini, I. Belhadj, S. Hamouda,  
K. Boussetta
- P85 Les malformations artério-veineuses pulmonaires :  
à propos d'un cas.**  
Y. Ben Rejeb, M. Zarrad, S. Lajili, H. Barakizou , S. Gannouni
- P86 Syndrome hyper IgE révélé par une pneumopathie hypoxémiante**  
Z. Khlayfia, I. Boudich, H. Ouerda, N. Brahim, J. Kanzari I. Selmi,  
E. Mermech, S. Halioui, A. Maherzi, O. Azzabi, N. Siala
- P87 Syndrome de cimenterre révélé par une inhalation d'un corps  
étranger**  
H. Ben Belgacem, N. Soyah, H. Chakroun, R. Kbaili, A. Tej,  
S. Tilouche, J. Bouguila, A. Hamzaoui, L. Boughammoura

## Génétique

- P88 Syndrome de Kaufman : A propos de deux cas.**  
E. Cherifi, F. Ayari, A. Khalouaoui, M. Rebhi, Y. Sdiri,  
W. Belhajammar, N. Benameur, M. Cheour, S. Kacem
- P89 Association cardiopathies congénitales et trisomie 21 :  
étude de 30 cas**  
M. Guirat, S. Skouri, Y. Elaribi, S. Hizem, H. Jilani, I. Rejeb,  
I. Selmi, O. Azzabi , F. Ouarda, L. Ben Jemaa
- P90 Insuffisance mitrale et syndrome de Marfan : A propos d'un cas**  
S. Skouri, M. Guirat, I. Rejeb, Y. Elaribi, S. Hizem, M. Sebai,  
H. Jilani, L. Ben Jemaa
- P91 Trisomie 21 et cardiopathie congénitale : à propos de 16 cas**  
A. Elleuch, MA. Zghal, M. Wali, A. Ben Hlima, L. Gargouri,  
A. Mahfoudh

- P92**                    **Ostéopétrose maligne infantile révélée par un retard staturo-pondéral : A propos d'un cas**  
C. Abid, B. Briki, T. Guedira, B. Briki, B. Donia, A. Sboui,  
N. Balhoudi, K. Mansour, S. Khammari, H. Mejoual
- P93**                    **Troubles pédopsychiatriques en rapport avec la phénylcétonurie : A propos de 7 cas**  
E. Cherif, I. Souelmia, H. Slama
- P94**                    **Dysplasie arythmogène du ventricule droit, à propos d'un cas**  
H. Chakroun, N. Soyah, H. Ben Belgacem, R. Kebaili,  
A. Tej, S. Tilouche
- P95**                    **Management of tet spells in Tetralogy of Fallot: experience in ICR of Sahloul**  
O. Mhamdi, H. Ajmi, F. Majdoub, S. Nour, S. Mabrouk,  
M. Tififha, S. Hassayoun, J. Chemi, N. Zouari, S. Abroug

# **RESUMES DES CAS CLINIQUES**

## **Syndrome de détresse respiratoire aigue chez un enfant âgé de 5 ans....**

DR HBIB BESBES

**Service de Pédiatrie. Hôpital de Monastir**

Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 5 ans sans antécédents pathologiques notables. Le patient a présenté un syndrome grippal 4 jours avant l'admission. Il a été admis pour insuffisance respiratoire aiguë. La radiographie thoracique initiale a montré des infiltrats réticulonodulaires bilatéraux, avec des condensations évoluant rapidement vers une atteinte alvéolaire diffuse. L'analyse des gaz sanguins a révélé une hypoxie sévère. Une atteinte de la fonction rénale et hépatique a été également observée.....

# **Cause rare et souvent méconnue d'insuffisance cardiaque chez le nouveau-né**

JDR JIHENE METHLOUTHI

**Service de médecine et de réanimation néonatale de Sousse**

Nouveau-né de sexe masculin, à terme, eutrophique, issu d'une mère âgée de 35 ans, 3ème pare, 3ème geste de groupe sanguin rhésus négatif. L'échographie anténatale a mis en évidence des signes en faveur d'une anasarque foeto-placentaire. Accouchement par voie basse moyennant un forceps avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Admis pour détresse respiratoire et anémie. L'évolution s'est rapidement marquée par l'installation d'une insuffisance cardiaque de cause inhabituelle.



## **Ictère cutanéomuqueux chez un enfant de 8 ans.**

PR.AG LAMIA GARGOURI

**Service de pédiatrie urgence et réanimation. CHU Hedi Chaker. Sfax, Tunisie**

L'insuffisance hépatocellulaire de l'enfant est une urgence pouvant engager le pronostic vital à court terme. Il est primordial de s'orienter le plus vite possible vers la maladie causale puisque certaines causes peuvent être accessibles à un traitement spécifique.

L'analyse des éléments anamnestiques, des manifestations cliniques et des examens de première intention peut permettre une orientation étiologique rapide.

La prise en charge de l'insuffisance hépatique doit débuter dans les plus brefs délais par un traitement symptomatique associé éventuellement à un traitement étiologique spécifique afin d'améliorer le pronostic.

## **RESUMES DES CONFERENCES**

## Les urgences cardiologiques néonatales

DR HOUDA AJMI

Service de Pédiatrie, CHU Sahloul, Sousse

Les cardiopathies congénitales sont les anomalies congénitales les plus fréquentes dans la population pédiatrique, touchant près de 1% des naissances vivantes. Leur diagnostic est effectué de plus en plus précocement, voire même, en anténatal dans les pays développés. Dans notre pays, le diagnostic est effectué souvent suite à la décompensation de ces cardiopathies en postnatal immédiat. En effet, une grande partie de ces malformations reste bien tolérée in utero grâce à l'existence de shunts (le canal artériel et le foramen ovale). Cependant, elles se décompensent à la naissance et peuvent mettre en péril la vie du nouveau né suite à la fermeture postnatale de ces shunts. Les signes cliniques présentés par les nouveaux nés atteints se résument en deux tableaux: une cyanose et/ ou une insuffisance cardiaque. Le diagnostic de la cardiopathie peut être effectué grâce à un examen clinique méticuleux du nouveau né. Ce premier abord clinique permettra de s'orienter souvent vers une cardiopathie ducto-dépendante de type obstacle droit ou une transposition des gros vaisseaux en cas de cyanose ou d'obstacle gauche en cas d'insuffisance cardiaque. Dans les deux cas, la prise en charge reposera sur la mise en route de la Prostine, parfois avant même d'effectuer le diagnostic écho-cardiographique. L'échocardiographie fournit, par la suite, une analyse détaillée de la cardiopathie et permettra de dresser la prise en charge initiale de l'enfant ainsi que le pronostic de sa cardiopathie. Les progrès du diagnostic anténatal ont permis une amélioration du pronostic de ces cardiopathies congénitales. En effet, la naissance de l'enfant atteint est organisée dans une structure adaptée proche d'une unité médico-chirurgicale de cardiologie pédiatrique. Ceci permettra d'instaurer rapidement les thérapeutiques adaptées (Prostine) et/ ou d'effectuer certains gestes interventionnels salvateurs (Rashkind, dilatation percutanée, ...) immédiatement à la naissance, évitant ainsi la décompensation aiguë de ces cardiopathies en attendant une éventuelle prise en charge chirurgicale.

# Le choc cardiogénique de l'enfant

DR ZIED MERCHAOUI

**Service de Réanimation Pédiatrique, Hôpitaux universitaires Paris-Sud, Bicetre.**

Le choc cardiogénique est un état de défaillance circulatoire aiguë dû à une altération de la fonction myocardique. Il représente 5-13% des états de choc (EDC) diagnostiqués aux urgences chez l'enfant. Il est responsable d'une mortalité, identique à celle observée chez l'adulte, estimée entre 5 et 10%. L'association à des comorbidités extracardiaques (insuffisance rénale, hépatique ou sepsis) aggrave le pronostic. Le choc cardiogénique survient quand les mécanismes de compensation cardiaques et circulatoires sont dépassés. Il est caractérisé par une altération de la contractilité et de la compliance myocardique et une augmentation de la pré et de la post charge. Il se manifeste cliniquement par une tachycardie marquée persistante, une altération de la perfusion tissulaire une baisse de la pression artérielle et biologiquement par une acidose lactique traduisant l'installation d'un métabolisme anaérobie. Sa prise en charge doit commencer en pré-hospitalier et dans les services d'urgence par la reconnaissance des signes de choc et leur imputation à une origine cardiaque. Elle a pour objectif de rétablir une perfusion tissulaire correcte. Le transfert dans un service de réanimation s'impose où une enquête étiologique doit être menée en parallèle à la prise en charge.

Son traitement et le choix des molécules à mettre en route a toujours fait l'objet de controverses et de débats passionnés. Qu'en est-il en 2019 : Quels moyens diagnostiques ? Quel monitoring instaurer ? Quels traitements mettre en route? Quels inodilatateurs et/ou inopresseurs choisir? Quel support circulatoire et quand? Quels objectifs thérapeutiques?

# Anaphylaxie grave

DR SAMIA TILOUCHE

Service de Pédiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse

L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité systémique, généralisée, sévère, pouvant engager le pronostic vital. Elle se caractérise par une atteinte des voies aériennes, de la respiration ou de l'hémodynamique, accompagnée dans la plupart des cas (mais non systématiquement) par une atteinte cutanéomuqueuse.

La forme la plus grave est représentée par le choc anaphylactique qui est défini par une atteinte circulatoire mais doit aussi être évoqué devant l'atteinte de deux organes par la réaction anaphylactique.

Les recommandations internationales se sont accordées sur le terme d'anaphylaxie et n'utilisent plus l'expression « choc anaphylactique » qui focalise sur l'atteinte cardiovasculaire et est responsable d'une sous-évaluation des symptômes respiratoires et digestifs, à l'origine d'un défaut de diagnostic.

Le principe de prise en charge repose sur l'administration précoce par voie intramusculaire d'adrénaline avec une prise en charge des voies aériennes, la pose d'une voie veineuse de bon calibre (ou d'une intra-osseuse si nécessaire), un remplissage par cristalloïdes et une surveillance stricte des paramètres vitaux

Le site d'injection recommandé de l'adrénaline est la face latéro-externe du tiers moyen de la cuisse qui engendre une absorption plus importante du produit par rapport à l'injection intramusculaire dans le deltoïde ou à la voie sous cutanée.

La voie intraveineuse n'est pas recommandée en première intention et ne peut s'envisager qu'aux conditions suivantes : présence d'une équipe médicale entraînée, surveillance continue de la saturation percutanée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) et de la fréquence cardiaque, monitoring de la pression artérielle, défibrillateur à proximité.

La perfusion par voie intraveineuse continue doit rapidement remplacer la voie intramusculaire si les injections répétées se révèlent inefficaces ou en cas d'instabilité hémodynamique sévère.

Les corticoïdes ne constituent pas un traitement d'urgence et ne doivent pas se substituer à l'adrénaline. Ils sont utilisés en prévention de la réaction biphasique. Cependant, leur efficacité n'a jamais été démontrée. Les antihistaminiques H<sub>1</sub> sont classiquement utilisés, mais leur efficacité n'a jamais été démontrée. Ils ne sont efficaces que sur les symptômes cutanéomuqueux.

L'anaphylaxie, et particulièrement le choc anaphylactique, restent une préoccupation et un réel défi pour tout pédiatre devant la nécessité d'un diagnostic rapide et d'un traitement précoce. La publication de recommandations internationales permettra de standardiser la prise en charge thérapeutique.

# **Recommandations Formalisées d'Experts (RFE)**

## **Gestion des abords vasculaires en réanimation**

### **(SRLF/GFRUP/ADARPEF)**

DR. ZIED MERCHAOUI

**Service de Réanimation Pédiatrique, Hôpitaux universitaires Paris-Sud, Bicetre.**

En réanimation, les voies veineuses centrales, cathéters artériels et cathéters de dialyse sont la cause de complications, chez 3 patients sur 4. Ces événements indésirables sont responsables d'une morbi-mortalité importante et de coûts supplémentaires. Ils sont évitables, pour une large majorité. Les programmes d'amélioration des soins et les stratégies d'amélioration de la qualité ont montré qu'ils étaient efficaces pour prévenir les complications des dispositifs intra-vasculaires, surtout s'ils s'accompagnent d'une appropriation locale du processus.

L'objectif de ces RFE est de répondre aux principales questions posées dans la gestion des abords vasculaires utilisés en réanimation, pour lesquelles il existe des données dans le domaine de la prévention, du diagnostic et de la gestion des complications.

Une recherche bibliographique a été réalisée partir des bases de données MEDLINE via Pubmed et Cochrane sur la période 1980-2018. L'analyse a été centrée sur les données récentes selon un ordre d'appréciation allant des méta-analyses et essais randomisés aux études observationnelles.

Pour la pédiatrie : le travail de synthèse des 3 experts et l'application de la méthode GRADE ont abouti à 9 recommandations. Parmi les 9 recommandations formalisées, 1 a un niveau de preuve élevé (GRADE 1+/-) et 3 un niveau de preuve faible (GRADE 2+/-). Pour 4 recommandations, la méthode GRADE ne pouvait pas s'appliquer, aboutissant à un avis d'experts.

Pour les adultes : le travail de synthèse des 18 experts et l'application de la méthode GRADE ont abouti à 36 recommandations. Parmi les 36 recommandations formalisées, 5 ont un niveau de preuve élevé (GRADE 1+/-) et 7 un niveau de preuve faible (GRADE 2+/-).

# Acidocétose diabétique chez l'enfant : Nouvelles recommandations 2017

DR LEÏLA ESSADDAM

**Service Pédiatrie Urgences et Consultation externe.  
Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis**

L'acidocétose diabétique peut être révélatrice du diabète de type 1 chez l'enfant ou en compliquer le cours.

Il s'agit d'une urgence médicale absolue mais la correction des altérations cliniques et chimiques dont elle est responsable doit être réalisée progressivement pour prévenir les complications associées telles que l'hypokaliémie et l'oedème cérébral.

A la phase initiale, la correction du déficit hydrique est plus importante que l'insulinothérapie, car la mortalité précoce est due à la déshydratation et à l'état de choc plutôt qu'à l'hyperglycémie.

L'insulinothérapie est nécessaire pour corriger l'hyperglycémie et l'acidose.

Le traitement doit en être initié dans le premier centre qui accueille l'enfant.

Les recommandations de l'ISPAD 2017 se doivent d'être connues par tous les centres prenant en charge ces enfants.

# Syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'enfant : où en est-on en 2019 ?

PR STÉPHANE DAUGER, MD, PHD

Hôpital Robert Debré, AP-HP et Université de Paris

Il a fallu attendre 2015 pour voir publier la première définition pédiatrique du Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe (SDRA), œdème aigu pulmonaire lésionnel faisant suite à une « agression » pulmonaire directe ou indirecte. Depuis, à l'instar des progrès majeurs obtenus dans les années 2000 en réanimation adulte, le nombre et la qualité des publications concernant le SDRA de l'enfant ont littéralement explosé. L'épidémiologie pédiatrique a été décrite en détails de manière multicentrique. Des recommandations d'experts permettent désormais de détailler la démarche thérapeutique du SDRA pédiatrique.

A ce jour, pour l'instant extrapolés de la littérature adulte, les principes de l'approche thérapeutique reposent sur : un diagnostic précoce, une ventilation protectrice utilisant un faible volume courant et une titration de la pression expiratoire positive, parfois après une phase de ventilation non-invasive parfaitement encadrée, un équilibre hydrique strict, la curarisation associée ou non au décubitus ventral utilisés dès les premières heures de ventilation dans les formes les plus sévères. La surveillance hémodynamique, essentiellement par échocardiographie au moins quotidienne et mesure sanglante continue de la pression artérielle, doit être systématique dans le cadre d'une ventilation mécanique avec pressions intrathoraciques élevées. Les soins généraux médicaux et paramédicaux sont une part primordiale du pronostic global : traitement étiologique, alimentation entérale précoce, limitation de l'antibiothérapie, prévention des infections liées aux soins, gestion individualisée de la sédo-analgésie, soins infirmiers adaptés réguliers. Plusieurs études en cours testent de manière prospective et multicentrique ces différentes approches thérapeutiques afin d'avoir enfin des résultats pédiatriques robustes.

Ainsi, le pronostic global du SDRA de l'enfant s'est nettement amélioré durant la dernière décennie. Le nombre de défaillances d'organes, l'immunodépression et la gravité de l'hypoxémie durant les premières heures de traitement sont les principaux facteurs pronostic. Le SDRA, pathologie finalement très fréquente chez le nourrisson et l'enfant, est un excellent témoin de la qualité générale de la prise en charge en unité de réanimation pédiatrique.



## Coqueluche maligne : prise en charge et défis

PR KHALED MENIF

**Service de réanimation pédiatrique polyvalente  
Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis**

La coqueluche due au bacille Gram négatif *Bordetella pertussis* peut évoluer chez le nourrisson vers une forme maligne nécessitant une prise en charge en unité de réanimation. La coqueluche maligne survient préférentiellement chez les enfants de moins de 3 mois. Les signes cliniques et biologiques associés de manière variable à cette forme sont une hyperleucocytose mixte avec hyperlymphocytose fréquemment supérieure à 50.000/mm<sup>3</sup>, une atteinte neurologique sévère avec convulsions et coma et une atteinte respiratoire caractérisée par un syndrome de détresse respiratoire aigüe (SDRA) avec hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) qui conditionne le pronostic vital notamment lorsqu'une défaillance cardiovasculaire apparaît. La tachycardie > 180/min, une augmentation rapide des leucocytes avec un rapport polynucléaires neutrophiles sur lymphocytes > 1 sont des facteurs prédictifs de la survenue d'une coqueluche maligne. Le pronostic est sévère avec un pourcentage de mortalité supérieur à 70 %. Ainsi, toutes les options thérapeutiques pouvant permettre une amélioration sont à envisager. L'exsanguino-transfusion (EST), par sa capacité de renouvellement de la masse sanguine, peut se révéler intéressante pour réduire l'hyperleucocytose qui contribue à l'HTAP.

Le meilleur traitement reste la prévention reposant sur une amélioration de la couverture vaccinale aussi bien des enfants que des adultes.

## Exacerbation sévère d'asthme en pédiatrie : le point de vue du réanimateur

Pr Stéphane DAUGER, MD, PhD

Hôpital Robert Debré, AP-HP et Université de Paris

La prévalence de l'asthme est en augmentation majeure depuis plusieurs années tout particulièrement en pédiatrie, et ce tant dans les pays à fort revenus que dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. En plus d'un handicap respiratoire parfois marqué dès les premières années de vie, l'exacerbation sévère peut conduire au décès. Le pédiatre-réanimateur doit donc parfaitement maîtriser l'escalade thérapeutique à engager en tenant compte des moyens médicamenteux, techniques et humains dont il dispose.

En 2018, trois sociétés savantes françaises adultes et pédiatriques (SRLF, SFMU et GFRUP) ont proposé des Recommandations Formalisées d'Experts concernant l'exacerbation sévère d'asthme. Celles-ci sont directement fondées sur la physiopathologie de l'asthme associant bronchospasme, œdème, et hypersécrétion muqueuse, et de sa forme sévère dont le marqueur principal est l'hyperinflation dynamique conduisant à une hypoventilation, une augmentation du travail respiratoire, et un retentissement hémodynamique.

Les fondements du traitement sont les bêta-2 mimétiques inhalés, la corticothérapie systémique, les atropiniques de synthèse inhalés et la juste hydratation. Le pédiatre-réanimateur doit maîtriser la chronologie de la réponse à chacun de ces traitements afin d'engager la seconde ligne représentée par le sulfate de magnésium, et si besoin la troisième ligne associant les bêta-2 mimétiques intraveineux, la possibilité d'une expansion volumique et surtout d'une assistance ventilatoire, non-invasive, incluant l'oxygénothérapie haut-débit, voire en dernier recours invasive. Certaines thérapeutiques de recours telles que l'aminophylline ou certaines drogues anesthésiques, non recommandées formellement car pas toutes validées de manière reproductive, peuvent être envisagées au cas par cas en fonction de l'expérience des équipes, et uniquement en soins intensifs, c'est à dire en milieu sécurisé.

Là encore la qualité de la réévaluation médicale mais aussi et surtout de la surveillance paramédicale vont être les points angulaires du passage de l'une à l'autre ligne de traitements. Avec un protocole simple, précis et rigoureux, le pédiatre-réanimateur peut ainsi anticiper la prise en soins de l'exacerbation sévère de l'asthme et espérer en diminuer la morbi-mortalité.

# NOTES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# **RESUMES DES POSTERS AFFICHES**

# Cardiologie pédiatrique

## **P1- La Double Discordance: une cardiopathie congénitale rare et difficile à prendre en charge**

D. BEN AYED (1), H. AJMI (1), F. MAJDOUB (1), S. NOUIR (1), S. MABROUK (1), N. ZOUARI (1), J. CHEMLI (1), E. NEFFATTI (2), S. OUALI (3), S. HASSAYOUN (1), S. ABROUG (1),

Service de Pédiatrie, CHU Sahloul, Sousse (1), Service de Cardiologie, CHU Sahloul, Sousse (2), Service de Cardiologie, CHU la Rabta, Tunis (3),

### **Introduction**

La double discordance (DD) est une cardiopathie rare (<1%) définie par une discordance aux étages auriculoventriculaire et ventriculoartérielle. Elle est souvent diagnostiquée à l'âge adulte et révélée rarement à l'âge pédiatrique.

### **Objectifs**

Déterminer les caractéristiques cliniques, échocardiographiques et évolutives de cette cardiopathie congénitale chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 3 patients atteints d'une DD colligés au service de Pédiatrie du CHU Sahloul.

### **Résultats**

Nous rapportons les observations de 3 patients (2 filles et un garçon) atteints de DD. Le diagnostic de la cardiopathie a été confirmé à l'âge de 1 mois et à la naissance chez deux patients et il a été effectué en anténatal chez le troisième enfant. Lors du diagnostic, les trois patients étaient eutrophiques. Deux patients étaient asymptomatiques et présentaient seulement un souffle cardiaque. La troisième patiente avait en plus du souffle cardiaque une cyanose motivant la demande de l'échocardiographie. Celle-ci a montré en plus de la DD une CIV et un RP dans les 3 cas. Deux patients ont été opérés: la première a eu d'emblée une fermeture de la CIV et un tube VG-AP à l'âge de 7 ans et la seconde a eu à j4 de vie un shunt systémico-pulmonaire puis à l'âge de 4 ans une fermeture de la CIV et un tube VG-AP. Cette dernière patiente a nécessité la pose d'un pace maker pour un BAV post opératoire. Le troisième enfant âgé actuellement de 7 ans, il est asymptomatique et présente seulement un souffle cardiaque en rapport avec un RP peu serré. L'évolution a été marquée par

la présence d'une altération de la fonction du VD systémique chez une patiente. Cette-ci présentait en plus de sa cardiopathie des atteintes endocriniennes à type d'hypothyroïdie, déficit en GH.

### **Conclusion**

La DD reste une cardiopathie congénitale difficile à prendre en charge. Son pronostic dépend de la fonction ventriculaire droite systémique et de l'apparition de trouble de conduction. Un suivi à vie est nécessaire pour adapter la prise en charge thérapeutique.

## **P2 - Intérêt de la mesure de la consommation myocardique maximale d'oxygène chez les enfants atteints de cardiopathies congénitales**

MY. AISSA (1), H. MAHFOUDHI (2), Y. JABLOUN (2), H. BEN SALEM (1), N. KASDALLAH (1), S. BLIBECH (1), W. FEHRI (2), M. DOUAGI (1)

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

### **Introduction**

Le test d'exercice cardiopulmonaire (CPET) dans la cardiologie pédiatrique diffère de celui effectué en cardiologie adulte. Ces enfants présentent des réponses cardiovasculaires variables pendant les tests de effort notamment la consommation myocardique d'oxygène.

### **Objectifs**

Nous avons cherché à comparer la condition cardiopulmonaire des enfants porteurs de cardiopathie congénitale à celle des témoins ajustés selon l'âge et le sexe. Nous allons également identifier les caractéristiques cliniques associées à la consommation myocardique maximale d'oxygène (VO<sub>2</sub> max) dans cette population.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude prospective transversale, ayant inclus au total 54 enfants (27 opérés pour cardiopathie congénitales et 27 témoins) ayant subi un test d'effort cardiopulmonaire complet CPET. Nous avons étudié les caractéristiques cliniques de chaque groupe. Les cardiopathies congénitales ont été classées selon la classification de Bethesda en fonction de leur complexité.

## Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 13.96 ans  $\pm$  4 ans Vs 11.32  $\pm$  3.72ans dans le groupe témoin ( $p=0.07$ ). Groupe des cardiopathies congénitales opérées Groupe témoin P Sexe Homme : 15 (55.6%) Femme : 12 (44.4%) Homme : 11 (40.7%) Femme : 16 (59.3%) =0.41 =0.27 Poids en Kg 46,48  $\pm$  15.71 40.80  $\pm$  14.69 =0.18 Indice de masse corporelle en kg/m<sup>2</sup> 20.08 $\pm$ 4.09 17.77  $\pm$  3.92 =0.03 Types de cardiopathies congénitales selon la classification de Bethesda Non complexe (42.9%) Complexité moyenne (28.6%) Complexe (28%) Indication de l'épreuve cardio-respiratoire chez le groupe témoin Douleur thoracique (22.2%) Aptitude au sport (22.2%) Dyspnée d'effort (18.5%) Lipothymes (14.8%) Palpitations (3.7%) MVO<sub>2</sub>max en ml/Kg/min 29.54  $\pm$  8.72 40.43  $\pm$  3.22 <0.01 Dans notre travail l'ampleur de la différence de la VO<sub>2</sub> max chez les enfants atteints de cardiopathie congénitale était nettement inférieur à celui des enfants normaux. Ceci est probablement dû à la chirurgie cardio thoracique et à l'évolution de la cardiopathie congénitale opérée.

## Conclusion

Le déconditionnement physique affecte trois fois plus les enfants ayant une cardiopathie congénitale opérée que de témoins. Nous suggérons de faire du CPET dans le suivi de routine de ces enfants. Cela restera un paramètre important afin de décider l'aptitude de ces enfants au sport.

## P3 - Endocardite infectieuse a révélation néonatale. A propos d'une observation.

MY. AISSA (1), H. MAHFOUDHI (2), TY. JABLOUN (2), N. KASDALLAH (1), O ZITOUNI (1), A AMRI (1), S. BLIBECH (1), W. FEHRI (2), M. DOUAGI (1)

Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale HMPIT (1)

Service de Cardiologie HMPIT (2)

## Introduction

L'endocardite infectieuse (EI) du nouveau-né (NN) était considérée jusqu'à il y a quelques années, comme une affection rare et très grave. Mais, parallèlement au développement du plateau technique de la réanimation néonatale, à la multiplication des moyens invasifs de prise en charge des NN (en l'occurrence la nutrition parentérale) ; ainsi qu'avec la facilité actuelle du diagnostic précoce, l'endocardite infectieuse est devenue de plus en plus fréquente. Elle survient plus fréquemment sur cœurs sains, habituellement dans un contexte de réanimation médicale prolongée (prématurité, utilisation de KT veineux central...).

## **Objectifs**

Rappeler les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques de l'EI chez le NN à propos d'une observation.

## **Matériel et méthodes**

Rapporter l'observation d'un Nouveau-né présentant une endocardite néonatale

## **Résultats**

Il s'agit d'un NN de sexe féminin admis au service de néonatalogie à J24 de vie pour exploration d'une cholestase. Elle était admise et traitée à la période néonatale dans un hôpital régional pour infection materno-fœtale. L'évolution était marquée par une mauvaise prise pondérale avec un refus de tétée et un ictère. L'examen à l'admission a objectivé une apyrexie, un ictère verdâtre, un souffle systolique par asternal gauche avec de pouls fémoraux présents mais faibles. La tension artérielle et la fréquence cardiaque étaient normales. L'électrocardiogramme a montré des signes d'hypertrophie ventriculaire droite et gauche. L'échocardiographie a objectivé une communication intra ventriculaire (CIV) péri membraneuse type IIa avec une masse mobile filamenteuse insérée sur la partie haute de la CIV sur son versant ventriculaire droit et une autre de petite taille insérée sur la sigmoïde aortique antéro-droite. Un canal artériel persistant et une coarctation isthmique serrée ont été également objectivés. Un syndrome inflammatoire biologique et une cholestase ont été notés avec des hémocultures négatives. Le diagnostic final d'EI sur CIV avec un syndrome de coarctation a été retenu. La patiente a été mise sous antibiothérapie intraveineuse puis a bénéficié d'une cure chirurgicale vers l'âge de trois mois avec une évolution favorable clinique et écho cardiographique.

## **Conclusion**

L'EI chez l'enfant et en l'occurrence chez le NN est une pathologie grave. Les caractéristiques épidémiologiques actuelles témoignent d'un profond changement dans la population pédiatrique susceptible de la présenter. Le NN malade est un terrain propice à cette pathologie de part l'immunodépression innée, la possibilité de cardiopathie congénitale et l'exposition aux effractions cutanées et veineuses même périphériques. En cas de suspicion d'EI, il est nécessaire de réaliser des prélèvements microbiologiques et une échocardiographie en première intention. Le traitement est médicochirurgical. Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique.



## **P4 - Anévrismes coronaires au cours de la maladie de Kawasaki : Evolution à long terme.**

MY. AISSA (1), H. MAHFOUDHI (2), Y. JABLOUN (2), N. KASDALLAH (1), M NAWAR (1), J BEN HAFIDH (1), H. BEN SALEM (1), S. BLIBECH (1), W. FEHRI (2), M. DOUAGI (1)

**Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale HMPIT(1), Service de Cardiologie HMPIT (2),**

### **Introduction**

La maladie de Kawasaki est une vascularite aiguë multisystémique intéressant les vaisseaux de petit et moyen calibre. L'atteinte cardio-vasculaire est dominée par les anévrismes situés majoritairement sur les coronaires. Elle conditionne le pronostic de la maladie. L'échocardiographie très performante chez l'enfant, permet de dépister et de suivre les anomalies coronaires et d'adapter le traitement. Le scanner coronaire occupe une place de plus en plus importante dans le dépistage et le suivi. Il permet, avec l'échocardiographie, la surveillance des anévrismes afin d'évaluer leur progression. L'évolution est habituellement favorable sous traitement à base d'immunoglobulines et aspirine avec une régression possible dans 50 % de cas.

### **Objectifs**

Rappeler les caractéristiques cliniques, par accliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'anévrisme coronaire compliquant la maladie de Kawasaki à propos d'une observation.

### **Matériel et méthodes**

Rapporter l'observation d'un enfant présentant une maladie de Kawasaki compliquée d'anévrismes coronariens

### **Résultats**

Il s'agit d'un garçon âgé de 16 ans, aux antécédents de maladie de Kawasaki découverte à l'âge de 18 mois et compliquée d'anévrismes coronaires découverts à l'échocardiographie et confirmés par coronarographie. Cet enfant a bénéficié d'un traitement à base de gammaglobulines et d'acide acétylsalicylique au long cours. Avec un suivi régulier et un recul de 14 ans, l'évolution a été marquée par la persistance des anévrismes sans régression de leur diamètre mais sans retentissement clinique. Il bénéficie d'un bilan de retentissement annuel comportant une échocardiographie, une épreuve d'effort et un holter rythmique.

## **Conclusion**

A travers cette observation, nous illustrons la gravité de l'atteinte coronaire de la maladie de Kawasaki dans certains cas, l'intérêt du suivi à long terme et nous discuterons la conduite à tenir devant la persistance d'anévrismes coronaires.

## **P5 - Flutter Auriculaire à révélation périnatale. A propos de 3 cas**

MY. AISSA (1), H. MAHFOUDHI (2), Y. JABLOUN (2), N. KASDALLAH (1), M NAWAR (1), J BEN HFAIEDH (1) H. BEN SALEM (1), S. BLIBECH (1), W. FEHRI (2), M. DOUAGI (1).

**Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale HMPIT(1), Service de Cardiologie HMPIT (2),**

## **Introduction**

Le flutter auriculaire (FA) néonatal est une arythmie pourvoyeuse de morbidité aiguë de gravité variable, mais d'un excellent pronostic à long terme moyennant une prise en charge thérapeutique précoce. Le taux de récurrence est très faible.

## **Objectifs**

Décrire le profil clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif du FA à la période périnatale.

## **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective descriptive de trois cas de FA de découverte périnatale et pris en charge aux services de néonatalogie et de cardiologie pédiatrique de l'HMPIT.

## **Résultats**

Il s'agit de deux nouveau-nés (NN) à terme (cas 1 et 2) et d'un prématuré moyen (cas 3). Un macrosome (cas 1), et deux NN eutrophiques, nés avec adaptation moyenne à la vie extra utérine pour le cas 1.

Le FA a été découvert en anténatal (35 SA) dans le cas 3 et à H48 et H72 dans les deux autres cas. La présentation clinique à la naissance était un tableau d'Insuffisance cardiaque (cas 1), un accès de cyanose (cas2) et d'une tachycardie à l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (cas 3). L'électrocardiogramme a objectivé un FA 2/1 dans les trois cas. L'échocardiographie a objectivé une cardiomyopathie dilatée dans le cas 1 et était normale dans les deux autres cas. Le traitement a consisté à un choc électrique externe (CEE) d'emblée (cas 1), et à un CEE après échec du traitement médical (Digoxine et Amiodarone) dans le cas 2 et 3. Le retour en rythme sinusal a été obtenu chez les trois NN après le CEE. Un traitement d'entretien par

l'Amiodarone a été maintenu pendant un an avec évolution favorable sans récurrence dans les trois cas au cours de la période de suivi.

### **Conclusion**

Le diagnostic et la prise en charge précoces ont permis la bonne évolution immédiate et à long terme chez les trois NN avec FA décrits dans notre travail. La cardioversion médicamenteuse par Digoxine ou Amiodarone était le traitement de première intention devant la bonne tolérance hémodynamique. La cardioversion électrique était le traitement de premier choix lorsque l'arythmie est mal tolérée sur le plan hémodynamique ou après échec du traitement médical. Le pronostic à long terme était bon.

### **P6 - Place de l'épreuve d'effort en cardiologie pédiatrique**

MY. AISSA (1), H. MAHFOUDHI (2), Y. JABLOUN (2), N. KASDALLAH (1), S. KHEMIRI (1), A. AYEDI (1), H. BEN SALEM (1), S. BLIBECH (1), W. FEHRI (2), M. DOUAGI (1)

**Service de Néonatalogie et de Réanimation Néonatale HMPIT(1), Service de Cardiologie HMPIT (2),**

### **Introduction**

L'épreuve d'effort chez l'enfant est devenue de pratique courante, permettant d'évaluer l'adaptation à l'exercice des fonctions cardiorespiratoire et musculaire. Cependant, cet examen chez l'enfant est d'utilisation plus récente que chez l'adulte vu le manque de standardisation précise et de données théoriques adaptées.

### **Objectifs**

Le but de notre étude est de préciser les indications des épreuves d'effort chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les enfants âgés entre 6 et 16 ans ayant bénéficié d'une épreuve d'effort entre la période de janvier 2014 et décembre 2015.

### **Résultats**

Durant les deux années de l'étude, 55 enfants ont bénéficié d'une épreuve d'effort dans notre unité d'exploration cardiaque non invasive. Les enfants explorés avaient une moyenne d'âge de 13 ans. L'électrocardiogramme de base était sans anomalies chez 32 malades soit 76,2%. Les anomalies électriques retrouvées étaient respecti-

vement : les troubles de l'excitabilité ventriculaire (9,5%), les bradycardies (7,1%), bloc de branche droit complet (4,8%), et BAV du 2ème degré (2,4%).

Dans notre série, 62% des malades n'avaient pas de cardiopathie. Les cardiopathies sous-jacentes les plus fréquentes étaient respectivement : tétralogie de Fallot corrigée

(12,7%), coarctation de l'aorte opérée (9,09%), insuffisance mitrale congénitale (7,1%), communication intra auriculaire (7,1%), transposition des gros vaisseaux opérée (5,45%), canal atrioventriculaire (4,8%), rétrécissement pulmonaire dilaté (4,8%), cardiomyopathie rythmique (3,6%), BAV congénital (1,8%). Concernant les indications, les motifs de l'épreuve d'effort étaient classés selon un ordre décroissant : évaluation de la tolérance à l'effort dans 38,1%, douleurs thoraciques atypiques (23,8%), palpitations (9,5%), recherche d'HTA à l'effort en post chirurgie de coarctation de l'aorte (9,5%), syncope (7,1%), aptitude au sport (7%), lipothymies (3,6%), insuffisance chronotrope (3,6%), troubles de l'excitabilité ventriculaire (2,4%), Wolf Parkinson White intermittent (2,4%).

### **Conclusion**

L'épreuve d'effort connaît actuellement un essor incontestable en cardiologie pédiatrique. Effectuée selon des standards de qualité et de sécurité, elle représente une excellente méthode d'exploration fonctionnelle depuis le bilan des symptômes, comme la dyspnée d'effort, jusqu'aux maladies cardio-pulmonaires sévères.

### **P7 - Cardiopathies congénitales en milieu de pédiatrie : de la découverte à la prise en charge.**

I. BELHADJ (1), A. MIRAOUI (1), I. TRABELSI (1), M. BEN ROMDHANE (1), F. KHALSI (1), I. BRINI (1), S. HAMMOUDA (1), K. BOUSSETTA (1),

**Service de médecine infantile "B" Hôpital d'enfants de Tunis (1)**

### **Introduction**

Le diagnostic et la prise en charge des cardiopathies congénitales (CC) constituent un problème de santé publique en Tunisie du fait d'un taux de mortalité élevé.

### **Objectifs**

L'objectif de notre étude était d'étudier les circonstances de découverte des CC et les modalités de la prise en charge en milieu de pédiatrie.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les patients ayant une CC et pris en charge au service de pédiatrie B de l'hôpital d'enfants de Tunis de Janvier 2013 à Juillet 2019.

## **Résultats**

Nous avons colligé 42 cas de CC. L'âge moyen de découverte était de 189 jours. Le sexe ratio était égal à 1. Six patients étaient porteurs d'anomalies chromosomiques. Le motif d'hospitalisation était une détresse respiratoire dans 30 cas associée ou non à une cyanose. Les pouls fémoraux n'ont pas été perçus à l'examen physique dans 6 cas. Un souffle à l'auscultation cardiaque était présent dans 19 cas. La radiographie du thorax a montré une cardiomégalie dans 5 cas et des anomalies du parenchyme pulmonaire dans 14 cas. Les anomalies notées à l'échographie cardiaque étaient un défaut septal chez 15 patients, une anomalie des gros vaisseaux chez 28 patients et des anomalies valvulaires chez 8 patients conduisant ainsi à 19 cas de cardiopathies non-cyanogènes, 9 cas de cardiopathies cyanogènes simples, 5 cas de cardiopathies cyanogènes complexes et 6 cas de cardiopathies obstructives. Le traitement était médical chez 12 malades. Cinq malades ont eu un traitement chirurgical. Le transfert au service de cardiopédiatrie était possible chez 27 malades. Six malades étaient adressés à la consultation externe. Neuf malades étaient décédés au cours de l'hospitalisation.

## **Conclusion**

Le retard diagnostique, le manque de moyens thérapeutiques et de places dans les services de réanimation pédiatrique et cardiopédiatrie constituent les principaux obstacles à une prise en charge optimale des CC en Tunisie. Une prise en charge multidisciplinaire avec une collaboration entre gynécologues, radiologues, pédiatres, cardiologues et réanimateurs semble être urgente afin de réduire la morbi-mortalité.

## **P8 - Cardiovascular involvement in Kawaski Disease: report of 17 cases**

I. DHOUBI (1), H. BESBES (1), J. BAHRI (1), E. SFAR (1), L. GHEDIRA (1), C. BEN MARIEM (1), C. CHOUCANE (1), S. CHOUCANE (1),

**Service de Pédiatrie – Hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir (1),**

### **Introduction**

Kawasaki disease is an acute febrile vasculitis. The etiology is unknown. It predominantly affects children, especially infants. Cardiovascular involvement determines the prognosis

### **Objectifs**

Report the experience of the pediatric department of Monastir in the management of cardiac involvement in Kawasaki disease.

### **Matériel et méthodes**

Retrospective study of 17 cases of cardiovascular complications in Kawasaki disease collected in the pediatric department of Monastir for a period of 13 years.

### **Résultats**

The average age of patients was 42 months (3-136 months). The age was less than 12 months in 6 cases. There were 13 boys and 4 girls with a sex ratio of 3.2. The clinical form of Kawasaki disease was complete in 12 cases. The initial echocardiogram was abnormal in 10 cases. Echocardiogram control at regular intervals noted non-existent cardiac abnormalities in 7 cases. Among the 17 patients who presented with cardiac abnormalities, 11 patients had to the complete clinical form of Kawasaki

### **Conclusion**

The classic definition leads to underestimation of the number of cases particularly in infants while this disease is the cause of severe coronary artery disease, possibly involving the prognosis in the short and long term.

## **P9 - Syndrome d'absence de la valve pulmonaire a propos de 10 cas**

R. GUIRAT (1), S. MALLEK (2), D. ABID (2),

Service pédiatrie hôpital jbeniana Sfax (1), service cardiologie hôpital Hedi Chaker Sfax (2),

### **Introduction**

L'agénésie des valves pulmonaires (AVP) est une malformation cardiaque rare. Cette malformation associe une hypoplasie restrictive de l'anneau pulmonaire, une agénésie des valves pulmonaires et une dilatation anévrysmale des artères pulmonaires occasionnant une compression des bronches aériennes et faisant ainsi le principal de la symptomatologie clinique pouvant aller jusqu'à la détresse respiratoire fatale. L'AVP est souvent associée à d'autre malformation cardiaque définissant ainsi deux principales formes anatomiques : l'AVP de type fallot avec CIV et l'AVP de type non fallot sans CIV. Le diagnostic anténatal peut améliorer la prise en charge immédiate, et guider la technique chirurgicale adoptée. Le haut risque de ré opération reste le problème majeur du suivi ultérieur altérant sérieusement la qualité de vie de ces enfants.

### **Objectifs**

Etudier les caractéristiques anatomiques, cliniques, les méthodes diagnostiques, les indications thérapeutiques et l'évolution des patients ayant le syndrome d'absence de la valve pulmonaire.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas d'AVP suivis au service de cardiologie du CHU Hédi Chaker de Sfax durant 35 ans.

### **Résultats**

Nous rapportons 10 cas d'AVP répartis en 8 cas d'AVP de type fallot et 2 cas d'AVP de type non fallot. La sex-ratio est 0.5. L'âge moyen de découverte de la cardiopathie était de 4,3 ans. Les circonstances de découverte étaient une détresse respiratoire néo-natale (2 cas), une cyanose modérée (1 cas), un tableau d'insuffisance cardiaque aigue (2 cas), des épisodes d'infections broncho-pulmonaires (5cas).L'examen clinique a révélé une dysmorphie faciale (2 cas) évoquant un syndrome de Digorge et un syndrome dedélétion 18q confirmés par l'étude génétique. Le diagnostic anténatal de l'AVP était fait chez un seul patient. Le diagnostic a été confirmé dans 9 cas par les données de l'échographie cardiaque et dans 1 cas sur les

constations per opératoires pour une cure chirurgicale de fallot rose. L'évolution immédiate était fatale dans deux cas dans un tableau de détresse respiratoire néonatale. Une décision d'une surveillance clinique et échographique a été prise pour un seul cas (AVP type non fallot), la réparation chirurgicale n'a été faite que chez 5 patients (les 2 autres cas étaient perdus de vue). Une mise en place d'un tube VD-AP a été réalisée dans deux cas. Au bout d'un suivi moyen de 17 ans un patient est perdu de vue, deux autres gardent un état clinique stable et les trois autres sont prévus pour une réintervention de valvulation.

### **Conclusion**

L'AVP est une cardiopathie congénitale rare. Différentes techniques chirurgicales adaptées à la forme anatomique ont permis de transformer le pronostic spontané avec un taux de survie excellent à long terme. Ceci nous pousse à avoir un regard optimiste et à encourager son diagnostic anténatal pour améliorer sa prise en charge et surtout programmer sa répartition au bon moment et avec le geste opératoire adéquat.

## **P10 - Cardiopathie congénitale rare de découverte néonatale: le syndrome de LAUBRY PEZZI**

A. OUALI (1), S. GHANMI (1), I. FEKIH (1), H. BEN HAMOUDA (1), H. SOUA (1)

**Service de Néonatalogie CHU Taher Sfar Mahdia (1),**

### **Introduction**

Le syndrome de LAUBRY PEZZI est une malformation congénitale rare, non syndromique, caractérisée par une régurgitation aortique causée par le prolapsus d'une valvule dans une communication interventriculaire sous-jacente par effet Venturi. Les patients présentent habituellement des signes d'insuffisance progressive de la valve aortique, comme une dyspnée, des palpitations cardiaques, une douleur thoracique et une intolérance à l'effort.

### **Objectifs**

On rapporte dans ce travail l'histoire naturelle et l'évolution à moyen terme de ce syndrome à travers le cas d'un enfant suivi au service de néonatalogie du CHU de mahdia.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'un enfant hospitalisé à la période néonatale, soit à J15 de vie pour une dyspnée avec refus de tétée.



## Résultats

L'examen à l'admission a objectivé une mauvaise prise pondérale de 15 gr/15jours, une polypnée à 56 cpm, un souffle cardiaque en rayons de roue, des pouls qui sont présents et symétriques , le reste de l'examen été sans particularité. le bilan biologique été sans anomalies, la radiographie thoracique a montré une cardiomégalie avec un index cardio-thoracique de 0,66 et un aspect du cœur globuleux l'échocardiographie a montré une CIV périmembraneuse restrictive avec une IAO minime, le diagnostique du syndrome de LAUBRY PEZZI a été retenu. d'ou l'indication opératoire. avant l'acte opératoire l'enfant a été hospitalisé une seule fois à l'âge de 11 mois pour bronchiolite simple sans recours a un support ventilatoire. l'enfant a été opéré à l'âge de 3 ans et demi sous CEC ,une fermeture de la CIV par deux point patché a été faite avec des suites opératoires simples. au cours de l'évolution, l'enfant a été hospitalisé à 2 reprises: une hospitalisation a j15 post opératoire pour perte de connaissance dans un contexte d'apyrexie mais une cause cardiaque a été à priori éliminée. puis hospitalisée à 5 mois post opératoire pour douleurs thoracique, l'échographie cardiaque de contrôle a objectivé un shunt résiduel sur le patch avec IA minime, découverte d'une 2ème CIV trabéculée ,avec une bonne fonction biventriculaire. un Holter rythmique et un caryotype sont demandé, non encore fait.

## Conclusion

le syndrome de LAUBRY ET PEZZI est une malformation rare, le diagnostique se fait sur une simple échographie cardiaque, le traitement est chirurgical , et dont la morbidité justifie une prise en charge précoce.

## P11 - Syndrome de Bland-White-Garland : Cause rare de défaillance cardiaque chez le nourrisson

K. LARBI (1), A. MARZOUK (1), R. THABTI (1), BF. ILHEM (1), F. FRIHA (1), A. BOUAZIZ ABED (1),

Service de pédiatrie et néonatalogie – Hôpital de Ben Arous (1),

## Introduction

Les anomalies congénitales des artères coronaires sont très variées. On distingue les anomalies de l'origine (atrésie, anomalies de naissance depuis l'aorte ou l'artère pulmonaire), du trajet des branches coronaires épicaudiques (intramural, post myocardique), et de connexion distale (fistules coronaro-camérales). Le diagnostic en

pédiatrie repose sur l'échocardiographie par un opérateur entraîné ainsi que sur un complément d'imagerie (Coro TDM, IRM).

### **Objectifs**

Décrire les particularités cliniques et para cliniques d'un syndrome rare en pédiatrie ainsi que la prise en charge thérapeutique.

### **Matériel et méthodes**

Etude descriptive à propos d'un cas.

### **Résultats**

Il s'agit d'un nourrisson de sexe féminin qui a été vue pour la première fois en hiver aux urgences à l'âge de 4 mois pour dyspnée. Elle est issue d'une grossesse monofoetale bien suivie avec échographie morphologique normale. L'accouchement était par voie basse avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Elle avait présenté des épisodes de dyspnée paroxystiques avec essoufflement lors des biberons depuis l'âge de 2 mois. A l'admission, elle était fébrile à 38°, dyspnéique, polypnéique, elle avait des signes de lutte marqués, une voix rauque, une auscultation cardiopulmonaire normale hormis une tachycardie, un état général conservé, sans hépatomégalie et une saturation en oxygène à 95%. Elle était prise en charge initialement en tant que bronchiolite modérée. L'électrocardiogramme avait montré une tachycardie sinusale et des ondes Q de nécrose en D1 et en AVL, et à la radiographie thoracique, on a découvert une cardiomégalie avec index cardiothoracique à 0,67, sans signes d'œdème aigu du poumon. Les enzymes cardiaques étaient élevées. Le diagnostic de myocardite virale était posé. L'échocardiographie initiale faite en urgence n'avait pas montré d'anomalie structurelle avec des coronaires de naissance normale mais une fraction d'éjection effondrée. L'évolution sous traitement symptomatique et immunoglobulines humaines était sans amélioration évidente avec perte pondérale et intolérance aux biberons. Une deuxième échographie était sollicitée auprès d'un opérateur expérimenté montrant un vaisseau naissant de l'artère pulmonaire évoquant une fistule ou une naissance anormale de l'artère coronaire, avec une insuffisance cardiaque sévère. L'angioscanner thoracique a montré une coronaire gauche de naissance anormale à partir de l'artère pulmonaire (ALCAPA) cadrant avec le syndrome de Bland-White-Garland. L'enfant a eu sa cure chirurgicale à l'âge de 6 mois avec une réimplantation directe de l'artère pulmonaire gauche à l'aorte ascendante avec septotomie atriale et un foramen ovale gardé ouvert puis mise sous traitement médical à base de bêtabloquant, diurétique, anti-

agrégant plaquettaire et inhibiteur de l'enzyme de conversion. L'évolution est favorable avec une fraction d'éjection passée de 25% à 40% après deux mois de recul.

### **Conclusion**

Les anomalies congénitales de naissance des artères coronaires constituent des entités rare mais de diagnostic parfois difficile par l'échographie pédiatrique. Le recours à l'angioscanner est indispensable en cas de doute diagnostic.

## **P12 - EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE DE LA CIV: étude rétrospective au service de néonatalogie de mahdia**

A. OUALI (1), S. GHANMI (1), I. FEKIH (1), H. BEN HAMOUDA (1), H. SOUA (1)

**Service de Néonatalogie CHU Taher Sfar Mahdia (1),**

### **Introduction**

la communication interventriculaire (CIV) est la malformation la plus répandue des cardiopathies congénitales. leur retentissement hémodynamique est généralement minime avec un potentiel élevé de fermeture spontanée, mais leur morbidité peut être significative

### **Objectifs**

préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des CIV dans la région de mahdia.

### **Matériel et méthodes**

étude rétrospective portant sur 28 cas de CIV sur une période de 15 ans (2004-2019) suivi à la consultation de néonatalogie du CHU Taher Sfar de Mahdia.

### **Résultats**

l'âge moyen du diagnostic de CIV était de 58,9 jours, avec un souffle à l'auscultation cardiaque dans 96 % des cas. une trisomie 21 ou un syndrome malformatifs ont été notés dans 14,2% des cas. dans aucun cas un diagnostic prénatal n'a été fait, un souffle cardiaque est révélateur dans 67% des cas avec un âge moyen de découverte du souffle de 42 jours. le symptôme révélateur le plus fréquent étant une cyanose lors des tétées dans 10,7% des cas. un seul cas a été révélé par une décom-

pensation cardiaque. le taux d'hospitalisation était de 39,3% dont 72% pour détresse respiratoire néonatale avec une durée moyenne d'hospitalisation de 2,21 jours. a l'échographie , la CIV est périmembraneuse dans 57% des cas et elle est isolée dans seulement 53% des cas avec une largeur moyenne de 3,9 cm. les 2 pathologies associée les plus fréquentes sont la communication interauriculaire et le canal artériel persistant avec un pourcentage identique de 10,7%. la CIV est associée a plusieurs autres anomalies à l'échocardiographie dans 17,8% des cas. la prise en charge été souvent conservatrice avec une abstention thérapeutique et surveillance dans 64,3% des cas , la fermeture spontanée ou la régression étant obtenue dans 39% des cas avec un âge moyen de fermeture de 15 mois. le traitement médical est indiquée d'emblée dans 35% des cas et dans un seul cas la fermeture chirurgicale a été indiquée d'emblée devant un syndrome de Laubry et Pezzi.

### **Conclusion**

la CIV bien que bénigne, reste de morbidité élevée et cause d'hospitalisation importante. une étude plus approfondie des facteurs de risque environnementaux et génétique serai utile pour instaurer le dépistage anténatal des fœtus à risque pour assurer une prise en charge adéquate et à temps.

### **P13 - Une transposition des gros vaisseaux sans cyanose: Quel diagnostic ?**

H. KHADHRAOUI (1), S. RHAYEM (1), B. DHAOUEDI (1), I. JBEBLI (1), F. MEZGHANI (1), F. BEN MANSOUR (1), F. FEDHILA (1), S. HADDAD (1), M. KHEMIRI (1),

**Service de médecine infantile hôpital d'enfants de Tunis (1)**

### **Introduction**

La transposition des gros vaisseaux (TGV) est une cardiopathie congénitale se manifestant par une discordance ventriculo-artérielle tandis que la double discordance cardiaque (DD), plus exceptionnelle et presque méconnue des échographistes, se manifeste par une discordance ventriculo-artérielle corrigée par une deuxième discordance auriculo-ventriculaire. Les tableaux cliniques différent et les aspects échographiques peuvent être difficiles à reconnaître.

### **Objectifs**

Rediscuter le diagnostic d'une TGV quand le tableau clinique est inhabituel.

## **Matériel et méthodes**

Nous rapportons l'observation d'une patiente dont le diagnostic initial de TGV associée à une insuffisance mitrale (IM) a été redressé par une deuxième échographie cardiaque.

## **Résultats**

La patiente âgée de deux mois a été admise pour une polypnée avec signes d'insuffisance cardiaque. Le suivi échographique anténatal était sans anomalies. En post natal, la patiente avait présenté une polypnée aux efforts de tétées et des accès de cyanose. Une échographie cardiaque, réalisée avant l'admission, a retrouvé un aspect de TGV associée à une IM. L'examen clinique initial a noté l'absence totale de cyanose avec une saturation percutanée en oxygène à 100%, un souffle holo-systolique et des signes de décompensation cardiaque. Une cardiomégalie importante a été retrouvée sur la radiographie thoracique. Le diagnostic a été rediscuté devant cette présentation inhabituelle de TGV et redressé par une deuxième échographie cardiaque montrant une DD avec une insertion basse de la valve tricuspide et une insuffisance tricuspide grade 3 évocatrices de la maladie d'Ebstein. La patiente a été mise sous traitement diurétique et captopril avec une amélioration clinique.

## **Conclusion**

Le diagnostic de la TGV doit être remis en question en cas d'association malformative inhabituelle et d'absence de cyanose. La DD, transposition congénitalement corrigée, est un diagnostic différentiel clinique et échographique à ne pas méconnaître. Des anomalies associées de la valve tricuspide sont décrites dans 30% des DD.

## **Urgence et Réanimation**

### **P14 - Purpura fulminans : expérience du service d'épédiatrie de Nabeul**

B. FATHALLAH BACCAR (1), A. GUEDRIA (1), H. HAMMAMI (1), K. CHRAIET (1), S. BACHROUCH (1), M. BEN DHIAA (1), M. ELOUAER (1), J. KANZARI (1)

**Pédiatrie Hopital Mohamed Tlatli de Nabeul (1)**

## **Introduction**

L'incidence annuelle des infections à méningocoque est en augmentation. La forme la plus grave, le purpura fulminans, a une mortalité de 20–25 % et 5 à 20 % des sur-

vivants nécessitent des greffes de peau et/ou des amputations. Ceci souligne l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces de cette pathologie.

### **Objectifs**

Evaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ainsi que le devenir des enfants ayant présenté un purpura fulminans.

### **Matériel et méthodes:**

Etude rétrospective qui a concerné les enfants admis au service de pédiatrie de Na-beul pour purpura fulminans (2013-2019) .

### **Résultats**

Durant cette période, quatre patients ont été colligés ayant présenté un tableau de purpura fulminans. Ils étaient tous de sexe féminin. L'âge des patients variait entre deux et 13 ans. Le tableau clinique était dans les quatre cas un purpura fébrile extensif avec troubles hémodynamiques et altération de l'état de conscience. Les hémocultures étaient toutes négatives. L'étude du LCR a montré une réaction cellulaire dans trois cas. La prise en charge a consisté en une administration rapide des antibiotiques, une correction des troubles hémodynamique par des remplissages vasculaire et l'administration de drogues vasoactives dans tous les cas. Deux enfants ont été transférés à une unité de réanimation pédiatrique. Le décès est survenu dans deux cas sur quatre. Les deux enfants survivants n'ont pas gardé de séquelles.

### **Conclusion**

Tout purpura fébrile est un purpura fulminans jusqu'à preuve du contraire exigeant un traitement antibiotique instantané sans chercher à réunir au préalable les éléments biologiques en faveur du diagnostic.

## **P15 - Le flutter atrial néonatal. A propos d'une observation**

H. HAMMAMI (1), A. GUEDRIA (1), B. FATHALLAH BACCAR (1), K. CHRAIET (1),  
M. BEN DHIAA (1), J. Kanzari (1), M. Elouaer (1)

**Pédiatrie Hopital Mohamed Tlatli de Nabeul (1)**

### **Introduction**

Le flutter atrial est une dysrythmie rare en période périnatale. Nous rapportons le cas d'un flutter auriculaire découvert en période néonatale immédiate à notre service de pédiatrie et de néonatalogie Mohamed Tlatli de Nabeul.

### **Objectifs**

Rappeler ce diagnostic à évoquer devant une tachycardie fœtale Décrire l'évolution clinique, la prise en charge et les résultats à court et moyen terme sans recours à la cardioversion électrique.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective à partir du dossier médical

### **Résultats**

Il s'agit d'un nouveau né de sexe masculin né le 03/05/2019 à un terme de 36 SA + 5 jours par césarienne quelques heures après la constatation d'une tachycardie fœtale. L'Apgar était à 9/10. Le nouveau-né a été immédiatement admis à l'unité de néonatalogie. L'examen à l'admission a trouvé un nouveau né eutrophique, une tachycardie régulière à 225 battements / min sans dégradation hémodynamique. L'électrocardiogramme a révélé des auriculogrammes en « dents de scie » caractéristiques d'un flutter atrial avec une conduction auriculo-ventriculaire en 2/1. Par ailleurs la radiographie thoracique n'a pas montré de cardiomégalie (ICT=0.46). L'échocardiographie a exclu une cardiopathie congénitale et une dysfonction myocardique . Le nouveau-né a été mis sous Cordarone à la dose de 500 mg/m<sup>2</sup>. L'évolution était favorable sans recours à la cardioversion électrique.

### **Conclusion**

Le flutter auriculaire représente 32% des troubles du rythme cardiaque. Il est rarement accompagné d'une cardiopathie congénitale. Dans La majorité des cas, il est converti en rythme sinusal par un médicament anti arythmique ou par une cardioversion. Cependant il nécessite un suivi régulier dû au risque de récurrence à court terme et afin de prévenir ses complications cardiaques.

## **P16 - Interruption de l'arche aortique : Difficultés de prise en charge**

W. BARBARIA (1), S. CHERGUI (1), I. HADJ SALAH (1), I. CHELLY (1), F. BEN SALAH (1), I. KHAMASSI (1),

**Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte (1),**

### **Introduction**

L'interruption de l'arche aortique (IAA) est une malformation cardiaque rare. Son incidence est estimée 3 pour million de naissances. Les manifestations cliniques sont très précoces rendant le pronostic léthal en l'absence d'intervention médicochirurgicale rapide.

### **Objectifs**

L'objectif de ce travail était de rapporter les difficultés diagnostiques et de prise en charge d'un cas d'IAA type C chez un nouveau-né dans une maternité de niveau 2A.

### **Matériel et méthodes**

Etude de l'observation d'un nouveau-né présentant une interruption de l'arche aortique type C.

### **Résultats**

Nouveau-née (NN) issue d'un mariage non consanguin sans notion de cardiopathies dans la famille. La mère était primipare sans antécédents notables. La grossesse était de déroulement normal. Le diagnostic anténatal de la cardiopathie n'a pas été établi. L'accouchement était par voie basse instrumentale pour défaut d'expulsion. L'adaptation à la vie extra utérine était bonne. Le NN était eutrophique et totalement asymptomatique à la naissance. Elle était confiée à sa mère en suites de couches pour allaitement. A H 30 de vie, le NN était admise en néonatalogie pour détresse respiratoire modérée. L'évolution était marquée par l'installation à H 40 de vie d'un tableau d'insuffisance cardiaque : tachycardie, bruit de galop, hépatomégalie avec cardiomégalie index et hyper vascularisation pulmonaire à la radiographie thoracique. Une cardiopathie congénitale ducto-dépendante était suspectée et le NN était mise sous Prostine, furosémide et dobutamine via un cathéter central type Broviac. L'échographie cardiaque a montré : IAA type C avec CIV type mal alignement postérieure, canal artériel est ouvert sous Prostine, dysfonction de VG avec FEVG à 45% .La réparation chirurgicale de cette cardiopathie devrait se faire à l'étranger. La procédure de prise en charge de l'opération était entamée. L'évolution



était marquée par la dégradation progressive de son état cardio-respiratoire. La prise en charge médicale dans notre service et le maintien du canal artériel n'ont pas pu empêcher une évolution fatale à J 28 de vie. Le transfert à l'étranger n'a pas pu être effectué pendant ce délai pour des considérations sociales et administratives.

### **Conclusion**

L'IAA est une cardiopathie ducto-dépendante rare. Le diagnostic anténatal manquant dans notre observation permet de programmer l'accouchement dans une unité de néonatalogie de type 3 et d'améliorer le pronostic. Une attention particulière devrait être attribuée par les autorités pour la prise en charge des cardiopathies congénitales de l'enfant en Tunisie.

### **P17 - L'envenimation scorpionique grave : place de l'ECMO**

N. SOYED, D. BRAHEM (1), N. GUEDIRA (1), I. BRIKI (1), A. SBOUI , (1), N. BALHOUDI (1), K. MANSOUR(1), S. KHAMMARI (1), H. MEJOUAL (1)

**Service de pédiatrie hopital Ibn I Jazzar Kairouan (1)**

### **Introduction**

L'envenimation scorpionique est un sujet d'inquiétude et une préoccupation pour le personnel de santé surtout dans les régions rurales .Sa gravité réside dans l'atteinte cardiaque (atteinte myocardique biventriculaire sévère et réversible)qui peut être ,dans certains cas, réfractaire aux drogues vasoactives , nécessitant le recours à l'ECMO :ensemble des techniques d'assistance extracorporelle ayant pour objectif la suppléance cardiaque et pulmonaire.

### **Objectifs**

Notre étude s'intéresse à déterminer l'incidence des envenimations scorpioniques stade 3 ,la place de l'ECMO dans la prise en charge des états du choc due à une envenimation scorpionique et le profil évolutif des malades bénéficiaires de ce geste.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective descriptive menée au service de pédiatrie de Kairouan sur une période de 4 ans (du janvier 2014 au décembre 2017), incluant tous les cas d'envenimation scorpionique stade 3.

## Résultats

4 cas seulement ont bénéficié d'ECMO (5% des envenimations scorpioniques stade 3). L'Age moyen de ces patients était de 9 ans. Cette technique a été pratiquée dans un délai moyen de 63 heures. Le tableau clinique initial a été dominé par une froideur des extrémités avec des sueurs profuses. A la biologie, La troponine a été franchement élevée chez la majorité des cas. La radiographie thoracique a montré un OAP dans un seul cas. L'ECG a montré une tachycardie sinusale chez 3 patients et des extrasystoles ventriculaires dans un cas. L'échographie cardiaque était franchement pathologique pour ces 4 malades : des troubles de la cinétique segmentaire avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche basse (entre 30-40% pour 3 cas et à 15% dans un cas). Sur le plan thérapeutique, les états de choc étaient réfractaire à l'association du dobutamine et d'adrénaline, d'où l'indication de l'ECMO. 1 cas a été transféré au service CCVT Sahloul et 3 cas ont été référés au service CCVT Rabta. L'évolution était favorable dans la plupart des cas : un seul enfant décédé à l'initiation de l'ECMO. Pour le suivi clinique et échographique des 3 autres cas (à 1, 3 et 6 mois) a montré la restitution ad integrum de la fonction systolique ventriculaire gauche.

## Conclusion

Certes l'insuffisance cardiaque ou respiratoire réfractaire aux thérapeutiques conventionnelles constitue une indication urgente et non discutée à ce type d'assistance circulatoire. Mais il faut par contre poser à temps l'indication de l'ECMO étant donné que la dégradation de l'état hémodynamique du patient se fait parfois d'une façon suraigue et fatale et ceci nécessite une collaboration étroite entre pédiatre, cardiologue et chirurgien cardiaque

## P18 - Péricardite à mycoplasme : A propos d'un cas.

B. BRIKI, I. BRIKI, N. GUEDIRA, N. SOYED, K. MANSOUR, S. KHAMMARI, A. SBOUI, N. BALHOUDI, H. MEJOUAL

Service de pédiatrie hopital Ibn I Jazzar Kairouan

## Introduction

Le mycoplasma pneumoniae provoque principalement une infection des voies respiratoires supérieures et une pneumonie atypique chez les enfants d'âge scolaire. Une atteinte cardiaque associée comme la myocardite aiguë ou une péricardite est une complication rare se produisant chez moins de 5%.

## **Objectifs**

faire le point sur les particularités cliniques , diagnostiques , thérapeutiques et évolutives d'une péricardite à mycoplasme

## **Matériel et méthodes**

Etude d'un cas de péricardite à mycoplasme

## **Résultats**

Il s'agit d'un enfant âgé de 7ans sans antécédents pathologiques notables admis pour fièvre avec des douleurs thoracique gauche évoluant depuis une 7jours non amélioré après 5 jours de traitement par voie orale pour une angine . Avec à l'examen :febrile à 38.4,polypneique à 35cycles/min,SaO<sub>2</sub> à 92%,tachycarde à 130bpm,souffle systolique 2/6 en latèrosternale gauche . Les examens complémentaires initiaux ont objectivé un syndrome inflammatoire biologique : GB à 17200 à prédominance PNN (88%) , Une CRPà123 ,VSà64. La Radiographie du thorax a montré une cardiomégalie , une rectitude du bord gauche et un aspect du coeur en carafe . L'Echographie cardiaque a objectivé un épanchement péricardique avec des adhérences multiples en faveur d'une péricardite purulente. Le patient a été mis sous claforan/ vanco en IV .L'évolution après 4jours a été marqué par la persistance de la fièvre avec le même épanchement sur l'écho de contrôle . Au 5eme jour une éruption cutanée à type d'erytheme polymorphe est apparue avec altération de l'état générale et une cheilite. Une serologie du mycoplasme a objectivé une IgM et IgG positive.La conduite ensuite a été d'arrêter le Claforan/Vanco et mettre l'enfant sous Erythromycine et Veinoglobuline. L'évolution a été marqué par une apyrexie obtenue après 2jrs d'Antibiotiques , une régression des lésions cutanées et une amélioration de l'état général . Une Echo coeur à J7 d'erythromycine a montré une disparition complète de l'épanchement péricardique.

## **Conclusion**

Les manifestations extrapulmonaires des infection à mycoplasme pneumoniae sont rares . La pathogénie de ces atteintes n'est pas clairement élucidée , elle repose probablement sur un mécanisme d'invasion directe du germe et/ou un processus immunologique . Les macrolides et les veinoglobulines sont les 2 principales orientations thérapeutiques envisagées.

## **P19 - Hépatite fulminante toxique secondaire à Ruta Graveolens : A propos d'un cas.**

A. CHICHTI (1), A. AYARI (1), W. BENNOUR (1), A. HAJJI (4), A. BOUZIRI (1), A. BORGI (1), N. BEN JABALLAH (1),

**Service de Réanimation pédiatrique polyvalente – Hôpital d'enfants de Tunis(1)**

### **Introduction**

La Ruta graveolens est une plante utilisée en Tunisie pour ses propriétés médicinales. Cependant, des cas d'hépatite aigue fulminante toxique ont été décrits suite à l'ingestion de celle-ci.

### **Objectifs**

Mettre le point sur cette pathologie accidentelle

### **Matériel et méthodes**

Étude d'une observation d'un nourrisson hospitalisé en réanimation pédiatrique pour hépatite fulminante.

### **Résultats:**

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 10 mois, sans antécédents pathologiques. Il a été hospitalisé en réanimation pédiatrique pour état de mal convulsif et syndrome hémorragique. Le patient a reçu une préparation artisanale de Ruta pour traiter une fièvre. A la biologie il avait une cytolysé hépatique à 100 fois la normale avec une hyperammoniémie à 479  $\mu\text{mol/l}$ , un taux de prothrombine à 22%, un facteur V à 13% et une anémie à 5g/dl. Les convulsions ont été maîtrisées par la phénytoïne puis par midazolam avec recours à la ventilation invasive. Une transfusion de culot globulaire et du plasma frais congelé ont été administrées. L'évolution était favorable après 6 jours d'hospitalisation avec amélioration de l'état de conscience et normalisation de la fonction hépatique.

### **Conclusion**

L'ingestion de Ruta est une étiologie à évoquer, dans notre pays, devant une hépatite fulminante. Le traitement est purement symptomatique.

## **P20 - Un rhabdomyome cardiaque évoquent le diagnostic anténatal d'une sclérose tubéreuse de Bourneville : à propos de deux cas**

Y. SDIRI (1), S. THABTI (1), F. AYARI (1), E. CHERIFI (1), N. BEN AMEUR (1), W. BELHAJ AMMAR (1), S. KACEM (1),

Service de médecine et de réanimation néonatale Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (1),

### **Introduction**

La sclérose tubéreuse de Bourneville (STB) est une phacomatose à transmission autosomique dominante. Les rhabdomyomes sont les tumeurs cardiaques les plus fréquentes chez l'enfant et le nourrisson, constituant l'un des modes de révélation les plus précoces de la STB. Ils permettent parfois d'en envisager le diagnostic en période anténatale parallèlement aux explorations génétiques et neurologiques..

### **Objectifs**

Mettre le point sur l'intérêt du diagnostic anténatal pour cette pathologie rare.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons le diagnostic d'une STB fœtale évoqué par la découverte anténatale d'un rhabdomyome cardiaque chez deux nouveau-nés

### **Résultats**

#### **Observation 1**

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin chez lequel le diagnostic de rhabdomyomes intracardiaques a été fait à l'échographie du troisième trimestre soit 32 SA. Il est né à terme avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. L'examen clinique était sans anomalies. L'ETT (J1 de vie) : rhabdomyomes bi ventriculaires multiples sans retentissements hémodynamique.le dernier contrôle échographique à l'âge de 2 ans montre un aspect stable : rhabdomyomes de 10mm de diamètre en regard de l'appareil valvulaire mitrale sans retentissement. L'examen neurologique est normal ainsi que l'IRM cérébrale.le suivi de l'enfant a la consultation retrouve un bon développement psychomoteur avec un recul de 2 ans .l'étude génétique a été pratiquée confirmant le diagnostic de STB.

#### **Observation 2**

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin. Le diagnostic anténatal était fait à 22 sa devant la présence de multiples masses hyper echogènes musculaires en regard de

la pointe du cœur et en péri auriculaire , associées à une dilatation des ventricules latéraux. L'examen neurologique et cutané était sans anomalies. L'échographie cardiaque a été pratiquée à j3 de vie montrant une rhabdomyomatose cardiaque multiple sans retentissement hémodynamique. Le Holter rythmique montre un passage en arythmie par moment. L'étude génétique est en cours. Le nourrisson est régulièrement suivi à la consultation avec un recul de 6 mois.

### **Conclusion**

Chez nos 2 patients, les rhabdomyomes cardiaques ne semblent pas être un marqueur de sévérité de la STB, dans la mesure où ces enfants sont restés asymptomatiques.

## **P21 - Profil épidémiologique des cardiopathies congénitales à révélation néonatale en Tunisie**

F. AYARI (1), Y. SDIRI (1), M. MAYEL (1), E. CHERIFI (1), W. BELHAJ AMMAR (1), M. CHEOUR (1), S. Kacem (1),

**Service de médecine et de réanimation néonatale Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (1),**

### **Introduction**

Les cardiopathies congénitales (CC) sont parmi les malformations congénitales les plus fréquentes. Un retard de diagnostic est responsable d'une augmentation de morbidité et de mortalité. Leur épidémiologie a considérablement changé lors des dernières décennies, ceci est dû à l'amélioration des techniques d'exploration non invasives tels que l'échocardiographie et au diagnostic anténatal.

Objectifs:

Mettre le point sur les caractéristiques épidémiologiques des CC à révélation néonatales en Tunisie.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique colligeant tous les nouveau-nés (NN) porteurs de CC dans sept services de pédiatrie et de néonatalogie en Tunisie (de niveau III de soins néonataux) sur une période de deux ans allant du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2016.

### **Résultats**

Nous avons recensé 300 cas de CC durant la période d'étude. le type shunt gauche

droit était présent chez 99 patients soit 33% des cas. Les cardiopathies cyanogènes étaient retrouvées chez 129 NN soit 43% des cas. Les cardiopathies obstructives et les autres cardiopathies représentaient respectivement 14% et 10% des CC. Dans 83% des cas. Les CC étaient dépistées en anténatal dans 84 cas seulement, soit un taux de 44,7%. Le ventricule unique était la CC la plus diagnostiquée en anténatal (59,2% des cas). Dans 44 cas soit 14,7%, d'autres anomalies de développement étaient associées à la cardiopathie. La Trisomie 21 était notée dans 8,3% des cas. Il s'agit d'un CAV dans 44% des cas. Le sex-ratio (M/F) médian était de 1,14 avec un AG médian de 38SA. 80 NN étaient asymptomatiques, soit un taux de 26,7%. Le principal signe révélateur était la DRNN avec un taux de 47,7%. L'âge médian de diagnostic était de 3,8j. La date médiane de réalisation de la première échographie cardiaque était de 3,5j. La CIV était la pathologie cardiaque la plus fréquente avec un taux de 28%.

### **Conclusion**

La prévalence des cardiopathies congénitales dans notre étude était supérieure à celui des séries tunisiennes plus anciennes, probablement en raison de l'amélioration des moyens diagnostiques ; Bien que le taux de diagnostic anténatal soit encourageant, il demeure nettement inférieur à celui rapporté dans la littérature.

### **P22 - Syndrome de QT long: A propos de deux cas**

I. BRIKI (1), D. BRAHEM (1), N. GUEDIRA (1), A. SBOUI , (1), N. BALHOUDI (1), K. MANSOUR(1), S. KHAMMARI (1), H. MEJOUAL (1)

**Service de pédiatrie hôpital Ibn I Jazzar Kairouan (1)**

### **Introduction**

Le syndrome de QT long (SQTL) est une maladie cardiaque héréditaire qui atteint 1/5000 des naissances avec une prédominance féminine. Une mutation génétique de transmission autosomique dominante est retrouvée dans 95% des formes congénitales.

### **Objectifs**

l'objectif de notre présentation est de faire à travers les deux cas le point sur cette pathologie: présentation clinique, critères diagnostiques et particularités thérapeutiques.

## **Matériel et méthodes**

Deux cas de SQTL colligés au sein du service de pédiatrie de kairouan. Ils sont repartis en un garçon et une fille . L'âge est de 4 ans et 13 ans respectivement.

## **Résultats**

Le premier cas est celui d'une fille, âgée actuellement de 16 ans, qui a été hospitalisée à l'âge de 13 ans suite à une syncope. Elle est issue d'un mariage non consanguin, sans ATCDS familiaux de cardiopathies ni de morts subites. Elle ne présentait par ailleurs aucun ATCDS pathologique personnel. L'examen physique ne révélait aucune anomalie, notamment l'examen cardiovasculaire: FC à 90bpm, TA à 105/65 cmHg et aucune anomalie à l'auscultation. A la biologie: pas de troubles ioniques. Elle a bénéficié d'un ECG revenu sans anomalies ainsi qu'une ETT qui était normale en dehors d'un septum dyskinétique. Elle a eu également un EEG et une TDM cérébrale qui n'ont révélé aucune anomalie. Devant la récurrence de la symptomatologie, un holter rythmique a été réalisé montrant quelques extrasystoles ventriculaires avec un QTc à 460ms. Le syndrome de QT long a été retenu après avoir éliminé toute prise médicamenteuse. Un ECG avec un holter rythmique ont été réalisés chez les membres de la famille. L'étude génétique n'a pas été faite. La patiente a été mise sous bêtabloquant avec contre indication de tout sport de compétition. L'évolution était favorable avec absence de récurrence. Elle est suivie régulièrement tous les 6 mois en cardiologie. Le deuxième cas est celui d'un garçon , hospitalisé à l'âge de 4 ans dans un tableau de malaise. Il n'avait aucun antécédent. A l'examen il était bradycarde a 50 bpm. On a complété par un ECG qui a montré un QTc a 490ms, sans notion de prise médicamenteuse ni de troubles ioniques à la biologie. L'ETT était normale. On a retenu le diagnostic de SQTL et l'enfant a été mis sous bêtabloquant. L'enquête n'a pas retrouvé un autre cas dans la famille. L'évolution était favorable.

## **Conclusion**

La mort subite peut être la première manifestation dans 15% des cas de SQTL. Une enquête familiale à la recherche de cas asymptomatiques est obligatoire. La mise sous traitement a manifestement diminué le taux de mortalité à 10 ans de 75% à 5%



## **P23 - Prise en charge de la tachycardie supraventriculaire en réanimation : A propos de 9 cas**

A. CHICHTI (1), A. AYARI (1), W. HANNACHI (1), A. HAJJI (1), A. BORGHI (1),  
N. BEN JABALLAH (1),

**Service de Réanimation pédiatrique polyvalente – Hôpital Béchir Hamza Tunis (1)**

### **Introduction**

Les troubles du rythme à type de tachycardie supraventriculaire peuvent nécessiter une prise en charge en réanimation.

### **Objectifs**

Préciser les modalités de la prise en charge pendant la phase aiguë et la réponse au traitement de ces arythmies

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective monocentrique de toutes les observations de patients hospitalisés en réanimation pédiatrique à l'hôpital d'enfants de Tunis sur une période de 5 ans (2015 - 2019) et ayant développé une tachycardie supraventriculaire confirmée par l'électrocardiogramme au cours de leur hospitalisation.

### **Résultats**

Nous avons colligé 9 cas (8 garçons et 1 fille), l'âge moyen était de 84 jours. Cinq patients avaient une cardiopathie sous-jacente (communication interventriculaire : 1 cas ; cardiomyopathie dilatée : 2 cas ; tétralogie de Fallot : 1 cas ; insuffisance mitrale : 1 cas). Cinq patients ont présenté un état de choc cardiogénique. La fréquence cardiaque moyenne était de 275 b.p.m avec des extrêmes de 200 à 345. Les types de la tachycardie supraventriculaire étaient un Flutter auriculaire (N=2) et une tachycardie jonctionnelle (N=7) dont deux avaient un syndrome de Wolff-Parkinson-Wight. Les manœuvres vagues ont été tentées chez quatre patients. Un choc électrique externe a été réalisé dans sept cas. Une cardioversion chimique a été tentée dans trois cas (Adénosine : 2 cas ; Amiodarone per os : 1 cas). Une récurrence des troubles du rythme est survenue chez quatre patients. Un seul malade est décédé en raison de la cardiopathie sous-jacente (insuffisance mitrale). La durée moyenne d'hospitalisation était de cinq jours.

## **Conclusion**

Les tachycardies supraventriculaires entraînant un état de choc cardiogénique ou nécessitant une cardioversion électrique ou chimique requièrent une prise en charge en réanimation.

## **P24 - Complications rares du cathétérisme central chez le nouveau-né (À propos de 11 observations)**

A. BOURAOUI (1), H. CHARFI (1), H. KHANFIR (1), M. ZGHAL (1), A. BEN HAMED (1), C. REGAIEG (1), M. CHARFI (1), N. HMIDA (1), D. ABID (2), S. KAMOUN (2), A. BEN THABET (1), A. GARGOURI (1),

Service de Néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax (1), Service de cardiologie, CHU Hédi Chaker de sfax (2)

## **Introduction**

L'utilisation des cathéters centraux dans les unités de néonatalogie est essentielle pour la prise en charge des nouveau-nés grands prématurés ou ayant une détresse vitale. Néanmoins elle peut être associée à des complications sérieuses en particulier celles liées à l'extravasation des produits de perfusion.

## **Objectifs**

Nous nous proposons de décrire les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives des complications non infectieuses du cathétérisme central chez le nouveau-né.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas de complications non infectieuses aux cathéters centraux enregistrés dans l'unité de soins intensifs néonataux du CHU Hédi Chaker de Sfax entre 2012 et 2019.

## **Résultats**

Nous avons colligé 8 cas de perfusopéricarde, un cas de pleurésie, un cas d'ascite et un cas de pneumo-péricarde. Tous les nouveau-nés étaient des prématurés (29 à 33 semaines d'aménorrhées). Sept patients avaient un cathéter epicutanéo-cave, trois patients avaient un cathéter veineux ombilical et un avait un cathéter Broviac. La position du cathéter était intracardiaque dans tous les cas. Le délai moyen de survenue de l'incident était de 3,3 jours (1 à 10 jours) après l'insertion du cathéter. Les manifestations cliniques étaient non spécifiques mimant un sepsis avec tachypnée, tachycardie et des marbrures cutanées dans la majorité des cas. Quatre pré-

maturés ont présenté une tamponnade révélée par une apnée grave dans deux cas et un arrêt cardio-respiratoire dans deux cas. Le nouveau-né avec ascite a présenté une distension abdominale et une tachypnée. Le diagnostic positif a été fait par échographie cardiaque ou thoracique dans tous les cas d'extravasation de la nutrition parentérale. Le diagnostic de pneumo-péricarde a été réalisé par une radiographie standard de thorax. La prise en charge a consisté en une oxygénothérapie avec un support hémodynamique dans tous les cas. Une ponction péricardique évacuatrice sous guidage échographique a été réalisée dans cinq cas. Le cathéter a été enlevé dans six cas et repositionné dans trois cas. L'évolution a été fatale pour les deux prématurés ayant présenté une tamponnade révélée par arrêt cardio-respiratoire. Pour les autres nouveau-nés l'évolution était favorable.

### **Conclusion**

Tout nouveau-né porteur de cathéter central doit être obligatoirement monitoré et la position extracardiaque du cathéter doit être systématiquement vérifiée.

### **P25 - La staphylococcie pleuro pulmonaire en réanimation pédiatrique : A propos de 36 cas**

R. OUERFELLI (1), A. AYARI (1), H. BADRI (1), A. LOUATI (1), K. MENIF (1), A. BORGHI (1), N. BEN JABALLAH (1),

**Service de Réanimation pédiatrique polyvalente – Hôpital d'Enfants Béchir Hamza Tunis(1),**

### **Introduction**

La staphylococcie pleuro pulmonaire (SPP) chez l'enfant est une infection grave et rapidement évolutive qui peut être associée à une morbidité importante et à une mortalité élevée.

### **Objectifs**

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et microbiologiques de la pathologie en réanimation pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, sur une période de 10 ans (2010-2019), incluant tous les enfants hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente de tunis à l'hôpital d'enfants Béchir Hamza pour SPP confirmée par une preuve bactériologique.

## Résultats

Trente-six cas ont été colligés (âge médian 62 jours, sex-ratio 0,8). Quatorze pour cent avaient un faible poids de naissance, 8,3% avaient une pathologie chronique et 5,6% étaient anciens des prématurés. La symptomatologie était faite d'une fièvre (91,7%), une dyspnée (80,6%), une toux (50%). Un quart de malades avait des signes digestifs : vomissements (25%), ballonnement abdominal (19,4%) et diarrhée (11,1%). A l'admission la fréquence respiratoire moyenne était de 47,8 c.p.m ( $\pm 29$ ), à l'auscultation pulmonaire 33,3% avaient une diminution des murmures vésiculaires, 19,5% avaient des signes obstructifs. La fréquence cardiaque moyenne était de 170 b.p.m ( $\pm 38,4$ ). Un état de choc a été diagnostiqué chez 50% des malades. Le taux moyen des globules blancs était de 16251 /mm<sup>3</sup> ( $\pm 12533$ ). La moyenne de la CRP était de 227 mg/l ( $\pm 130$ ). Cinquante deux pour cent avaient un syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH. La radiographie du thorax a montré des signes en faveur d'un épanchement gazeux (80,6%), liquidien (91,7%) l'atteinte était bilatérale dans 33,3% des cas. Un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline a été isolé chez 43,4% des patients, le germe a été isolé dans 69,4% des cas dans le liquide pleural, 8,3% dans l'hémoculture 13,9% dans l'hémoculture et le liquide pleural. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 86% des malades, pendant une durée moyenne de 5 jours. Un drainage thoracique a été réalisé chez 97,2% des malades. Le recours aux drogues vasoactives était nécessaire dans 50% des cas. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 10,7 jours. Deux malades (5,5%) sont décédés dans un tableau de choc réfractaire.

## Conclusion

La SPP est une urgence pédiatrique qui peut compromettre le pronostic vital. Une prise en charge rapide et spécialisée contribue à un meilleur pronostic.

## **P26 - L'épidémie de rougeole en 2019 en Tunisie: l'expérience de service de réanimation pédiatriques de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza**

S. HANNACHI (1), S. HADJ HASSINE (1), M. LAADHAR (1), A. AYARI (1), A. HAJJI (1), A. BORGHI (1), N. BEN JABALLAH (1),

**Service de Réanimation pédiatrique polyvalente – Hôpital d'Enfants Béchir Hamza Tunis(1)**

## Introduction

La rougeole est une infection virale très contagieuse, observée principalement chez les jeunes enfants. Elle peut être à l'origine des complications graves telles que les

pneumonies, le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), l'encéphalite et même le décès.

### **Objectifs**

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la pathologie en réanimation pédiatrique.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les cas de rougeole confirmés par sérologie et hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente de tunis à l'hôpital d'enfants Béchir Hamza au cours de l'année 2019.

### **Résultats**

Treize cas ont été colligés lors de l'épidémie de rougeole en 2019 (l'âge moyen était de 6 mois, sex-ratio : 5,5). Tous les patients n'avaient pas reçu le vaccin contre la rougeole et la rubéole. Huit sur treize avaient des antécédents de pathologies chroniques associées. Plus que la moitié des patients (7 sur 13) étaient exposés à l'infection durant un séjour à l'hôpital. La présentation clinique initiale comprenait une fièvre, une éruption cutanée et une détresse respiratoire dans tous les cas. Deux patients avaient une dyspnée haute sévère et trois patients avaient à l'admission des troubles hémodynamiques associés. Six patients avaient une acidose respiratoire et dix patients avaient un taux de CRP supérieur à 50. La radiographie thoracique initiale a révélé des anomalies chez 12 patients: une atélectasie chez un malade, des opacités pulmonaires unilatérales évoquant une pneumonie chez 9 patients et des lésions étendues évocatrices d'œdème aigu des poumons chez 2 patients. Parmi les 13 patients, 9 ont eu besoin d'une ventilation mécanique. Deux patients ont ensuite été basculés en oscillation haute fréquence pour un SDRA et un patient a nécessité l'administration de NO inhalé. Un accès veineux central était nécessaire chez 5 patients avec l'administration des drogues vasoactifs chez 4 patients. Une coinfection bactérienne a été suspectée chez 10 patients et confirmées chez 2 patients (HI, serratia marcescens). La durée moyenne de séjour à l'hôpital était de 6 jours (de 24 heures à 13 jours). Un décès d'un patient est survenu dans un tableau d'état de choc septique réfractaire.

### **Conclusion**

La fréquence des cas de rougeole enregistrée durant l'épidémie de 2019 dans notre pays souligne la nécessité de poursuite des efforts de prévention avec une couverture vaccinale élevée dans tout le pays et un meilleur contrôle des risques d'exposition.

## **P27 Le syndrome de l'incisive médiane unique : une cause rare de détresse respiratoire néonatale. A propos d'un cas**

A. CHICHTI (1), A. AYARI (1), A. HAJJI (1), A. LOUATI (1), A. BOUZIRI (1),  
N. BEN JABALLAH (1),

**Service de Réanimation pédiatrique polyvalente – Hôpital d'Enfants Béchir Hamza Tunis(1)**

### **Introduction**

Le syndrome de l'incisive médiane unique a une origine génétique hétérogène. Il associe une holoprosencéphalie à des anomalies endocriniennes, cardiaques ainsi qu'une sténose des orifices piriformes.

### **Objectifs**

Mettre le point sur cette pathologie

### **Matériel et méthodes**

Nous avons étudié le cas d'un nouveau-né atteint d'un syndrome de l'incisive médiane unique, hospitalisé au service de réanimation pédiatrique pour détresse respiratoire néonatale (DRNN).

### **Résultats**

Il s'agit d'un nouveau né à terme, avec une bonne adaptation à la vie extra utérine. Les choanes étaient perméables. Il a été transféré en réanimation pour la prise en charge d'une DRNN en rapport avec une détresse respiratoire transitoire. La prise en charge respiratoire a consisté en une ventilation mécanique de 48 heures. Après son extubation, le nouveau-né a présenté une dyspnée haute persistante et ayant nécessité une ventilation non invasive. L'exploration endoscopique a montré une muqueuse nasale inflammatoire avec rétrécissement de sa lumière empêchant l'endoscope de progresser. Une TDM du massif facial a conclu à un rétrécissement bilatéral des orifices piriformes associé à un palais osseux petit et triangulaire ainsi qu'une incisive médiane unique. Le patient a bien évolué avec canule de Guedel en ventilation spontanée.

### **Conclusion**

Le syndrome de l'incisive médiane unique, de par le rétrécissement des orifices piriformes qu'il engendre, est un diagnostic différentiel de l'atrésie bilatérale des choanes devant une DRNN.

## **P28 - Abscès hépatique en milieu de réanimation néonatale : à propos de sept observations**

A. KHLIFI (1), Y. SDIRI (1), F. AYARI (1), A. KHELIFI (1), S. THABTI (1), E. CHERIFI (1), W. BEL-HAJAMMAR(1), N. BENAMEUR(1), M. CHEOUR (1), S. KACEM (1).

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

### **Introduction**

L'abcès hépatique est extrêmement rare chez le nouveau-né. Il peut être la complication d'un mal positionnement d'un cathéter veineux ombilical ou d'une aseptie insuffisante à son emplacement d'où l'intérêt de la prudence lors de sa mise en place. Cependant il peut être observé lors d'une dissémination hématogène dans un contexte de septicémie ou de déficit immunitaire.

### **Objectifs**

Souligner l'importance de la surveillance clinique et biologique du nouveau né admis en milieu de réanimation et ayant un KTVO pour dépister à temps ses éventuelles complications.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de 4 ans (2015-2018) incluant tous les cas d'abcès hépatique diagnostiqués durant cette période.

### **Résultats**

Il s'agit au total de 7 cas d'abcès du foie observés au cours de cette période. Nous avons retrouvés 4 filles et trois garçons. Une prématurité était observée dans 6 cas. Ces malades ont nécessité la pose d'un KTVO à l'admission ou au cours de leur hospitalisation. A l'admission, l'anamnèse infectieuse était négative chez 3 malades. Une infection materno-fœtale était retrouvée dans 5 cas ; il s'agit d'une IMF probable dans 4 cas et confirmée dans un seul cas avec hémoculture positive à entérobacter cloacae. La durée pendant laquelle le cathéter a persisté varie entre 4 et 5 jours. Tous les malades ont présentés des troubles hémodynamiques dans un délai moyen de 4 jours après la pose du KT ayant nécessité le recours aux drogues vasoactives chez 5 malades. Un syndrome inflammatoire biologique important a été noté chez tous les nouveau-nés. Un abcès hépatique a été détecté entre J10 et J24 d'hos-

pitalisation. Ces malades ont bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste et adaptée pendant une durée variant entre 21 et 42 jours. Aucun de nos patients n'a nécessité le recours au traitement chirurgical. L'évolution était favorable avec régression de l'abcès dans tous les cas puis disparition ou calcification. L'issue était fatale chez un seul patient dans un tableau d'état de choc septique avec défaillance multi viscérale.

### **Conclusion**

La prématurité était retrouvée dans six cas parmi les 7 nouveau-nés ayant présenté un abcès hépatique. Le cathéter veineux ombilical était présent dans tous les cas. Ceci réclame une surveillance bien particulière et rapprochée de ces malades fragiles et un bon positionnement du cathéter. Un abcès hépatique doit être suspecté chez tout nouveau né porteur de KTVO et qui présente un tableau septicémique.

## **P29 - Prise en charge des exacerbations sévères d'asthme en milieu de réanimation pédiatrique**

H. BEN BELGACEM (1), S. TILOUCHE (1), R. KBAILI (1), A. TEJ (1), N. SOYAH (1), J. BOUGUILA (1), L. BOUGHAMMOURA (1)

**Service pédiatrie, CHU Farhat Hached Sousse (1),**

### **Introduction**

Les exacerbations sévères d'asthme constitue un motif fréquent d'hospitalisations en milieu de réanimation pédiatrique. Elles posent encore un problème de prise en charge thérapeutique.

### **Objectifs**

Le but de l'étude est d'évaluer le profil épidémiologique et les modalités de prise en charge de l'exacerbation sévère d'asthme chez les enfants hospitalisés en unité de réanimation de service de pédiatrie Farhat Hached Sousse.

### **Matériel et méthodes**

il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur 20 enfants hospitalisés pour des exacerbations sévères d'asthme durant une période de deux ans allant janvier 2017 de décembre 2018. L'exacerbation est considéré sévère si le score de PRAM est supérieur à 8.



## Résultats

L'âge moyen de survenue était de 3 ans et demi avec une prédominance masculine (68%). L'exacerbation d'asthme était inaugurale dans 45 % des cas. Le facteur déclenchant était des infections virales dans 80% des cas. La notion d'atopie familiale et /ou personnelle a été trouvée dans 10 cas. La plupart de nos patients avait des antécédents des bronchiolites à répétition (11 des cas). La mauvaise observation thérapeutique a été notée dans 50 % cas pour les asthmatiques connus. Les critères de sévérité qui avaient indiqué l'hospitalisation en secteur de réanimation étaient les signes de lutte marqués dans tous les cas, les troubles de la conscience dans 6 cas, les troubles de l'élocution dans 4 cas, la saturation <90% dans 12 cas. La cyanose était notée dans 4 cas. Tous les patients avaient reçu des nébulisations par des bêta-2-mimétiques, des anticholinergiques et une corticothérapie par voie intraveineuse. Douze patients ont reçu du sulfate de magnésium. Neuf patients ont reçu du salbutamol en intraveineuse. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire pour deux patients. La lunette à haut débit était utilisée pour 6 patients. La durée moyenne de séjour en réanimation était en moyenne de 3 jours. L'évolution était le plus souvent favorable. Un seul patient avait présenté un pneumothorax.

## Conclusion

L'asthme représente actuellement un enjeu de santé publique prioritaire et notamment chez l'enfant. Les exacerbations sévères pourraient cependant être évitées grâce à un meilleur contrôle de l'asthme et à l'amélioration de l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de son entourage.

## **P30 - Troubles du rythme et de la conduction chez les nouveau-nés : A propos de quatre cas**

E. CHERIFI (1), A. KAHLAOUI (1), F. AYARI (1), Y. SDIRI (1), S. KACEM (1),

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

## Introduction

Les troubles du rythme et de la conduction chez les nouveaux nés constituent une situation rare mais non exceptionnelle chez le nouveau-né. Le plus souvent les patients sont asymptomatiques mais peuvent se compliquer d'un tableau d'insuffisance cardiaque congestive mettant en jeu le pronostic vital.

## **Objectifs**

Mettre le point sur l'intérêt d'un diagnostic rapide seul garant d'une prise en charge adéquate et précoce.

## **Matériel et méthodes**

Nous rapportons quatre cas différents de troubles de rythme révélés en période néonatale.

## **Résultats**

Les quatre cas étaient rapportés durant la période allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018. Un antécédent de prématurité était retrouvé dans 3 cas. Une consanguinité était notée chez un seul patient. Un antécédent de lupus érythémateux systémique chez la mère était observé dans un seul cas. Tous les malades avaient une bonne adaptation à la vie extra-utérine ; l'examen à l'admission objectivait un souffle systolique chez un patient, un rythme lent irrégulier à l'auscultation cardiaque chez le deuxième, une tachycardie chez les 2 autres. et un avait un examen normal. Une détresse respiratoire était notée dans un seul cas. Le diagnostic était évoqué devant l'aspect à l'ECG dans tous les cas. Il s'agissait d'une tachycardie jonctionnelle dans 3 cas et d'un BAV du 3ème degré dans un cas. La confirmation diagnostique était obtenue rapidement grâce à l'holter rythmique. L'échographie cardiaque pratiquée chez les 4 patients était toujours normale. Les bilans métaboliques et thyroïdiens étaient sans anomalies. Les tachycardies étaient réduites par la Cordarone et le BAV n'a pas nécessité d'appareillage. L'évolution était favorable dans tous les cas.

## **Conclusion**

Les arythmies et les troubles de la conduction chez les nouveaux-nés sont des pathologies faciles à diagnostiquer si elles sont recherchées systématiquement permettant ainsi une prise en charge rapide et efficace.

## **P31 - Les Circonstances de découverte d'un pneumothorax chez le nouveau-né**

F. AYARI (1) , S. JAOUHARI (1), Y. SDIRI (1), KH BENCHEIKH (1), E. CHERIFI(1),  
W. BELHAJAMMAR (1), N. BENAMEUR (1), M. CHEOUR (1), S. KACEM

**Service de Néonatalogie- Centre National De Maternité et de Néonatalogie de Tunis (1),**

### **Introduction**

Le pneumothorax (PNO) est une complication redoutable chez les nouveau-nés hospitalisés dans une unité de réanimation. Il s'agit d'une urgence vitale extrême d'où l'importance d'évoquer le diagnostic et intervenir précocement.

### **Objectifs**

Identifier les circonstances de découverte du pneumothorax obstructif chez le nouveau-né

### **Matériel et méthodes**

IL s'agit d'une étude rétrospective colligeant 50 NN admis au service de néonatalogie et de réanimation néonatale du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (CMNT) sur une période de un an allant du 1er novembre 2016 au 31 octobre 2017.

### **Résultats**

Parmi les NN qui ont présenté un PNO ,58% l'ont développé dans les premières 24h dont 30% dans la première heure La découverte était fortuite à l'occasion d'une radio thorax dans 36% des cas Le PNO a plusieurs aspects radiologiques évocateurs : l'hyper clarté avec disparition du parenchyme pulmonaire du coté atteint dans 70% des cas , la diminution de la vascularisation dans 62%des cas , l'augmentation du volume de l'hemothorax dans 46% des cas, l'élargissement des EIC dans 50% des cas, la déviation du médiastin dans 22% des cas et une silhouette cardiaque étroite dans 20%des cas . Le diagnostic a été suspecté cliniquement dans 96% des cas. Parmi les circonstances de découverte clinique, on cite quatre grandes rubriques : Les TRHD étaient retrouvés chez neuf NN (18%), l'ACR était présent chez huit NN (16%),l'EMA a été objectivé chez six NN (12%) et Les signes respiratoires étaient découverts chez 44 NN (88%). Les principaux signes respiratoires retrouvés : la polypnée (34%), la cyanose (66%), les SDL (68%) et la désaturation (82%).

### **Conclusion**

La radio du thorax étant un moyen diagnostique simple et rapide du PNO doit être

réalisée devant toute détresse ou aggravation clinique notamment chez les NNés ventilés.

## **P32 - Prise en charge des cardiopathies congénitales dans le Cap-Bon**

C. DGHAIES (1), M. BENDHIA (1), K. CHRAIET (1)

Service de Pédiatrie de Nabeul (1)

### **Introduction**

La prévalence des cardiopathies congénitales (C.C) est estimée à 8-12 pour 1000 naissances vivantes .Elles sont responsables de plus de 50 % de mortalité par malformation congénitale. Malgré les progrès considérables en matière de diagnostic anténatal, de réanimation néonatale et de chirurgie cardiovasculaire, le CC sont encore diagnostiquées tardivement avec une mortalité considérable dans notre région.

### **Objectifs**

Le but de notre étude était d'évaluer les antécédents périnataux, les circonstances de découverte, la démarche thérapeutique et l'évolution des malades hospitalisés pour prise en charge d'une cardiopathie congénitale entre les années 2015 et 2019

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective descriptive réalisée au service de Pédiatrie et de Néonatalogie de Nabeul, sur une période de 58 mois, allant du 1er janvier 2015 au 31 octobre 2019. Le diagnostic de cardiopathie a été effectué par une échocardiographie cardiaque.

### **Résultats**

Nous avons colligés 33 cas de C.C diagnostiquées durant la période d'étude. Le diagnostic de cardiopathie congénitale a été posé en anténatale seulement pour deux patients (6%), à la période néonatale dans 54,5 % des cas (18/33). Les motifs d'hospitalisation les plus fréquemment rencontrés pour cette tranche d'âge étaient La détresse respiratoire néonatale (DRNN) immédiate dans 30,3% et la cyanose dans 12,2%. L'examen physique a retrouvé un souffle cardiaque chez 24 patients (72,7%). Un tableau d'insuffisance cardiaque était trouvé dans 15 cas (45,4%). Le diagnostic de cardiopathie congénitale était posé chez les nourrissons (de 1-24 mois) dans 36,6 % des cas et c'est souvent à l'occasion d'une infection respiratoire, notamment lors de l'épidémie de bronchiolite. Ces cardiopathie congénitales sont

dominés par les shunts G-D dans 57.5%, un shunt DG dans 18,1%, les obstacles du cœur droit dans 9%, les obstacles du cœur gauche dans 9% et une cardiopathie complexe dans 12,1%. Un traitement médical était instauré chez 23 malades (69.7%) avec recours à la ventilation mécanique chez 15 malades (45,4%) et utilisation des drogues vasoactives chez 11 patients (33,3%). Treize malades ont bénéficié d'un traitement chirurgical (39.4%). Le nombre d'hospitalisation moyen était de 1,45/malade, avec une durée d'hospitalisation moyenne à 11,7 jours. L'évolution était favorable dans 45.5% des cas et la mortalité était de 27,2%. L'âge moyen de décès était de 25 jours.

### **Conclusion**

La détection précoce des cardiopathies congénitales graves à risque de décompensation brutale en période néonatale est un enjeu majeur, elles peuvent être méconnues lors de la sortie de la maternité. Un diagnostic tardif peut augmenter la morbidité et peut même être fatal. Un screening OBLIGATOIRE à l'aide de la SpO2 chez tous les nouveau-nés au premier jour de vie associé à un examen clinique soigné devrait permettre de diagnostiquer une cardiopathie congénitale à un stade précoce.

### **P33 - Les états de choc : l'expérience d'un service de pédiatrie générale**

I. TRABELSI (1), F. NASRI (1), I. BELHADJ (1), M. BEN ROMDHANE (1), F. KHALSI (1), K. BOUSSETTA (1),

**Service de médecine infantile "B" Hôpital d'enfants de Tunis (1),**

#### **Introduction**

Les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des états de choc sont différentes selon le mécanisme et l'âge. Ces caractéristiques sont importantes à connaître pour savoir les diagnostiquer à temps, en reconnaître le mécanisme en cause, et adapter le traitement. L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des états de choc pris en charge dans un service de pédiatrie générale.

#### **Objectifs**

L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des états de choc pris en charge dans un service de pédiatrie générale.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les enfants hospitalisés pour état de choc au service de pédiatrie B à l'hôpital d'enfant de Tunis entre 2017 et 2019.

## **Résultats**

Nous avons colligé 10 cas d'état de choc dont 5 garçons et 5 filles. L'âge moyen à l'admission était de 27 jours .Il s'agissait d'un état de choc septique dans 7 cas dont 5 étaient d'origine pulmonaire et 2 indéterminée, cardiogénique dans 2 cas sur un terrain de cardiopathie congénitale et hypovolémique dans 1 cas sur un terrain d'insuffisance surrénalienne aigue. Les signes cliniques à l'admission étaient : une hypothermie (n=2) ou une fièvre importante (n=5), une dyspnée aigue avec désaturation (n=8), marbrures généralisés et des extrémités froides (n=10), hépatomégalie (n=2), une tachycardie (n=6) ou une bradycardie (n=4). Un remplissage par du sérum physiologique a été réalisé dans 8 cas avec recours aux drogues vasoactives dans 7 cas. Une intubation a été nécessaire dans 5 cas. Dans le cas du choc septique, l'infection a été documentée chez deux patients (hémocultures positives à *Serratia Marecsens* et à pneumocoque de sensibilité intermédiaire. L'évolution était fatale dans 4 cas .Un transfert au service de réanimation a été réalisé dans 5 cas.

## **Conclusion**

La présence de signes de choc doit conduire simultanément à apprécier la gravité et à débiter la réanimation symptomatique. À ce stade, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. La démarche diagnostique initiale, contemporaine au traitement symptomatique qu'elle guide, repose sur l'anamnèse et l'examen clinique.

## **P34 - L'hématémèse en pédiatrie: étude de 31 cas**

F. CHARFI (1), A. ELLEUCH (1), M. WELI (1), M. HSAIRI (1), M. BOUDABBOUS (2), N. TAHRI (2), L. GARGOURI (1), A. MAHFOUDH (1),

Service de pédiatrie urgence réanimation Sfax (1), service d'hépto-gastro-entérologie sfax (2),

## **Introduction**

Les hémorragies digestives de l'enfant sont fréquentes et constituent toujours un signe d'alarme lorsque leur cause n'est pas clairement identifiée. Elles constituent une urgence médico-chirurgicale car elles peuvent compromettre le pronostic vital de l'enfant.

## **Objectifs**

Analyser les caractéristiques cliniques, biologiques et étiologiques de l'hématémèse chez le nouveau-né, nourrisson et l'enfant

## **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective menée sur une période de 4 ans (2016-2019) ayant colligée 31 cas d'hématémèse hospitalisés dans le service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique.

## **Résultats**

Il s'agissait de 18 garçons et 13 filles. L'âge moyen à l'admission était de 5,52 ans (5 jours - 13 ans). Aux antécédents, 4 cas avaient un reflux gastro-œsophagien (RGO) dont un était compliqué d'une sténose peptique dilatée ; un cas avait des épistaxis à répétition et un autre enfant était suivi pour infirmité motrice cérébrale. La notion de prise d'anti inflammatoire était présente dans 5 cas. Le tableau clinique initial a objectivé une pâleur cutanée dans 12 cas, un état hémodynamique stable dans tous les cas avec une pression artérielle (PA) systolique moyenne de 86 mmHg et une PA diastolique moyenne de 64 mmHg. Sur le plan biologique, la numération de la formule sanguine a montré un taux d'hémoglobine moyen de 11,2 g/dl. Quatre cas avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl. Le taux de plaquettes moyen était de 234000 elts/mm<sup>3</sup>. Une thrombopénie était présente chez 2 enfants sans syndrome hémorragique associé. Le bilan d'hémostase était réalisé chez tous les patients. Le taux de prothrombine (TP) moyen était de 77,4 %. Deux enfants avaient un TP inférieur à 50 % avec un bilan hépatique et un dosage des facteurs de coagulation normaux. Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) a été réalisée dans tous les cas. La FOGD a objectivé une gastrite dans 7 cas, une gastrite associée à un ulcère bulbaire dans 4 cas avec la recherche de l'*Helicobacter Pylori* (HP) positive dans 7 cas. Une œsophagite peptique (OP) était retrouvée à la FOGD dans 5 cas, une gastrite purpurique dans 2 cas, une œsophagite mycosique dans 1 cas et un aspect évoquant le syndrome de Mallory Weiss dans 10 cas. La FOGD était normale dans 2 cas.

## **Conclusion**

L'hématémèse est une complication non exceptionnelle de nombreuses lésions digestives hautes. Après appréciation de la gravité et réanimation éventuelle, la FOGD précoce permet le plus souvent de rattacher le saignement à une étiologie précise et d'adapter la conduite thérapeutique.

## **P35 - Insuffisance hépatocellulaire aigüe sévère chez l'enfant : à propos de 50 cas**

F. CHARFI (1), A. ELLEUCH (1), M. WELI (1), L. GARGOURI (1), L. CHTOUROU (5),  
N. TAHRI (5), A. MAHFOUDH (1)

**Service de pédiatrie urgence et réanimation Hôpital Hédi Chaker Sfax (1), Service Gastroentérologie Hépatologie Hôpital Hédi Chaker Sfax (2),**

### **Introduction**

L'insuffisance hépatocellulaire chez l'enfant est une urgence diagnostique et thérapeutique qui engage le pronostic vital à court terme

### **Objectifs**

Analyser les caractéristiques cliniques, biologiques et étiologiques de l'insuffisance hépatocellulaire aigüe sévère (IHAS)

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective menée sur une période de 15 ans (2005-2019)

### **Résultats**

23 filles et 27 garçons ont été colligés. L'âge moyen était de 6 ans (extrêmes : 6 j-13ans). Le tableau clinique était marqué par une asthénie (31cas), ictère (31 cas), hépatomégalie (26cas), fièvre (23cas), signes neurologiques (16cas), syndrome hémorragique (5cas) et syndrome œdémateux (4cas). Une encéphalopathie hépatique a été rapportée dans 17 cas. La cytolyse a été notée dans 48 cas avec une hypertransaminémie > 10 fois la normale dans 32 cas. La cholestase a été notée dans 37 cas. Le TP moyen était de 25% et avec un taux < 20% dans 12 cas. L'enquête étiologique a conclu à une hépatite virale (24cas), syndrome d'activation macrophagique (6cas), hépatite auto-immune (5 cas), maladie de Wilson (4 cas), hépatite toxique (2 cas), tyrosinémie héréditaire de type I (2cas), et lupus érythémateux systémique (1cas). L'étiologie était indéterminée dans 6 cas. L'évolution était favorable dans 33 cas et fatale dans 17 cas.

### **Conclusion**

Un diagnostic rapide et une prise en charge adéquate sont nécessaires pour améliorer le pronostic de l'IHAS



## **P36 - Comparaison de deux protocoles de prise en charge de l'acidocétose diabétique en milieu de réanimation pédiatrique**

I. DHOUIBI (1), H. BESBES (1), I. BEN RHOUMA (1), J. BAHRI (1), C. CHOUCANE (1), L. GHEDIRA (2), C. BEN MARIEM (1), S. CHOUCANE (1),

Service de Pédiatrie de Monastir (1), Service de Pédiatrie Fatouma Bourguiba Monastir (2),

### **Introduction**

L'acidocétose 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**

Décrire les modalités évolutives des ACD de l'enfant traités selon deux protocoles thérapeutiques

### **Matériel et méthodes**

Notre travail est une étude rétrospective comparative, colligeant les cas des ACD inaugurales du Diabète type 1, traités selon le protocole modifié de l'ISPAD ou le protocole Lestradet modifié à l'unité de réanimation du service de Pédiatrie du CHU Fattouma Bourguiba Monastir sur une période de 10 ans allant du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2017.

### **Résultats**

Nous avons trouvé une incidence hospitalière totale de l'ACD inaugurale d'environ 2 pour 1000. La prévalence de l'ACD inaugurale par rapport aux nouveaux cas de diabète était de 22,52%. Parmi 50 enfants hospitalisés pour ACD inaugurale durant la période d'étude, 34 enfants par le protocole ISPAD modifié et 16 par le protocole Lestradet modifié. L'âge moyen à l'admission était 6,6 ans  $\pm$  4,1 avec un pic de fréquence dans la tranche d'âge supérieur à 5 ans. Le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et l'hospitalisation était de 15,51 jours  $\pm$  9,27 jours. Le SPUPD était au premier plan (98%). La glycémie moyenne au moment du diagnostic était de 4,92 g/l  $\pm$  0,14. 20% des enfants avaient reçu un remplissage initial par du sérum physiologique à 9 % et 28 % des enfants avaient reçu une perfusion de bicarbonates. La correction de la glycémie capillaire, la cétonurie et le pH jusqu'à H8 étaient sans différence significative entre les deux protocoles. La complication la plus fréquente à la phase aigüe était l'hypokaliémie (8 cas). Aucun cas d'œdème cérébral n'était observé pour les deux protocoles.

## Conclusion

La différence entre les deux protocoles était non significative en terme de complications. Toutefois, l'arrêt du protocole et le passage à l'insulinothérapie sous cutané était plus rapide avec le protocole de l'ISPAD modifié.

## P37 - Chylothorax infantile: particularités diagnostiques et thérapeutiques

H. BARAKIZOU (1), I. ZAITER (1), Y. BEN RJEB (1), S. GANNOUNI (1), N. KASDALLAH (2), S. BLIBECH (2), M. DOUAGI (2)

**Pédiatrie. Hôpital militaire de Tunis (1), Néonatalogie. Hôpital militaire de Tunis (2),**

### Introduction

Le chylothorax est une cause rare de pleurésie de l'enfant. Il peut être dû à une rupture, lacération ou compression du canal thoracique. Son diagnostic se base sur l'analyse du liquide pleural. Son traitement médico-chirurgical reste contraignant et non consensuel.

### Objectifs

Préciser les particularités diagnostiques et thérapeutiques du chylothorax infantile

### Matériel et méthodes

Etude rétrospective de deux observations de chylothorax l'un congénital et l'autre post opératoire.

### Résultats

**Observation 1:** il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin, née à terme, eutrophique et qui a été admise à H7 de vie pour une détresse respiratoire néonatale en rapport avec un épanchement pleural bilatéral de tonalité hydrique. Le reste de l'examen physique, la biologie, ainsi que l'échographie cardiaque étaient sans anomalies. Le drainage pleural a ramené 130 ml de liquide épais de couleur jaune orange avec un taux de protides à 38 g/L, des Triglycérides à 5,17 mmol/L. La culture était négative. Le traitement s'est basé sur une ventilation mécanique conventionnelle, un drainage thoracique aspiratif et une nutrition parentérale exclusive. L'épanchement a récidivé après réalimentation orale nécessitant de continuer le drainage. Devant un chylothorax persistant à J 15 de vie avec un débit journalier de chyle (49 ml/kg), une pleurodèse chimique a été réalisée par Polyvidone iodée avec Instillation de 10cc de Bétadine® dermique 10% diluée à 4% puis rinçage par du sérum physio-

logique, clampage du drain pendant 5 heures puis déclampage. L'évolution a été marquée par le tarissement du chylothorax au bout de 48 heures. L'évolution a moyen et à long terme était favorable avec un recul de 5 ans. Observation 2: il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin, ayant une cardiopathie congénitale complexe de type ventricule droit à double issue avec vaisseaux transposés et sténose pulmonaire. Il a été opéré à l'âge de 13 mois avec mise en place d'un shunt cavo-pulmonaire (type Glenn). Quatre mois en post opératoire, il a été admis pour une dyspnée aigue et isolée avec à la radiographie du thorax un épanchement pleural droit de grande abondance. La perméabilité du shunt a été vérifiée à l'échocardiographie. Un chylothorax, a été suspecté et confirmé par la ponction pleurale ramenant un liquide opalescent avec un taux de protides à 36g/L et un taux de triglycérides à 29 mmol/L. Le traitement s'est basé sur une nutrition parentérale exclusive, un drainage thoracique et la Sandostatine (Octréotide). Une reprise chirurgicale a été décidée devant l'échec du traitement médical. L'enfant est décédé à 45 jours en post opératoire.

### **Conclusion**

Le pronostic du chylothorax dépend de son étiologie, ainsi que des modalités thérapeutiques utilisées. Son traitement n'est toujours pas consensuel. Les techniques les moins invasives restent à promouvoir ainsi que les conditions de réanimation post opératoires.

### **P38 - Circonstances et prise en charge du pneumothorax néonatal : État des lieux dans une unité niveau 2 B**

K. LASSOUED (1), O. BOUABDALLAH (1), K. CHRAÏET (1), A. GUEDRIA (1), S. BACHROUCH (1), M. BEN DHIAA (1), W. CHIKHAOUI (1), M. ELOUAER (1)

**Pédiatrie Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul (1)**

### **Introduction**

Le pneumothorax (PNO) néonatal est cause de détresse respiratoire, pouvant engager le pronostic vital. Il est soit spontané, en raison d'une atteinte pulmonaire sous-jacente ou iatrogène compliquant une assistance ventilatoire.

### **Objectifs**

Etudier les présentations cliniques et les facteurs associés au développement d'un pneumothorax chez les nouveau-nés ainsi que les difficultés de leur prise en charge dans une structure de niveau 2 B.

## **Matériel et méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive sur une période de deux ans.

## **Résultats**

Nous avons colligé 15 cas, soit une incidence hospitalière de 0,4 %. Le sexe ratio était égal à 1,5 avec une prédominance masculine. Tous les nouveau-nés avaient une détresse respiratoire néonatale (DRNN) à l'admission. Dans six cas, le PNO survenait chez des prématurés. La maladie des membranes hyalines et l'administration du surfactant exogène ont précédé la survenue du PNO dans trois cas. Une infection materno fœtale était suspectée chez 12 nouveaux nés comme cause de la DRNN initiale. Les circonstances de découverte du PNO étaient dominées par l'aggravation de la DRNN (n= 14). Le PNO était spontané chez 10 nouveaux nés, bilatéral dans deux cas. Sept nouveau-nés avaient besoin d'un drainage thoracique, pratiqué dans tous les cas après exsufflation. La durée du drainage était en moyenne de 53 heures [48h-8jours]. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire dans 11 cas. La durée moyenne du séjour était égale à 20 jours. L'évolution était défavorable dans quatre cas ; décès et des séquelles neurologiques dans deux cas chacune.

## **Conclusion**

Bien que le PNO fût plus fréquemment spontané dans notre série, cette complication est toujours à craindre chez tout nouveau-né en assistance ventilatoire. La ventilation en pression positive et l'utilisation des agents tensio-actifs exogènes favorisent cette complication.

## **P39 - Trouble du rythme symptomatique chez l'enfant : à propos d'une observation**

L. JALLOULI (1), K. CHRAIET (1), A. BETTAIEB (1), M. ELOUAER (1), S. BACHROUCHE (1), A. GUEDRIA (1), M. BEN DHIAA (1), J. KANZARI (1), W. CHIKHAOUI (1),

Service de Pédiatrie - Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul (1)

## **Introduction**

Les troubles du rythme sont rares chez l'enfant, mais non exceptionnels. En absence de cardiopathie, ils sont le plus souvent de bon pronostic. Le diagnostic peut être fait à l'occasion de symptômes non spécifiques; tel était le cas chez notre patient.

## **Objectifs**

Etudier la présentation clinique des extra systole ventriculaire et supra ventriculaire chez l'enfant et rechercher à travers une revue de la littérature les éléments de gravité et les indications du traitement

## **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective descriptive à partir du dossier médical du patient

## **Résultats**

J.A, enfant de sexe masculin âgé de 9 ans et aux antécédents de céphalée chronique, a été admis pour lipothymie et aggravation des céphalée depuis deux semaines. Il s'y associé par la suite un malaise général et une intolérance à l'effort. L'examen clinique à l'admission a objectivé: un enfant eutrophe, une TA à 100/60 mm de Hg, une bradycardie à 58 battements par minute avec une irrégularité du rythme cardiaque. L'ECG a montré un rythme sinusal, irrégulier par moment. Le bilan radiologique a comporté une radiographie du thorax ainsi qu'une échocardiographie, toutes les deux étaient sans anomalies. Devant la suspicion d'un trouble du rythme paroxystique, un Holter rythmique sur 24 heures a été pratiqué montrant une arythmie sinusale manifeste, régressant à la tachycardie. Il n'a pas été noté un trouble conducteur. Un deuxième holter a été fait au bout d'un mois et a montré les anomalies suivantes: présence de multiples extrasystoles supra ventriculaires (ESSV=5593), dont 382 était en salves et 103 évènements de trigéminisme supra ventriculaire. Après un bilan étiologique qui s'est révélé négatif, l'enfant a été mis sous traitement par bêta bloquants. L'évolution était favorable cliniquement avec régression des symptômes. Sur le plan électrique, une amélioration du tracés électrocardiographique sur 24 heures a été notée. La réduction du nombre des ESSV était à la moitié puis au quart au bout de trois et six mois de traitement respectivement.

## **Conclusion**

Les lipothymies et malaise chez l'enfant peuvent être négligés par le praticien. Un ECG normal n'exclue pas un trouble du rythme. Il faut prescrire un Holter rythmique devant des symptômes persistants et/ou s'aggravant à l'effort.

## **P40 - Bronchiolite en unité de réanimation pédiatrique du sud Tunisien : Facteurs pronostiques**

A. ELLEUCH (1), MA. ZGHAL (1), M. WALI (1), A. BEN HLIMA (1), L. GARGOURI (1),  
A. MAHFOUDH (1),

**Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax (1),**

### **Introduction:**

La bronchiolite du nourrisson demeure plus que jamais un vrai problème de santé publique dans le monde et surtout en Tunisie, pays dans les ressources thérapeutiques sont plus limités par rapport aux pays développés. Le devenir des nourrissons hospitalisés en réanimation est peu étudié et les données pronostiques sont quasi-inexistant.

### **Objectifs:**

Rendre compte de l'expérience d'une unité de réanimation pédiatrique dans cette affection avec comme objectif décrire les facteurs pronostiques de mortalité.

### **Matériel et méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective incluant les cas de bronchiolites virales hospitalisés entre Avril 2019 et Octobre 2019 à l'unité de réanimation du service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique de Sfax.

### **Résultats**

Trente et un nourrissons ont été inclus dans la période d'étude. L'âge médian à l'admission était de 3 mois (extrêmes 15 j-17 mois) , 25,8% étant né avant 37SA, (13% avant 32SA). En analyse univariée, les facteurs liés à la mortalité étaient le sexe ( $p=0.02$ ), la ventilation assistée ( $p<0.001$ ) et la durée de séjour en unité de soins intensifs ( $p=0.02$ ).

### **Conclusion**

Les bronchiolites admises en réanimation pédiatrique concernent surtout les petits nourrissons. Le recours à la ventilation assistée et la durée de séjour en unité de soins intensifs conditionnent le pronostic sous nos cioux.

## **P41 - Particularités du Syndrome de Guillain Barré chez l'enfant**

M. WELI (1), B. BEN AMAR (2), A. BEN HLIMA (1), B. MAALEJ (1), L. GARGOURI (1),  
N. REKIK (2), A. MAHFOUDH (1),

**Service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique (1), service des urgences et Samu 04 Sfax (2),**

### **Introduction**

Le syndrome de Guillain Barré constitue la première cause de paralysie flasque chez l'enfant. C'est une maladie rapidement progressive et habituellement réversible; cependant, peut engager le pronostic vital à sa phase aigüe ou bien garder des séquelles à long terme.

### **Objectifs**

Etudier le profil épidémiologique, clinique, biologique, thérapeutique et évolutif de 33 enfants présentant un syndrome de Guillan Barré.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de pédiatrie urgence et réanimation de l'hôpital Hedi Chaker de Sfax entre l'année 2005 et 2019.

### **Résultats**

L'âge moyen était de 4 ans et demi (1 an et demi - 13 ans). Le sexe ratio était de 51.1% à prédominance masculine. La majorité des patients étaient originaires des zones rurale 63.6%. Le pic d'hospitalisation était au printemps soit 45.2%. Le mode d'installation était subaiguë dans 81.8% des cas avec comme facteur déclenchant un syndrome pseudo-grippal dans 54.5% des cas. Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission était de 5.42 jours. Un déficit moteur était présent dans 97% des cas, de caractère ascendant et symétrique, type paralysie flasque dans 72.7% des cas et une quadri parésie dans 24.3% des cas. Des troubles de la sensibilité étaient observés chez 48.3% des patients. Trente pour cent des patients présentaient une détresse respiratoire à l'admission. Les troubles de déglutitions étaient présents dans 33.3% des cas. L'électromyographie objectivait une polyradiculonévrite aigüe dont la forme axonale était prédominante dans 40.6% des cas, la forme démyélinisante était présente dans 18.7% des cas et la forme axono-démyélinisante se trouvait chez 9.3% des malades. Le traitement faisait appel aux immunoglobulines associées à la kinésithérapie fonctionnelle. Des bolus de méthylprednisolone étaient administrés pour 2 patients. L'évolution à court terme a été favorable dans

90.9% avec un taux de mortalité nul. La durée moyenne de séjour en milieu de réanimation était de 9.79 jours. L'évolution à long terme était marquée par une récupération complète dans 69.7% des cas. Des séquelles étaient observés à type de steppage à la marche dans 24.2% des cas, et l'atténuation des réflexes ostéo-tendineux dans 21.2% des cas. Deux patients seulement présentaient une dysautonomie.

### **Conclusion**

Le syndrome de Guillain Barré est une urgence diagnostique et thérapeutique en pédiatrie. L'évolution classique est le plus souvent bénigne. Cependant, il garde un potentiel de sévérité qui ne doit pas être négligé.

## **P42 - Les douleurs thoraciques de l'enfant : Penser à l'embolie pulmonaire**

H. BEN BELGACEM (1), S. TILOUCHE (1), R. KEBAILI (1), S. KHATTECH (1), A. TEJ (1), N. SOYAH (1), J. BOUGUILA (1), L. BOUGHAMMOURA (1),

Service pédiatrie, CHU Farhat Hached Sousse (1),

### **Introduction**

Les douleurs thoraciques sont des motifs fréquents de consultation en pédiatrie. Ses étiologies sont multiples. L'embolie pulmonaire constitue une cause rare mais grave.

### **Objectifs**

Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, cliniques, étiologique et évolutif des enfants ayant développé une embolie pulmonaire.

### **Matériel et méthodes**

il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 5 ans (2014- 2018), colligent les cas d'embolie pulmonaire chez des enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse.

### **Résultats**

Cinq cas étaient répertoriés dont 1 garçons et 4 filles (sexe ratio=0.25). L'âge moyen était de 3 ans et 1 mois (11 mois à 6 ans et 8mois). Un terrain pathologique était retrouvé dans 60% des cas. Le motif de consultation était des douleurs thoraciques associées à une dyspnée et une tachycardie dans la majorité des cas (4/5). Les principales étiologies de l'embolie pulmonaire étaient : trouble de la coagulation, thrombose veineuse sur KT, endocardite infectieuse et envenimation vipérienne). Le



diagnostic a été fait dans la majorité des cas par un angioscanner thoracique (3/5). Sur le plan thérapeutique, tous les patients avaient nécessité une anticoagulation par HBPM puis relais par AVK. L'évolution était favorable dans 80% des cas. Le décès était survenu chez 1 patient et il était en rapport avec l'embolie pulmonaire.

Conclusion:

Ces observations soulignent la difficulté diagnostique vue la rareté de l'embolie pulmonaire en pédiatrie. Il faut y penser systématiquement devant des douleurs thoraciques chez l'enfant survenant sur un terrain prédisposant pour assurer une prise en charge précoce et adéquate.

### **P43 - Le syndrome de Miller Fisher chez l'enfant à propos de 2 cas**

M. WELI (1), B. BEN AMAR (2), A. BEN HLIMA (1), B. MAALEJ (1), L. GARGOURI (1), N. REKIK (2), A. MAHFOUDH (1)

Service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique (1), service des urgences et Samu 04 Sfax (2),

#### **Introduction**

Le syndrome de Miller-Fisher est une forme rare, touchant les nerfs crâniens, du syndrome de Guillain-Barré. Ce syndrome est caractérisé par une triade clinique à début brusque, avec ataxie à la marche, aréflexie, et ophtalmoplégie.

#### **Objectifs**

savoir diagnostiquer une maladie paralytique rare qui engage le pronostic vital et fonctionnel.

#### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons deux cas à propos de deux enfants qui se présentaient au service service de pédiatrie urgence et réanimation de l'hôpital Hedi Chaker de Sfax.

#### **Résultats**

Nous rapportons 2 cas de Miller Fisher chez 2 enfants. Observation n°1 : Une fille âgée de 2 ans et 2 mois était admise pour ataxie. A l'examen clinique, elle a présenté une aréflexie et une ophtalmoplégie cadrant avec une atteinte du 6ème nerf cranien associé à une paralysie faciale périphérique et des troubles de la déglutition. Le tableau s'installait 1 semaine après un épisode de gastroentérite. La ponction lombaire montrait une dissociation albumino-cytologique. L'imagerie cérébrale par résonance magnétique montrait une prise de contraste des racines de la queue

de cheval en rapport avec une polyradiculonévrite. L'électromyogramme objectivait une polyradiculonévrite aiguë sévère dans sa forme axonale. La conduite à tenir consistait à une cure de veinoglobuline, une corticothérapie et une kinésithérapie fonctionnelle. L'évolution était favorable avec régression progressive des troubles neurologiques et une récupération totale au bout de 5 mois. Observation n°2 : Une fille âgée de 5 ans et 8 mois était hospitalisée pour une instabilité à la marche apparu 10 jours suite à une gastroentérite. A l'examen ophtalmique on trouvait une diplopie et un ptosis en rapport avec une paralysie du 3ème nerf cranien. La patiente présentait une aréflexie, des troubles de déglutition et une tachypnée avec des signes de luttés nécessitant le recours à une assistance respiratoire. La ponction lombaire et l'imagerie cérébrale étaient sans anomalies. L'électromyogramme objectivait une polyradiculonévrite aiguë sévère dans sa forme axonale. Le traitement faisait appel à des cures de veinoglobuline, une corticothérapie. L'évolution était favorable gardant comme séquelles des troubles de l'accommodations.

### **Conclusion**

L'évolution du syndrome de Miller Fisher est en général bénigne hormis les complications surtout respiratoires. Une urgence diagnostique et thérapeutique s'impose afin de préserver le pronostic vital.

### **P44 - Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse induit par la vancomycine**

W. BARBARIA (1), H. SAHNOUN (1), I. HADJ SALAH (1), A. DKHIL (1), I. CHELLY (1), I. KHAMASSI (1)

**Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte (1),**

### **Introduction**

Les effets indésirables cutanés de la vancomycine les plus connus sont représentés par le « red man syndrome », les érythèmes maculo papuleux et la dermatose à Ig A linéaire. Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS à la vancomycine est rarement décrit dans la littérature. Il s'agit d'une forme de toxidermie dont la physio pathogénie est encore controversée.

### **Objectifs**

Le but de notre travail était de décrire un DRESS secondaire à l'administration de la Vancomycine.

## **Matériel et méthodes**

Etude de l'observation d'un nourrisson ayant présenté un DRESS à la vancomycine réversible sous corticothérapie.

## **Résultats**

Nous rapportons le cas d'un nourrisson âgé de 3 mois hospitalisé pour prise en charge d'une méningite. Il a été traité par vancomycine, céfotaxime et fluoroquinolone. Dix jours après le début de la vancomycine, il y a eu une réapparition de la fièvre associée à une éruption maculo papuleuse au début localisé au niveau du tronc avec un œdème de la face. L'éruption et l'œdème se sont rapidement généralisés. Le bilan biologique a montré une hyper éosinophilie. La vancomycine a été arrêtée. L'évolution était marquée par la persistance de la fièvre et de l'œdème. Le traitement par corticoïdes par voie générale était indiqué. L'évolution était favorable. L'éruption et l'œdème ont disparu au bout de 4 jours. Nous avons retenu le diagnostic de DRESS à la vancomycine avec un score régiSCAR à 4. L'hyper éosinophilie a persisté jusqu'à 3 semaines après l'arrêt de la vancomycine.

## **Conclusion**

Peu de cas de DRESS à la vancomycine sont décrits dans la littérature. Une surveillance stricte s'impose durant toute la durée de traitement. L'arrêt immédiat du médicament dès l'apparition des premiers signes permet d'éviter des complications pouvant être fatales.

# **Néonatalogie**

## **P45 - Prise en charge du bloc auriculo-ventriculaire congénital**

A. BOURAOUI (1), H. KAMOUN (1), S. KHLIF (1), D. LOUATI (1), A. BEN HAMED (1), M. CHARFI (1), C. REGAIEG (1), N. HMIDA (1), R. REGAIEG (1), D. ABID (2), S. KAMOUN (2), A. BEN THABET (1), A. GARGOURI (1),

**Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax (1), Service de cardiologie, CHU Hédi Chaker de Sfax (2)**

## **Introduction**

Le bloc auriculo ventriculaire (BAV) chez le nouveau-né est une affection rare et peut être potentiellement grave.

## **Objectifs**

Nous nous proposons de préciser les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette entité rare.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 10 nouveau-nés ayant présenté un trouble du rythme type BAV, hospitalisés dans le service de néonatalogie de Sfax, durant une période allant du Janvier 2004 à Aout 2018.

## **Résultats**

Il s'agissait de 6 garçons et 4 filles. 3 nouveau-nés uniquement étaient nés à terme. Une pathologie auto-immune maternelle était connue dans un seul cas. Il s'agissait d'une mère ayant un syndrome de Gougerot-Sjögren traité par corticothérapie. En postnatal le diagnostic était suspecté devant une bradycardie dans tous les cas. Cette bradycardie était associée à une insuffisance cardiaque chez 5 nouveau-nés. Le diagnostic était confirmé par l'électrocardiogramme dans tous les cas. Il s'agissait alors de 9 cas de BAV complet et un cas de BAV type II. Une échographie cardiaque a été réalisée pour tous les nouveau-nés. Elle a objectivé une CIA associée à une hypertrophie septale dans un cas et une myocardite rythmique transitoire dans un cas. Un bilan immunologique a été réalisé chez chaque couple mère / nouveau-né. Il a conclu à un syndrome de Gougerot-Sjögren maternel dans 7 cas, un lupus maternel dans un cas et une connectivité maternelle non étiquetée dans 2 cas. La prise en charge thérapeutique initiale a consisté en une simple surveillance clinique dans 2 cas et en un traitement médical à base d'Isuprel® dans les autres cas. Une électrostimulation par pace maker a été par la suite nécessaire chez 5 nouveau-nés. Trois nouveau-nés sont décédés dans les suites opératoires de l'implantation du pace maker. Pour les autres nouveau-nés l'évolution était favorable.

## **Conclusion**

Le BAV néonatal est une pathologie rare. Il est le plus souvent secondaire à une pathologie auto-immune maternelle. Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge qui doit être multidisciplinaire.

## **P46 - Prise en charge des rhabdomyomes cardiaques de diagnostic anténatal**

A. BOURAOUI (1), N. BOUZIDI (1), F. BOUDAYA (1), M. CHARFI (1), N. HMIDA (1), R. REGAIEG (1), D. ABID (2), S. KAMOUN (2), A. BEN THABET (1), A. GARGOURI (1)

**Service de néonatalogie, CHU Hédi Chaker de sfax (1), Service de cardiologie, CHU Hédi Chaker de sfax (2),**

### **Introduction**

Les tumeurs cardiaques sont rares chez l'enfant. Les rhabdomyomes en constituent de loin la tumeur la plus fréquente (0.02% - 0.08%). Elles sont habituellement de localisation intra myocardique multiples et accessibles au diagnostic anténatal.

### **Objectifs**

Nous nous proposons d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de cette entité rare.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de néonatalogie du CHU Hédi Chaker de Sfax entre 2009 et 2019 et portant sur 6 nouveau-nés ayant comme diagnostic un rhabdomyome cardiaque.

### **Résultats**

Il s'agissait de 5 filles et un garçon dont deux sœurs jumelles issues d'une grossesse gémellaire mono choriale et mono amniotique. Le diagnostic anténatal était établi dans tous les cas. Tous les nouveau-nés étaient nés à terme avec un poids de naissance moyen de 3208gr. A la naissance, tous les nouveau-nés étaient asymptomatiques. L'examen physique a révélé la présence d'hémangiomes de l'avant bras dans un cas et des taches achromiques dans 4 cas. L'échographie cardiaque postnatale a confirmé le diagnostic en objectivant des rhabdomyomes de localisation ventriculaire dans tous les cas. Une localisation multiple était retrouvée chez 4 nouveau-nés. La taille tumorale moyenne était de 16 \*10 mm. La tumeur était sans retentissement hémodynamique dans tous les cas. Le bilan rénal et ophtalmologique réalisés chez tous les nouveau-nés était sans anomalies. L'IRM cérébrale a été faite chez 4 enfants. Elle a objectivé des nodules sous épendymaires confirmant alors le diagnostic de la sclérose tubéreuse de Bourneville dans deux cas. Un parmi ces deux patients a présenté au cours du suivi des convulsions partielles qui étaient bien contrôlées sous traitement antiépileptique. Le suivi échographique a objectivé une

régression progressive jusqu'à disparition complète de tous les rhabdomyomes dans un délai moyen de 3 ans. L'évolution était favorable pour tous les patients avec un bon développement psychomoteur et staturo-pondéral.

### **Conclusion**

Les rhabdomyomes cardiaques disparaissent le plus souvent spontanément chez le nourrisson. Toutefois des complications mécaniques ou rythmiques sont possibles justifiant une surveillance échographique prolongée. Nous insistons sur l'importance du diagnostic prénatal et de la recherche systématique d'une sclérose tubéreuse de Bourneville dont les complications neurologiques conditionnent le pronostic.

### **P47 - Prise en charge de la communication inter auriculaire dès la période néonatale à l'adolescence. Expérience du service de néonatalogie de Mahdia**

A.YAHYAUI, A. OUALI (1), S. GHANMI (1), I. FEKIH (1), H. BEN HAMOUDA (1), H. SOUA (1)

Service de Néonatalogie CHU Taher Sfar Mahdia (1),

### **Introduction**

La communication inter auriculaire (CIA) constitue une cardiopathie congénitale très polymorphe dans ses présentations cliniques et ses aspects évolutifs. Le pronostic est conditionné par l'association à d'autres malformations cardiaques.

### **Objectifs**

Préciser les aspects diagnostiques, évolutifs et thérapeutiques des CIA

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective portant sur 39 cas de CIA sur une période de 7 ans (2012 -2019) suivi au service de néonatalogie de Mahdia.

### **Résultats**

L'âge moyen du diagnostic de CIA était de 62,51 jours . Un souffle à l'auscultation cardiaque était présent chez 74,4% des patients avec un âge moyen de découverte de 24,15 jours. Le pourcentage d'hospitalisation en néonatalogie était de 61,5% dont 28,2% pour une détresse respiratoire avec une durée moyenne d'hospitalisation de 4,79 jours .Le type de CIA le plus fréquent était l'ostium secundum avec une fréquence de 97,4%.La largeur moyenne était de 4,68mm . La CIA était isolée dans

51,3% des cas et associée à une communication inter ventriculaire dans 12,8% des cas. la majorité des cas était asymptomatique et une cyanose ou une dyspnée ne survenait que dans 12,8% des cas . La conduite initiale était une surveillance échographique dans 79, 5% des cas avec une évolution favorable et fermeture spontanée ou une régression du CIA dans plus de la moitié des enfants. l'âge moyen de fermeture tous cas confondu était de 6 mois. Une hypothyroïdie était présente dans 10,3% des cas , une trisomie 21 dans 7.7% et la complication respiratoire dans 25,6% . La durée moyenne de suivie est de 22 mois et le taux de mortalité est de 5,1%

### **Conclusion**

la CIA est une cardiopathie congénitale généralement asymptomatique d'évolution favorable L'importance du suivi échographique régulier pour indiquer à temps une intervention de fermeture .

### **P48 -Profil épidémiologique et évolutif des suspicions de chorioamniotite**

I. SELMI (1), R. BEN KHÉLIFA (1), A. GUIZANI (1), E. MARMECHE, Z. KHLAYFIA (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

**Service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa (1)**

#### **Introduction**

La chorioamniotite est une pathologie fréquente au cours de la grossesse. Elle est définie comme une inflammation des membranes amniotiques, de la plaque chorale et du cordon ombilical. Plusieurs facteurs anamnestiques, cliniques et biologiques plaident en faveur de cette affection mais la confirmation reste histologique.

#### **Objectifs**

Rechercher les facteurs prédictifs anamnétiques, cliniques et biologiques de la chorioamniotite. Evaluer le profil évolutif des nouveau-nés hospitalisés pour suspicion de chorioamniotite.

#### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, comportant 38 cas de nouveau-nés hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim pour suspicion de chorioamniotite, et ce durant une période de 10 mois (Janvier-Septembre 2019). Les données maternelles et néonatales ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

## Résultats

Nous avons colligé 29 cas de nouveau-nés hospitalisés pour suspicion de chorioamniotite. Le diagnostic de chorioamniotite a été suspecté chez toutes les parturientes présentant une fièvre en per-partum > 38°C. L'âge maternel moyen était de 29.2 ans. 11 patientes (38%) avaient une RPM > 12H. 6 parturientes (20%) avaient une hyperleucocytose et 9 (31%) avaient une CRP élevée. 12 femmes (41.4%) avaient un virage du liquide amniotique en per-partum. Une tachycardie fœtale a été objectivée dans 8 cas (27.6%). Le sexe ratio des nouveau-nés était de 1.07. Le poids de naissance moyen était de 3296 g avec des extrêmes allant de 1060 g à 4200 g. Quatre nouveau-nés étaient symptomatiques à la naissance (13.8 %) dont 2 avaient une détresse respiratoire néonatale (6.8 %), un avait présenté des vomissements (3.4 %) et un autre était fébrile à j3 de vie (3.4%). Le dosage de la protéine C-réactive était réalisé chez tous les bébés et elle était élevée (> 10 mg/l) dans 5 cas (17 %). Un seul cas de thrombopénie a été observé. Sur le plan bactériologique, l'hémoculture a été réalisée systématiquement, elle était positive dans un seul cas, isolant un streptocoque hémolytique ; elle était négative dans 11 cas et le résultat n'a pas été précisé dans le reste des cas. La ponction lombaire a été réalisée chez 5 nouveau-nés, dont un présentait une fièvre à j3 de vie et quatre avaient une CRP > 50mg/l, elle était négative dans les 5 cas. Le traitement antibiotique était débuté dès la naissance chez tous les bébés à base de Céfotaxime et Gentamicine. La durée moyenne était de 5 jours avec des extrêmes allant de 3 jours à 14 jours. Au terme de ce bilan, seul un cas d'infection néonatale a été confirmé (3.4%), 5 cas d'IMF probable (17.2%) et 23 cas d'infection néonatale infirmée (79.3%).

## Conclusion

La suspicion de chorioamniotite est un motif d'hospitalisation fréquent en néonatalogie. Bon nombre d'hospitalisations nous paraissent abusives, d'autant plus que le diagnostic est suspecté devant une fièvre maternelle isolée. Une étude prospective afin de rechercher une éventuelle corrélation entre les données anatomopathologiques et les facteurs anamnésiques, cliniques et biologiques est fortement souhaitable dont le but est d'éviter une antibiothérapie empirique chez des nouveau-nés souvent sains.



## **P49 - Etat des lieux des facteurs de risque de la mortalité des infections liée aux soins : étude prospective dans un centre de néonatalogie**

O. MHAMDI (1), M. BELLALAH (1), O. MGHIRBI (1), A. GHAITH (1), I. KACEM (1), S. NOURI (1), J. MATHLOUTHI (1) , N. MAHDHAOUI(1)

Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité et de Néonatalogie de Sousse (1)

### **Introduction**

Les infections liées aux soins (ILS), particulièrement en milieu néonatal, représentent un problème majeur de santé publique du fait de coûts humains et financiers considérables, de leur morbi-mortalité élevée et de la durée prolongée des hospitalisations. Ces infections sont particulièrement graves vue la fragilité du terrain (en particulier les prématurés et les faibles poids de naissance) et la multiplicité des actes invasifs avec un taux assez considérables occasionnant un défi pour les système de santé dans tous ces constituant. En Tunisie, les données épidémiologiques sont insuffisantes et les résultats sont discordants et nous ne disposons que de quelques données ponctuelles, d'où l'intérêt d'actualiser les donner.

### **Objectifs**

Etudier les facteurs de risques associés à la mortalité des infections liées au soins

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive, longitudinale prospective menée dans le service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité et de Néonatalogie de Sousse (CMNS) sur une période d'une année, allant du 1er octobre 2017 au 30 septembre 2018. analyses des donn é était fait par logiciel SPSS

### **Résultats**

Pendant la période d'étude, un total de 2229 patients était admis dans le service de néonatalogie du CHU Farhat Hached. Cent vingt-six (126) nouveau-nés ont été inclus dans l'étude. un sex-ratio (H/F) de 1,44. Parmi les 126 nouveau-nés infectés, 41 étaient décédés, Ils représentent 32.54% des ILS et 25,94 % du total des décès du sevcies toutes causes confodues ( 41/158) survemus aucours de la période de l'étude . Le décès était imputable à l'infection liée aux soins chez 37 malades, soit un taux de létalité de 29.36 %. Les 41 décès de notre cohorte étaient répartis en 28 prématurés contre 13 nouveau-nés à terme. Le taux de mortalités des prématurés est de 22,22% contre 10.31% chez les nouveau-nés à terme. La prématurité était un fac-

teur de risque liée à la mortalité avec une différence statistiquement significative ( $p=10^{-4}$ ). Chez les patients avec un poids de naissance inférieur à 1000g, le taux de mortalité était de 100%. Cette tranche de NN représentait 15% des cas d'ILS décédés. Vingt deux cas d'ILS décédés avaient une maladie de membrane hyaline soit un taux de (73.3%) versus 8 cas (26.7%) chez les survivants avec une différence statistiquement significative ( $p=10^{-4}$ ). Le RCIU était associé à un risque significatif de mortalité avec un  $p=0.05$ . Trente neuf nouveau-nés décédés ont bénéficié d'un KTVO soit 95.1% ( $p=0.001$ ). 23 NN ont bénéficié d'un KT épicutanéocave soit 56.1% ( $p=0.026$ ), 34 patients décédés ont nécessité le recours aux amines vaso-actives ( $p=10^{-4}$ ). Le taux de septicémie chez les décédés était de 68.3% ( $p=0.018$ ). *S. marcescens* était la bactérie la plus retrouvée chez les nouveau-nés décédés ( $p=0.002$ ). Les facteurs de risque de façon indépendante à la survenue de mortalité chez les NN infectés étaient le soutien hémodynamique et la présence d'une maladie des membranes hyalines augmentant le risque de mortalité respectivement de 19 et de 6

### **Conclusion**

Les ILS des nouveau-nés présentent bien des particularités, tant au niveau de leur définition, leurs facteurs de risque. En raison de leur morbi-mortalité lourde, un protocole de prévention des ILS codifié doit être mis en œuvre avec la création d'un comité de surveillance multidisciplinaire au sein de l'hôpital

## **P50 - Prévalence et circonstances de diagnostic des cardiopathies congénitales dans un service de néonatalogie de Tunis**

A. AKKARI (1), S. REBEH (1), M. BEN ALI (1), M. BOUSLAH (1), I. AYADI (1), E. BEN HAMIDA (1), Z. MARRAKCHI (1),

**Service de Néonatalogie. Hôpital Charles Nicolle de Tunis (1)**

### **Introduction**

Les cardiopathies congénitales (CC) sont les malformations congénitales les plus fréquentes, représentant le tiers des malformations congénitales majeures. Elles sont pourvoyeuses d'une lourde morbi-mortalité néonatale et infantile.

### **Objectifs**

L'objectif de notre travail était de déterminer la prévalence, les circonstances de diagnostic et la prise en charge des CC dans un service de néonatalogie de Tunis.

## **Matériel et méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective colligeant les observations de CC enregistrées au service de néonatalogie de l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis, sur une période quatre ans (janvier 2016 – novembre 2019). Nous avons inclus les cardiopathies congénitales dont le diagnostic a été confirmé par échocardiographie où à l'examen fœtopathologique des morts nés. Nous avons exclu les anomalies cardiaques non malformatives.

## **Résultats**

Pendant la période de l'étude, nous avons enregistré 11763 naissances totales (NT), le nombre de CC enregistrées était de 87 cas (80 naissances vivantes, quatre morts-fœtales in-utéro et trois interruptions de grossesse), soit une prévalence de 7.39 ‰ NT. La grossesse était régulièrement suivie avec un nombre moyen de consultations prénatales de  $7 \pm 3$ . Une consanguinité a été notée dans 17 cas. Des antécédents familiaux de cardiopathies congénitales ont été relevés dans six cas. Un diabète pré-existant à la grossesse a été noté chez dix parturientes dont huit cas de diabète de type 1. Une dysgravidie a été notée dans 52.2 % des grossesses dont 23 cas (25.6%) de diabète gestationnel. Le taux de diagnostic anténatal était de 38.5 % (35 cas). Les naissances étaient eutrophiques dans 61,1% des cas. L'anomalie congénitale la plus fréquente était la communication inter ventriculaire, retrouvée dans 31 cas, elle était soit isolée soit associée à une cardiopathie complexe. Une transposition des gros vaisseaux, une coarctation de l'aorte et une tétralogie de Fallot étaient retrouvées dans respectivement 11, trois et trois autres cas. Une association syndromique était notée dans deux cas, un syndrome de CHARGE et un syndrome de VACTEREL. Le recours à une ventilation mécanique initiale était nécessaire dans 32 cas et le recours à la Prostine dans 28 cas. Sept nouveau-nés ont eu une chirurgie curative. L'évolution était favorable chez 59 nouveau-nés.

## **Conclusion**

Nous avons relevé une prévalence élevée de cardiopathies congénitales. Le taux de diagnostic anténatal demeure insuffisant malgré un suivi régulier des grossesses. La prise en charge était optimale chaque fois qu'elle a été démarrée en anténatal en concertation pluridisciplinaire.

## **P51 - La Maladie des Membranes Hyalines : prévalence et prise en charge**

M. BOUCHOUICHA (1), E. TRABELSI (1), H. CHAFALI (1), M. BEN ALI (1), E. BEN HAMIDA (1), Z. MARRAKCHI (1),

**Service de Néonatalogie. Hôpital Charles Nicolle de Tunis (1),**

### **Introduction**

La maladie des membranes hyalines (MMH) représente une cause majeure de détresse respiratoire chez les nouveau-nés particulièrement prématurés. En Tunisie, elle représente un véritable problème de santé publique, source d'une part importante de la mortalité néonatale.

### **Objectifs**

L'objectif de notre travail était d'évaluer sa prévalence, ses caractéristiques cliniques et sa prise en charge thérapeutique.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale, menée au sein du service de Néonatalogie de l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de deux ans allant du 1er janvier 2017 au 31 Décembre 2018. Nous avons colligé toutes les observations de maladie de membranes hyalines. Nous n'avons pas inclus les naissances issues d'une interruption médicale de la grossesse ou celles présentant une anomalie congénitale majeure.

### **Résultats**

Nous avons colligé 65 cas de MMH sur 5815 naissances vivantes (NV) soit une prévalence de 1.11% NV. Le sex-ratio était de 1.2 (36/29). L'âge gestationnel (AG) moyen était de  $30.95 \pm 2.67$  SA [26-37] avec un poids de naissance moyen de  $1603.15 \pm 612.52$ g [630-3150]. L'AG était  $< 29$ SA dans 13.8 % des cas (9 /65), [29-33SA[ dans 53.8 % des cas (35/65), [33-37[ dans 32.3% des cas (21/65) et un nouveau-né à terme de 37 SA. Un poids de naissance inférieur à 1000 g était noté dans 12.3 % des cas. Les grossesses étaient induites dans 15.4% des cas (10/65). Elles étaient gémellaires dans 13.84% des cas (9/65) avec deux grossesses triplets. Le suivi des grossesses était conforme jusqu'au terme dans 89.2% des cas. Un diabète gestationnel et une pré éclampsie ont été notés dans respectivement 21.5% et 43.1% des grossesses. Une chorioamnionite a été notée dans 12.3 % des cas. Une souffrance fœtale chronique a été notée dans 21.5% des cas et une souffrance fœtale

aigue dans 10.9% des cas. Une corticothérapie anténatale a été administrée dans 56.9% des cas (37/65). L'accouchement a eu lieu par césarienne dans 87.7% des cas (57/65). Le recours à une VACI de première intention a été noté dans 89.2% des cas (58/65). La FiO<sub>2</sub> initiale était supérieure à 60% dans 64.1% des cas. Le recours à l'INSUREX était noté dans huit cas (12.5%). La durée moyenne de la ventilation invasive était de  $5.45 \pm 5.18$  jours. La durée moyenne de l'oxygénothérapie était de  $14.48 \pm 13.75$  j [1-58]. Le diagnostic d'une dysplasie broncho-pulmonaire a été retenu dans cinq cas (7.8%). Une hémorragie intraventriculaire a été retrouvée dans 30.2% des cas (19/65) et des lésions évocatrices de leucomalacie péri ventriculaire dans 30.2% des cas (12/65). La mortalité hospitalière globale était de 28.1% (18/65). L'âge gestationnel moyen des nouveau-nés décédés était de  $28.78 \pm 2.36$  [26-34]. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $31.85 \pm 24$  j [7-150].

### **Conclusion**

La MMH est fréquente. Elle représente une source majeure de mortalité néonatale hospitalière. Sa prévention demeure primordiale ainsi que l'optimisation de la prise en charge néonatale.

### **P52 - Encéphalopathie Hypoxo-Ischémique du nouveau-né à terme: prévalence et pronostic néonatal**

M. JAOUADI (1), A. FERJANI (1), A. BEN ZINA (1), M. BEN ALI (1), E. BEN HAMIDA (1), Z. MARRAKCHI (1)

**Service de Néonatalogie. Hôpital Charles Nicolle de Tunis (1),**

### **Introduction**

L'encéphalopathie anoxo-ischémique (EAI) est une complication néonatale redoutable de toute asphyxie périnatale. Sa prévalence est estimée à 1 à 6 par mille naissances à terme. Elle est grevée d'une lourde mortalité (15 à 20 %) avec un risque important de séquelles cognitivo-motrices (25%).

### **Objectifs**

L'objectif de notre travail était de déterminer sa prévalence, ses circonstances de survenue et la morbi-mortalité néonatale qui lui est associée.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, incluant tous les nouveau-nés à

terme, ayant présenté une EAI au cours d'une asphyxie périnatale et hospitalisés au service de réanimation néonatale de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis, durant une période de sept ans (2011-2017). Nous avons exclu les nouveau-nés présentant des anomalies congénitales majeures.

### **Résultats**

Durant la période d'étude, nous avons colligé 112 cas d'EAI sur 25 871 naissances vivantes (NV), soit une prévalence de 4.3‰ NV, classées respectivement stade 1-2 et 3 de Sarnat dans 77/112 (68%), 15/112 (13.4%) et 20 /112 cas (17.8%). Le sex-ratio était de 1,24 (62/50). La grossesse était régulièrement suivie dans 92.8 % des cas. Une dysgravidie était notée dans 12.7% des cas. L'âge gestationnel moyen était de 39 SA  $\pm$  1.37 [37-42SA]. L'entrée en travail était spontanée dans 71.8% des cas. Une souffrance fœtale aigüe était notée dans 46.7% des cas (49/112). L'accouchement a eu lieu par césarienne dans 39.6 % des cas et il était instrumental par Forceps dans 24,1 % des cas. L'accouchement était dystocique dans 27.7 % des cas. Un hématome rétro-placentaire était noté dans deux cas et une procidence du cordon dans deux autres. Le poids de naissance moyen était de 3321.16 $\pm$  498g. Un faible poids de naissance était noté dans 5.4% des cas et une macrosomie dans 8 % des cas. Une réanimation lourde avec intubation en salle de naissance était nécessaire dans 52.3 % des cas. Les scores d'Apgar moyens à 1 et à 5 mn de vie étaient respectivement à 3 $\pm$ 2 et 6 $\pm$ 2. Le pH sanguin moyen à la première heure de vie était <7 dans 7.2 % des cas et < 7.20 dans 27.8 % des cas. Le recours à une ventilation mécanique était nécessaire dans 41.4 % des cas avec une durée moyenne de ventilation de 3.4  $\pm$  4 jours. Les diagnostics d'une détresse respiratoire transitoire, d'une alvéolite infectieuse et d'une inhalation méconiale associés ont été retenus dans respectivement 24.1 %, 8 % et 9.8 % des cas. Un décès hospitalier était noté dans 11.7 % des cas (13/112) avec un âge moyen de décès de 2.31 $\pm$ 1.7j. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8.54 $\pm$ 7j avec une médiane à 6j [1-44].

### **Conclusion**

La prévalence de l'encéphalopathie anoxo-ischémique demeure élevée malgré un suivi régulier des grossesses avec une morbi-mortalité importante.

## **P53 - Déterminants de la mortalité hospitalière des cardiopathies congénitales à révélation néonatale**

F. AYARI (1), Y. SDIRI (1), E. CHERIFI (1), W. BELHAJAMMAR (1), N. BENAMEUR (1), M. CHEOUR (1), S. KACEM (1)

**Service de médecine et réanimation néonatale CMNT (1)**

### **Introduction**

La défaillance cardiaque et l'hypoxie aiguë constituent un mode d'expression fréquent des cardiopathies congénitales en période néonatale, source de mortalité et de morbidité élevée. Malgré les progrès des techniques et des moyens de diagnostic ainsi que la prise en charge au moment opportun des cardiopathies congénitales, ces affections demeurent grevées d'une morbidité importante et d'un taux de mortalité non négligeable.

### **Objectifs**

Déterminer les principaux facteurs de mortalité hospitalière des cardiopathies congénitales en période néonatale.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique colligeant tous les nouveau-nés (NN) porteurs de CC dans sept services de pédiatrie et de néonatalogie en Tunisie (de niveau III de soins néonataux) sur une période de deux ans allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2015 au 31 Décembre 2016.

### **Résultats**

Nous avons retrouvé 128/300 cas de cardiopathies congénitales étudiées. La mortalité globale était de 37% au cours du séjour en néonatalogie. Nous avons retrouvé 20 décès parmi 27 nouveau-nés qui sont nés « out-born »,  $p=0.498$ . Un antécédent de cardiopathie était retrouvé dans 5/128 nouveau-nés décédés vs 4/172 dans le groupe de nouveau-nés ayant survécu. Le diagnostic anténatal était posé chez 50/128 dans le groupe des décédés, vs 33/172 dans l'autre groupe,  $p<0,05$ . Le type de cardiopathie congénitale cyanogène était significativement associé à une augmentation de la mortalité,  $p=0,003$ . le RCIU était également un facteur déterminant de la mortalité dans notre étude,  $p=0,0012$ . Une prise en charge interventionnelle palliative était significativement associée à une augmentation de la mortalité,  $p=0,002$

## **Conclusion**

Dans notre étude la mortalité hospitalière des cardiopathies congénitales révélées en période néonatale était majorée en cas de diagnostic anténatal défectueux, de faible poids de naissance, de cardiopathies cyanogènes et par obstacle ainsi qu'en cas de traitement palliatif.

## **P54 - Diagnostic anténatal d'un rhabdomyome intra-cardiaque révélant une sclérose tubéreuse de Bourneville**

I. BOUDICHE (1), O. AZZABI (1), I. SELMI (1), E. MARMECH (1), Z. KHELEYFIA (1), H. OUERDA (1), S. Halioui(1), A. Maherzi (1), N. Siala (1),

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

## **Introduction**

Le rhabdomyome cardiaque est une tumeur bénigne liée à une prolifération de cellules musculaires striées. Il peut représenter la première manifestation d'une sclérose tubéreuse de Bourneville (STB), pathologie autosomale dominante, à laquelle il est associé dans 60 à 80% des cas.

## **Objectifs**

Evoquer le diagnostic de STB devant un rhabdomyome cardiaque.

## **Matériel et méthodes**

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né ayant une STB chez qui le diagnostic de rhabdomyome cardiaque a été fait en anténatal.

## **Résultats**

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin, issu d'un mariage non consanguin et d'une mère âgée de 20 ans, suivie pour STB. L'échographie obstétricale avait montré à 25 SA la présence de deux volumineuses formations tissulaires hyperéchogènes, intéressant les ventricules droit et gauche, mesurant respectivement 23\*25mm et 11\*6mm, dont la plus volumineuse occupe la presque totalité du ventricule. L'accouchement a eu lieu à terme. Le PN était de 2800g. Il existait un souffle systolique au foyer aortique. Il n'y avait pas de signes d'insuffisance cardiaque. L'ECG a montré un rythme régulier sinusal, il n'y avait pas d'anomalie de la repolarisation ou de la conduction. Par ailleurs, il n'y avait pas de taches cutanées achromiques. L'examen neurologique était normal. L'échographie cardiaque faite au 3ème jour de vie



avait montré au niveau du ventricule gauche deux masses au dépend de sa paroi postérieure, l'une proche de la valve mitrale et l'autre apicale. Au niveau du ventricule droit, il existe une énorme masse obstruant la tricuspide. L'évolution s'est faite par l'apparition de crises convulsives hémicorporelles gauches. La TDM cérébrale a révélé la présence de calcifications sous épendymaire. L'IRM cérébrale est prévue.

### **Conclusion**

Les rhabdomyomes cardiaques sont souvent de bon pronostic étant donné leur capacité de régression spontanée, voire d'involution totale. Ils nécessitent une surveillance échographique transthoracique régulière. Quand ils surviennent dans un contexte de STB plusieurs autres facteurs pronostiques entrent en jeu notamment neurologiques.

### **P55 - Hydrocéphalie récurrente dans une famille: Penser aux dystroglycanopathies.**

R. BEN AZIZA (1), O. AZZABI (1), Y. LAARIBI (2), I. SELMI (1), E. MARMECH (1), Z. KHLEYFIA (1), H. Ouerda (1), S. Halioui (1), A. Maherzi (1), L. Ben Jemaa (2), N. Siala (1)

Service de pédiatrie et Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim la Marsa (1), Maladies congénitales et héréditaires, Hôpital Mongi Slim (2),

### **Introduction**

Les dystrophies musculaires congénitales en relation avec des anomalies de la glycosylation forment un groupe hétérogène de maladies génétiques à transmission autosomique récessive en rapport avec plusieurs gènes distincts. Parmi ces derniers, on retrouve le gène qui code pour la protéine O-mannosyltransferase 1 (POMT1) dont la fonction est la stabilisation des fibres musculaires et la migration des neurones durant la vie fœtale. Les dystrophies musculaires sont très souvent associées à une anomalie cérébrale et/ou oculaire.

### **Objectifs**

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né ayant une atteinte cérébro-oculo-musculaire en rapport avec une dystroglycanopathie confirmée génétiquement.

Matériel et méthodes:

Il s'agit de l'étude d'une famille ayant une hydrocéphalie récidivante lors de deux grossesses et chez qui une dystroglycanopathie a été diagnostiquée.

## Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, issu d'un mariage consanguin, d'une mère GV PI (3 FCS et une interruption thérapeutique de la grossesse pour hydrocéphalie majeure, caryotype 46XX). Le suivi anténatal a retrouvé une hydrocéphalie majeure avec agénésie du corps calleux et agénésie vermienne. Le caryotype sur liquide amniotique est 46 XY. L'accouchement a eu lieu par césarienne à terme. L'examen a noté un nouveau-né eutrophique, présence d'une macrocranie (PC à 41cm), leucocorie à droite et microphthalmie à gauche, hypotonie généralisée avec aréflexie aux 4 membres, micropénis et hypospadias. Le taux des CPK et des LDH étaient respectivement de 1539 U/L et 1738 U/L. La TDM cérébrale a mis en évidence une malformation type Dandy Walker. L'échographie orbitaire a révélé à gauche une microendophtalmie, une cataracte et un aspect évoquant la persistance hyperplasique du vitré primitif. La biopsie musculaire n'était pas concluente. L'étude Génétique a mis en évidence une mutation à l'état homozygote de l'exon 5 du chromosome 9 du gène POMT1 confirmant le diagnostic de dystrophie musculaire de type alpha-dystroglycanopathie.

## Conclusion:

L'association atteinte cérébrale, musculaire et oculaire doit faire rechercher une dystroglycanopathie qui est en rapport avec des mutations de plusieurs gènes distincts dont le gène qui code pour la POMT1.

## P56 - Quand le cœur du nouveau-né s'emballe : La tachycardie supraventriculaire

N. BRAHIM (1), E. MARMECH (1), I. SELMI (1), Z. KHLEYFIA (1), H. OUERDA (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

Service de pédiatrie et Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim la Marsa (1),

## Introduction

Les troubles du rythme cardiaque peuvent survenir à tout âge. La tachycardie supraventriculaire est l'arythmie la plus fréquente chez l'enfant. La tolérance est variable. Des symptômes d'insuffisance cardiaque voire de collapsus cardiovasculaire sont fréquents lors du diagnostic. La prise en charge doit être précoce et adéquate.

## Objectifs

Evoquer un trouble du rythme notamment une tachycardie supraventriculaire devant un nouveau-né ayant une défaillance hémodynamique.

## **Matériel et méthodes**

Rapporter une observation d'un nouveau-né ayant une défaillance hémodynamique en rapport avec tachycardie supraventriculaire.

## **Résultats**

Il s'agit du nouveau-né Yassine, issu d'un mariage non consanguin, né à terme par césarienne. La grossesse était bien suivie compliquée d'hydramnios à 22SA sans étiologie déterminée. Le nouveau-né a été hospitalisé pour prise en charge d'une détresse respiratoire néonatale immédiate et mis sous oxygénothérapie. Le bilan infectieux et la radiographie du thorax étaient sans anomalies. L'évolution a été marquée par une persistance de la détresse respiratoire et l'altération de l'état hémodynamique avec tachycardie et allongement du TRC, après 4 jours d'hospitalisation. Une infection liée aux soins a été suspectée, et le nouveau-né a été mis sous antibiothérapie à large spectre et drogues vasoactives. Devant la non réponse au traitement, la négativité du bilan infectieux et la persistance d'une tachycardie extrême, le diagnostic a été remis en question. Un électrocardiogramme a été réalisé montrant une tachycardie supraventriculaire à 260 battements par minute avec les ondes P invisibles et les complexes QRS étroits. Après échec des manœuvres vagues, le nouveau-né a été mis sous Amiodarone permettant une réduction de la fréquence cardiaque. Une échocardiographie a été réalisée montrant un retour veineux pulmonaire anormal partiel et une valve tricuspide Ebstein. Un angioscanner thoracique fait a infirmé le RVPA. Après la stabilisation de son état, le nouveau-né a été adressé pour complément de prise en charge spécialisée en cardiologie pédiatrique.

## **Conclusion**

Les troubles du rythme cardiaque se présentent de façon variable selon l'âge. Chez les nouveau-nés, les tachycardies supraventriculaires peuvent passer inaperçues comme elles peuvent engendrer une défaillance hémodynamique. Leur diagnostic précoce est une urgence thérapeutique pour éviter une évolution fatale.

## **P57 - Communication inter-ventriculaire: Quand évoquer une délétion 22 Q11**

O. AZZABI (1), A. GUIZANI (1), I. SELMI (1), E. MARMECH (1), Z. KHELEYFIA (1),  
H. OUERDA (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), N. SIALA (1),

**Service de pédiatrie et Néonatalogie, Hôpital Mongi Slim la Marsa (1),**

### **Introduction**

Le syndrome lié à la délétion 22Q 11 comporte des manifestations cliniques variables dont aucune n'est pathognomonique. La présence d'une cardiopathie conotruncale en est fortement évocatrice et impose sa recherche.

### **Objectifs**

Attirer l'attention sur le fait qu'une communication inter-ventriculaire (CIV) conale avec malalignement du septum conal, considérée comme une cardiopathie conotruncale, doit faire rechercher une délétion 22Q 11.

### **Matériel et méthodes**

Rapporter l'observation d'un nouveau-né ayant une CIV haute sous aortique dans le cadre d'un syndrome lié à la délétion 22Q 11.

### **Résultats**

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, issu de parents non consanguins et d'une mère âgée de 37 ans. Il est né à 35 SA avec un poids de 2600g, un PC de 33 cm et une taille de 48 cm. L'examen a noté des oreilles mal ourlées ainsi que des doigts et des orteils longs. Il a présenté une détresse respiratoire néonatale. L'examen cardio-vasculaire a noté une tachycardie avec un bruit de galop et un souffle systolique latéro-sternal gauche. Les pouls étaient tous palpables. La radiographie thoraco-abdominale a montré une cardiomégalie et un thymus présent. L'échographie cardiaque a mis en évidence une CIV sous aortique de taille moyenne (8 mm) à shunt gauche droite, une HTAP à 60 mmHg et une dilatation des cavités droites. L'évolution était bonne sous un vasodilatateur artériolaire. La dysmorphie faciale ainsi que la présence d'une CIV sous aortique ont fait suspecter le diagnostic d'un syndrome de délétion 22Q 11. L'hybridation fluorescente in situ (FISH) a confirmé la présence de cette microdélétion.

## **Conclusion**

En période néonatale, les signes cliniques évoquant un syndrome lié à la délétion 22Q 11 peuvent être discrets. La présence d'une cardiopathie conotruncale fait souvent suspecter le diagnostic. Parmi les CIV, seule la CIV sous aortique fait partie de ce type de cardiopathie.

## **P58 - Intérêt du paracétamol devant un canal artériel persistant**

R. LABBAOUI (1), N. BRINI (1), A. FATNASSI (1), N. BALHOUDI (1), H. MEJAOUEL (1)  
SERVICE DE PÉDIATRIE DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE IBN ALJAZZAR KAIROUAN (1),

### **Introduction**

La persistance de CA représente environ 10 % des cardiopathies congénitales. Elle est plus fréquente chez le prématuré avec syndrome de détresse respiratoire et en cas d'embryopathie rubéolique. Sa persistance peut être à l'origine de souffrance hémodynamique et respiratoire. D'où on vous présente un nouveau-né qui a présenté un canal artériel persistant.

### **Objectifs**

Intérêt de l'utilisation du paracétamol devant un canal artériel hémodynamiquement significatif

### **Matériel et méthodes:**

On vous présente le cas d'un nouveau-né admis à notre service pour une détresse respiratoire différée à H 12 de vie. Il est issu d'une grossesse bien suivie sans particularités, sérologies faites sans particularités. Accouché par voie basse avec un Apgar correct à 9/10. A H 12 de vie le nouveau-né a été hospitalisé pour une détresse respiratoire avec difficulté de tété. A l'examen, il présentait une polypnée à 72 cycles/min ; un tirage sous et intercostal marqué une acrocyanose avec une saturation à l'air ambiant à 88%. A l'auscultation on avait un souffle systolo-diastolique de 3/6 ème, sans crépitations ni sibilant. A la palpation abdominale, pas d'hépatomégalie. Il a été mis initialement sous CPAP pendant les premières 6 heures, mais il a développé une hypercapnie à 75 mmHg sans amélioration des signes de luttés marqués. D'où il a été intubé et ventilé en mode VACI.

### **Résultats**

Une échographie cardiaque a été menée à H 36 de vie qui a montré un canal arté-

riel persistant de 7 mm, avec une HATP modérée. Le patient a été gardé intubé et sous ventilation mécanique pendant 4 jours, un traitement à base de paracétamol à la dose de 60mg/kg/ jour pendant 7 jours a été entamée devant un insuffisance rénale , d'où on a évité l'usage des anti-inflammatoires. L'évolution a été marqué par son extubation à j 4 de traitement, et relais par CPAP avec une bonne tolérance. Le nouveau-né a été mis sou lunettes simples à air à j7 de traitement avec une bonne évolution. Une échographie cardiaque de contrôle a été menée à j 7 de traitement qui a montré un canal artériel de 2 mm avec une diminution significative de l'HTAP. Le nouveau-né a été sevré en lunette à j10 de son hospitalisation avec une bonne évolution. Un contrôle échographique fait à l'âge de 1 mois qui a montré un canal artériel non significatif

### **Conclusion**

Le traitement médical précoce d'un canal artériel hémodynamiquement significatif a apporté des résultats satisfaisants, diminuant ainsi la morbidité hémodynamique du canal. L'utilisation du paracétamol a montré de bons résultats similaires à celle montrée par les AINS avec moins de morbidité. Certaines écoles s'abstiennent pour le traitement médical du CAP, une restriction hydrique et une hypercapnie permissive.

### **P59 - Cardiopathies congénitales cyanogènes en unité de réanimation et de soins intensifs néonataux**

F. AYARI (1), Y. SDIRI (1), S. THABTI (1), S. JAOUHARI (1), T. LAMOUCHE (1), M. CHEOUR (1), S. KACEM (1),

**Service de médecine et de réanimation Néonatale CMNT (1),**

### **Introduction**

Les cardiopathies cyanogènes sont des cardiopathies qui présentent en commun un retour de sang désaturé en oxygène dans la grande circulation en court-circuitant la circulation pulmonaire. Elles regroupent la TGV, la T4F, le TAC, l'APSI, APSO, le RVPA, le VU, l'OU, l'AM, l'AT, le VDDI et la maladie d'Ebstein.

### **Objectifs**

Mettre le point sur les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et la prise en charge des CC cyanogènes.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au centre de maternité et de néonatalogie du Tunis sur une période de 2 ans (2015-2016) colligeant tous les cas de cardiopathies congénitales cyanogènes

## **Résultats**

Durant la période d'étude, 62 cas de cardiopathies congénitales ont été colligés. Parmi eux, 27 cas de cardiopathies cyanogènes soit 43%. La TGV était observée dans 26,3% des cas, suivie par la T4F observée dans 14,3% des cas. Dans six cas, les CC cyanogènes étaient associées à d'autres types de cardiopathies. Un diabète antérieur à la grossesse et un DG étaient retrouvés respectivement dans 2,3 et 7,8% des cas. Trois NN avaient des ATCDs de CC dans la fratrie : une CIV dans deux cas et une CIA dans un cas. Le sex-ratio était de 1,9. Le PN médian était de 3200g. Le principal motif d'admission des patients était la DRNN constatée dans 42 cas, soit un taux de 68,2%. La confirmation échographique était faite dans un délai médian de 5,9j . La majorité des NN étaient mis sous Prostine soit 75,8%. La durée médiane était de 2,7j avec des extrêmes de 1 et 10j. 31,7% des NN avaient besoin de drogues vaso-actives pendant une durée médiane de 3,9j. 52 NN avaient besoin d'un support ventilatoire. L'administration du NO inhalé s'était faite dans 8 cas lors de l'installation de l'HTAP soit 12,6% des NN . 15 patients avaient bénéficié d'un acte palliatif (soit un taux de 24,8%) consistant en une manœuvre de Rachkind dans 7 cas, un shunt type blalock dans 8 cas (9,3%) . Le traitement interventionnel était effectué dans un délai médian de 35,9j (extrêmes de 1 et 240j).

## **Conclusion**

La transposition des gros vaisseaux était la cardiopathie cyanogène dominante suivie par la T4F et le ventricule unique. Le tableau clinique est généralement représentée par une DRNN associée à la cyanose réfractaire. Un diagnostic anténatal associée à une prise en charge précoce permettent d'améliorer considérablement le pronostic

## **P60 - Interrupted aortic arch in newborn: A case series**

R. LABBAOUI (1), O. MGHIRBI (1), W. TABKA (1), M. BELLALAH (1), J. METHLOUTHI (1), S. MERCHAOUI (1), N. MAHDHAOUI (1),

**Department of Medicine and Neonatal Resuscitation of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia (1),**

### **Introduction**

Interrupted aortic arch (IAA) is a rare congenital cardiovascular anomaly with a wide spectrum of anatomical and clinical presentation. It is characterized by the lack of continuity between the ascending and descending aorta. A prenatal diagnosis might be done with 3D ultrasound leading to a better prognosis. We report six cases of newborns presenting with Interrupted aortic arch.

### **Objectifs**

clinical, diagnostic and evolutive aspect of patients with IAA and their surgical outcomes

### **Matériel et méthodes**

A prospective study conducted from January 2019 to October 2019 in the Department of Medicine and Neonatal Resuscitation of Sousse. All infant with the diagnosis of IAA were included. Data was collected from patients' records.

### **Résultats**

During the period of study, we collected six newborns with IAA. There were five males and one female. Only one infant had an antenatal diagnosis of an undetermined congenital heart disease, for the rest, no abnormalities were detected neither on prenatal period nor after birth examination. Their weights ranged from 3kg to 4.5kg. Two were out-born babies. The baby with antenatal diagnosis was hospitalized at birth and the others were admitted between the ages of 7 days to 25 days after birth for cardiogenic choc. The first symptoms were poor feeding, lethargy and mainly respiratory distress within five patients. On examination, a difference in systolic blood pressure and oxygen saturation between the right arm and the lower extremities was identified only in one patient. A cardiogenic choc with a remarkable thrill and Hepatomegaly was identified in five of them. Facial dysmorphism was remarkable within 2 of the babies, palatine clef was found in one of them. Chest radiography showed cardiomegaly in all the babies and absent thymus in three of them. Laboratory tests showed metabolic acidosis with high lactate and renal failure



in five of them. The positive diagnosis was made by Echocardiography and completed by CT angiography in five babies and one was miss-diagnosed with severe aortic coarctation and the diagnosis was redressed per-operative. All patients received diuretics, Prostaglandin and five of them received vasopressor drugs. One patient was diagnosed with a DiGeorge syndrome by genetic study. The surgery was undergone in five patients between the age of 45 days and 3 months. One baby was dead before surgery at the age of 7 days for severe cardiogenic choc with multiple organ failure. Surgery outcomes were good in five patients with no narrowing at the site of arch surgery or ventricular septal defect.

### **Conclusion**

Interrupted aortic arch is a rare congenital anomaly. An early diagnosis on the prenatal period and an early identification of the associated anomaly might lead to an earlier treatment. Then cardiac failure might be prevented.

### **P61 - Le syndrome de Prader Willi : à propos d'une observation de diagnostic néonatal**

E. CHERIFI (1), B. KHAOULA (1), Y. SDIRI (1), F. AYARI (1), S. KACEM (1),

Service de médecine et de réanimation néonatale Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (1),

### **Introduction**

Le syndrome de Prader Willi est une maladie génétique rare touchant une naissance sur 25000. Il est en rapport avec une absence ou dysfonction des gènes 15q11-q13 du chromosome 15 paternel. Bien que l'hypotonie soit le signe le plus fréquent en période néonatale associée à la dysmorphie faciale, la symptomatologie clinique peut être très variable.

### **Objectifs**

Rappeler les éléments d'orientation clinique durant la période néonatale de cette pathologie peu fréquente.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons le cas d'un enfant atteint du syndrome de Prader Willi diagnostiqué en période néonatale.

## Résultats

Il s'agit d'un nouveau-né YG né à terme, admis au service de néonatalogie pour retard de croissance dysharmonieux sévère, issu d'un mariage non consanguin sans antécédents familiaux particuliers et une grossesse menée sans complications. L'examen à la naissance a révélé une hypotonie avec mauvais état d'éveil, dysmorphie avec cryptorchidie bilatérale. Le bilan infectieux est négatif. L'exploration radiologique cérébrale est négative, les testicules n'ont pas été repérés à l'échographie abdominale. L'EEG a montré un tracé comportant un rythme de fond normal par rapport à l'âge, des anomalies paroxystiques occipitales droites. Une crise épileptique focale motrice a été enregistrée et a l'EMG doute sur une atteinte neurogène motrice. L'étude génétique a confirmé le syndrome de Prader Willi. Le patient est régulièrement suivi à la consultation, l'évolution était marquée par l'installation d'un retard mental et d'un obésité, le recul est de 4 ans.

## Conclusion

Le syndrome de Prader Willi est une maladie génétique rare. Une hypotonie néonatale associée à une cryptorchidie doit attirer l'attention du pédiatre. La découverte d'un cas index doit mener à proposer le diagnostic anténatal aux familles d'enfant porteur de ce syndrome

## Neurologie

### P62 - Syndrome de Dandy Walker : à propos d'une observation

S. TRABELSI (1), W. BARBARIA (1), F. BEN SALAH (1), F. BAHRI (1), I. CHELLY (1), I. KHAMASSI (1),

Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte (1),

## Introduction

Le syndrome de Dandy Walker est une malformation cérébrale rare. Il s'agit de la malformation cérébelleuse la plus répandue. Ce syndrome peut être isolé ou dans le cadre d'une maladie génétique.

## Objectifs

L'objectif de notre travail était de rapporter un cas de syndrome de Dandy Walker de découverte anténatale.

## **Matériel et méthodes**

Etude de l'observation d'un nourrisson suivi pour syndrome de Dandy Walker de découverte anténatale.

## **Résultats**

Il s'agit d'un nourrisson âgé actuellement de 21 mois, issu d'un mariage consanguin de second degré. La mère était âgée de 27 ans, sans antécédents, deuxième geste. Son premier enfant était âgé de 7 ans, en bon état de santé. La grossesse était bien suivie sans dysgravidie. Elle était immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole. Les sérologies de l'hépatite B et de la syphilis étaient négatives. L'échographie anténatale à 27 semaines d'aménorrhées (SA) a montré une ventriculomégalie sus tensorielle avec corps calleux court et méga grande citerne. L'IRM fœtale a conclu à une ventriculomégalie sus tensorielle bilatérale modérée vraisemblablement d'origine secondaire à une hypoplasie du corps calleux et à des anomalies de la gyration associée à un kyste arachnoïdien rétro cérébelleux exerçant un discret effet de masse sur la tente du cervelet sans anomalie du vermis, du tronc cérébral et des hémisphères cérébelleux. Le caryotype fœtal était 46 XY. L'accouchement était par voie basse à un terme de 36 SA + 4 jours d'un nouveau né avec bonne adaptation à la vie extra-utérine. L'examen à la naissance a trouvé un retard de croissance intra utérin harmonieux sévère et une détresse respiratoire néonatale en rapport avec une détresse respiratoire transitoire. L'échographie trans fontanelle faite à J3 de vie a montré une hydrocéphalie quadri ventriculaire avec un empêchement liquidien dans la citerne cérébro médullaire ne nécessitant pas une intervention neurochirurgicale. Le suivi était effectué à la consultation externe. L'IRM cérébrale faite à l'âge de 7 mois était en faveur d'une anomalie de Dandy Walker associée à une ventriculomégalie supra tensorielle sans signe d'activité avec pachygyrie latéro frontale bilatérale et polymicrogyrie frontale droite. L'évolution était marquée par la survenue à l'âge de 10 mois de convulsions généralisées traitées par valproate de sodium. L'exploration de l'audition était normale. Le reste du bilan malformatif était sans anomalies. Il était opéré pour Cryptorchidie bilatérale à l'âge de 18 mois. Actuellement, âgé de 21 mois, présentant un léger retard psychomoteur et un développement statur pondéral satisfaisant.

## **Conclusion**

Le syndrome de Dandy Walker est un trouble rare mais grave. Les présentations cliniques et étiologiques sont hétérogènes. Nombreux aspects de cette malformation restent mal compris. Notre observation souligne l'intérêt du suivi anténatal et de la prise en charge multidisciplinaire afin d'améliorer le pronostic.

## **P63 - Etat de mal épileptique en pédiatrie : Etude de 32 cas**

A. ELLEUCH (1), Z. HADRICH (1), M.WELLI (1), A.BEN HLIMA (1), L.GARGOURI (1), A.MAHFOUDH(1)

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

### **Introduction**

L'état de mal épileptique est la complication médicale la plus redoutée de l'épilepsie, elle engage le pronostic vital et fonctionnel

### **Objectifs**

Analyser les caractéristiques cliniques, biologiques, étiologiques et thérapeutiques de l'état de mal épileptique chez l'enfant

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective menée sur une période de 10 mois (janvier 2019 - octobre 2019) ayant colligé 32 cas d'état de mal épileptique hospitalisés dans le service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique

### **Résultats**

14 filles et 18 garçons ont été colligés. L'âge moyen était de 3.5 ans (extrêmes : 2 j-10ans). Aux antécédents 13 avaient une ou plusieurs crises convulsives dont 8 ont été mis sous traitement de fond anti épileptique et 6 avaient des antécédents familiaux d'épilepsie. La crise était dans 11 cas partielles et dans 21 cas généralisés ; >10 minutes chez 28 patients. Le tableau clinique a été marqué par une fièvre chez 21 patient ; une hypothermie chez un seul ; une conscience altérée dans 14 cas ; un score de Glasgow altéré dans 6 cas ; un ROT absent dans 4 cas ; un déficit hémi corporel dans 2 cas ; un syndrome méningé dans 2 cas ; l'état hémodynamique et respiratoire étaient instable dans 6 cas Sur le plan biologique, 12 malades avaient un SIB et 3 malades avaient un trouble métabolique La PL était fait chez 21 malades, pathologiques dans 3 cas ; un scanner cérébral fait chez 25 malades pathologiques dans 5 cas ; un EEG pratiqué chez 12 malades pathologiques dans 7cas 6 malades avaient été intubés ; 31 malades ont reçu le Valuim en intra rectal comme traitement initial et 27 malades sont traités par le Dépakine comme traitement de fond L'enquête étiologique a conclu à un mal observance du traitement chez 5 malades et à une crise fébrile complexe chez 19 cas L'évolution était favorable dans 22 cas et fatales dans 4 cas. La récurrence des crises est notée chez 5 malades.

## **Conclusion**

L'EME est une urgence thérapeutique et diagnostique, ou la prise en charge doit être

## **P64 - Dysgénésie congénitale du tronc cérébral : à propos d'un cas**

Z. KHLAYFIA (1), S. KHATECH (1), H. OUERDA (1), I. BOUDICH (1), I. KANZARI (1), I. SELMI (1), E. MERMECH (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

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

### **Introduction**

La dysgénésie du tronc cérébral est une pathologie rare caractérisée par un dysfonctionnement congénital des nerfs crâniens causé par des malformations ou des lésions anténatales du système nerveux. Cette entité englobe principalement une atteinte du nerf VII, des troubles de la déglutition pouvant retentir sur la croissance et une hypotonie associés dans certains cas à un syndrome pyramidal. Elle peut s'associer à un syndrome poly malformatif expliqué par l'extension des lésions.

### **Objectifs**

Déterminer les caractéristiques cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives d'un cas de dysgénésie du tronc cérébral.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective et descriptive d'un cas de dysgénésie du tronc cérébral suivi au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa.

### **Résultats**

Nourrisson âgé de 9 mois, issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse bien suivie qui s'est déroulée sans incidents avec notion d'atopie familiale. Il était suivi dans notre service pour une paralysie faciale congénitale droite associée à un retard psychomoteur avec une discrète dysmorphie faciale pour lesquels il a été exploré par un EMG du nerf facial montrant une atteinte axonale, un EEG, PEA et PEV normaux avec découverte à l'IRM cérébrale d'une héli-atrophie droite du tronc cérébral avec asymétrie du 4ème ventricule associé à un nerf facial droit hypoplasique comparativement au nerf facial gauche évoquant un Syndrome de Moebius. Par ailleurs il présentait un retard staturo-pondéral avec reflux gastro-oesophagien et vomissements associé à des infections respiratoires, ORL et urinaires à répétition

traitées le plus souvent par céphalosporines de 3ème génération avec absence d'anomalie à la numération de la formule sanguine, explorés par une étude immunitaire (dosage pondéral des immunoglobulines, phénotypage lymphocytaire, test de transformation lymphocytaire et test au NBT normaux). Dans le cadre du bilan malformatif, une échographie cardiaque a été pratiquée et était normale et une échographie abdominale a montré une discrète pyélectasie gauche. Sur le plan nutritionnel, le nourrisson a été mis sous régime hypercalorique par NEDC avec une bonne évolution.

### **Conclusion**

La dysgénésie du tronc cérébral est une maladie rare qui peut être soit génétiquement déterminée soit acquise. Elle regroupe plusieurs entités s'associant dans certains cas à des morphotypes particuliers (Syndrome de Moebius, Robin etc...). La prise en charge doit être multidisciplinaire. Le pronostic est souvent conditionné par l'atteinte respiratoire et par le degré du retentissement intellectuel et nutritionnel.

## **Rhumatologie et Maladie de système**

### **P65 - La maladie de kawasaki et atteinte cardiaque : prise en charge et évolution**

D. BRAHEM (1), N. SOYED, N. GUEDIRA (1), I. BRIKI (1), A. SBOUI (1), N. BALHOUDI (1), K. MANSOUR(1), S. Khammari (1), H. Mejoual (1)

**Service de pédiatrie hôpital Ibn el Jazzar Kairouan (1)**

### **Introduction**

La maladie de Kawasaki est une vascularite fébrile aiguë systémique du jeune enfant et du nourrisson qui affecte les vaisseaux de moyen et de petit calibre. Sa gravité est liée au fait qu'un pourcentage non négligeable des patients non traités ont des séquelles cardiovasculaires, notamment des anévrysmes coronariens qui peuvent être mortels. A travers ce travail, nous rapportons l'expérience du service de pédiatrie de Kairouan.

### **Objectifs**

Etudier l'incidence de la maladie de Kawasaki et la fréquence des formes atypiques. et l'incidence des complications cardiaques liées à la maladie et leurs profils évolutifs.

insister sur l'importance de l'instauration précoce de traitement par veinoglobuline dans la prévention de l'atteinte cardiaque.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective descriptive menée au service de pédiatrie ibn el jazar kairouan sur une période de 5 ans (janvier 2015 à octobre 2019), nous avons colligé 17 cas diagnostiqués.

### **Résultats**

On a noté une prédominance masculine avec un sexe ratio 76%. L'âge moyen était de 3 ans. Le motif le plus fréquent de consultation était la fièvre prolongée 70%. 29% des cas ont consulté pour une éruption cutanée. A l'examen clinique, une conjonctivite a été trouvée chez 64% des cas et une cheilite et stomatite dans 47% des cas. A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique a été trouvé chez 94% des malades. Une prédominance des formes atypiques a été notée (64% des cas). Les autres connectivites ont été éliminées. L'échographie cardiaque à l'admission était : normale chez 52% des enfants, une dilatation seule est trouvée dans 2 cas, anévrisme de petite taille dans 5 cas, un seul cas d'anévrisme de taille moyenne (5-10mm). Le délai entre la découverte de la complication cardiaque et le début de la symptomatologie variait entre 10 jours et 1 mois. Des complications plus sévères ont été observées : un cas compliqué d'une uveïte postérieure nécessitant sa mise sous corticothérapie, un cas compliqué d'un infarctus de myocarde suite à une thrombose sur anévrisme nécessitant la thrombolyse. Concernant la prise en charge : 82% des enfants ont reçus une seule cure de veinoglobulines à la dose de 2g/kg. Un traitement par aspirine a été administré dans tous les cas à une dose de 80 mg/kg maintenu jusqu'à la normalisation de la VS avec relais par une dose antiagrégante maintenue pendant 4 à 8 semaines. L'évolution était favorable dans la plupart des cas : disparition de la fièvre 24 à 48 h après la cure de veinoglobuline avec normalisation de l'échographie cardiaque dans un délai variable : pour la dilatation simple dans 10 jours, anévrisme de petite taille dans 1 mois, anévrisme de taille moyenne dans 6 mois. Pour le cas d'infarctus de myocarde, la thrombolyse était efficace avec une récupération d'une fraction d'éjection normale.

### **Conclusion**

Le diagnostic rapide de la maladie de Kawasaki est fondamental, car l'administration précoce d'immunoglobulines associée à l'acide acétylsalicylique diminue la fréquence d'anomalies des artères coronaires.

## **P66 - Rhumatisme articulaire aigu: facteurs predictifs de persistance.**

D. BRAHEM (1), N. SOYED (1), I. BRIKI (1), T. GUEDIRA (1), B. BRIKI (1), H. MEJAOUEL (1).

**Service de pédiatrie Ibn El Jazzar Kairouan (1)**

### **Introduction**

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) appelé maladie de Bouillaud, est une maladie inflammatoire non suppurative compliquant une infection par le streptocoque hémolytique du groupe A. - Il touche surtout le cœur et les articulations. Son pronostic est dominé par le risque d'atteinte cardiaque. En Effet, le RAA reste la cause la plus fréquente de mortalité et de morbidité cardio-vasculaire dans le monde chez les moins de 40 ans.

### **Objectifs**

Determiner l'incidence de la cardite rhumatismale et dégager les aspects épidémiologiques ,clinique et évolutive. \*Insister sur l'importance de prophylaxie primaire et secondaire du RAA dans la prévention de la complication cardiaque .

### **Matériel et méthodes**

Matériels et methodes : Etude retrospective descriptive menée au service de pédiatrie ibn el jazzar kairouan du 1er janvier 2013 au 31 decembre 2018 ,ayant inclus tous les cas du RAA compliqués d'une atteinte cardiaque.

### **Résultats**

Sur cette période d'étude ,on a diagnostiqué 34 cas de rhumatisme articulaire aigu . une cardite rhumatismale a été trouvée chez 29% des malades .

l'Age moyen est de 8 ans.Au revue de système , il y avait aucun signes orientant vers une atteinte cardiaque (pas de douleur thoracique ,pas de palpitation ).à l'examen clinique ,un souffle a été trouvé seulement chez 4 malades .un syndrome inflammatoire biologique avec élévation des ASLO a été trouvé chez tous les malades.une atteinte de la valve mitrale(insuffisance mitrale) a été trouvée chez 23% des enfants .un seul cas compliqué d'un BAV type 1 .aucun cas de pericardite ou de myocardite n'ont été noté .pour 7 cas ,le diagnostic l'insuffisance mitrale a été fait à l'occasion d'une échographie cardiaque faite à l'admission ,d'où l'indication a un traitement par corticothérapie a la dose de 2 mg/kg/j jusqu'à la normalisation de la VS avec antibiothérapie. à noter que pour ces 2 cas ,il ya une notion d'angine à répétition mal traité et de poussées d'arthralgies fugace avec fièvre passées inaper-



çues .pour les 2 autres cas , une insuffisance mitrale est découverte à l'échographie de contrôle à 1 an pour un cas et à 2 ans pour l'autre (notion de mal observance thérapeutique :arrêt du traitement antiinflammatoire après la sortie).au cours de suivi de ces valvulopathie ,aucun cas d'endocardite infectieuse n'était observé grâce à un traitement à vie par extencilline ,un traitement de toute infection intercurrente , une hygiène stomatologique avec couverture antibiotique avant toute manipulation dentaire.

### **Conclusion**

L'atteinte cardiaque au cours du RAA fait toute la gravité de la maladie. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital immédiat par le risque d'insuffisance cardiaque et à long terme par les séquelles valvulaires.elle reste fréquente dans notre pays , d'où l'importance des programme nationaux permettant la prévention primaire et secondaire de RAA

### **P67- Une primo infection CMV inaugure Un lupus érythémateux systémique : à propos d'un cas**

C. ABID (1), K. MANSOUR (1), T. GUEDIRA (1), I. BRIKI (1), A. SBOUI , (1), N. BALHOUDI (1), K. MANSOUR(1), S. Khammari (1), H. Mejoual (1)

**Service de pédiatrie – Hôpital Ibn El Jazzar Kairouan (1)**

### **Introduction**

Le lupus érythémateux systémique (SLE) est une maladie multi systémique avec une morbidité et une mortalité importantes. Le cytomégalovirus (CMV) est un herpès virus ubiquitaire qui, comme le SLE, peut également entraîner une morbidité et une mortalité importantes. La relation entre le LES et le CMV est complexe, les observations suggérant que le CMV induit l'auto-immunité du LES. Peu d'études ont fait le lien entre la primo-infection CMV et le LES.

### **Objectifs**

Ce travail a comme objectif de démontrer que la primo-infection CMV serait le premier événements de LES.

### **Matériel et méthodes**

Enfant de sexe féminin , âgée de 11 ans , sans antécédents pathologiques notables , admise pour prise en charge d'une fièvre prolongée avec poly adénopathie évo-

luant depuis trois semaines avant l'admission : fébrile à 39 °C, poids 26 kg (pas de perte de poids) multiples adénopathies submandibulaires de 1.5 cm indolores sans signes inflammatoires locaux mobiles à la palpation, une splénomégalie de 4 cm. Par ailleurs pas de foyer ORL, pas de syndrome hémorragique. À la biologie : une anémie normochrome normocytaire régénérative, une leucopénie, une lymphopénie. Dans le cadre d'exploration : IDR à la tuberculine négative, sérologie leishmaniose négative, marqueurs tumoraux négatifs, échographie cervicale : multiples ganglions sous mentonnier et submandibulaire bilatéraux d'allure inflammatoire. TDM TAP : adénopathies cervicales intra-abdominales axillaires et inguinales avec hépatosplénomégalie faisant suspecter en premier lieu une hémopathie maligne, bilan de SAM négatif, sérologie virale EBV négatives, CMV +, biopsie d'une adénopathie sous-mandibulaire faite ayant montré une hyperplasie lymphoïde mixte des ganglions lymphatiques très probablement liée à une infection à CMV avec absence de signes de malignité. Le diagnostic d'une primo-infection à CMV a été retenu. Au cours de l'évolution, elle a développé un œdème blanc mou gardant le godet de type rénale au niveau des membres inférieures et au niveau du visage, avec des pics fébriles quotidiens. Pu de 24 h 3 mg/kg/j, écho-rénal : normale et a mis en évidence un épanchement de Douglas, bilan hépatique correct, échocœur : une péricardite.

### **Résultats**

devant ce tableau de fièvre prolongée, polysérite, lymphopénie, leucopénie, hypergammaglobulinémie et un test de Coombs positif (fait a posteriori) on a fortement suspecté un lupus déclenché par l'infection à CMV, ce qui a été confirmé par le dosage des ANA et DNA qui sont positifs.

### **Conclusion**

Les études suggèrent deux types de d'association entre le CMV et LES : l'infection survient pendant le traitement de LES et exacerbe la maladie soit l'infection à CMV soit le primus events du LES. Notre article vient de confirmer le rôle de CMV dans le déclenchement d'une autoimmunité du LES chez un malade immunocompétent.

# Hématologie, Oncologie, Immunologie

## P68- Diarrhée réfractaire: pensez au syndrome paranéoplasique du neuroblastome

Y. BEN REJEB (1), S. LAAJILI (1), M. ZARRAD (1), F. FEDHILA (4), H. BARAKIZOU (1), S. GANNOUNI (1)

Service de pédiatrie, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis (1), service de médecine infantile A, Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (2),

### Introduction

Le neuroblastome est la tumeur maligne solide extra-cérébrale la plus fréquente chez l'enfant. Il se développe à partir du système nerveux sympathique, principalement au niveau de l'abdomen, en para-vertébral ou au niveau des glandes surrénales. Il se caractérise par une hétérogénéité clinique et biologique. Un syndrome paranéoplasique peut être observé au cours du neuroblastome : WDHA (watey diarrhea hypokalemia and achlorhydia syndrom). Ce syndrome est rare chez l'enfant, il a été décrit pour la première fois en 1958, il est associé à une ascension du taux du VIP (vasoactive intestinal peptide).

### Objectifs

Mettre le point sur une pathologie rare chez l'enfant à travers deux observations.

### Matériel et méthodes

Deux observations menées au service de pédiatrie hôpital militaire de Tunis.

### Résultats

Observation 1 : H S âgé de 14 mois admis pour une diarrhée chronique depuis 3mois avec notion d'érythrose faciale et d'œdème palpébrale. A l'examen: une déshydratation stade 2.

À la biologie: une hypokaliémie sévère et réfractaire Au scanner thoraco-abdomino-pelvien: une masse rétropéritonéale médiane et paramédiane droite évoquant un neuroblastome localement avancé. VMA=111  $\mu\text{mol}/\text{creat}$  (j1), 125  $\mu\text{mol}/\text{creat}$  (J2) VIP= 282 pmol/l NSE=35.5 ng/ml Scintigraphie MIBG : aspect compatible avec un neuroblastome abdominal médian Myélogramme normal Biopsie de la masse tumorale non faite. Le malade est adressé au service d'onco-pédiatrie, hôpital d'enfants Béchir Hamza. Observation 2 : FH âgée de 16 mois admise pour diarrhée chronique profuse associée à une impotence fonctionnelle des deux membres infé-

rieurs. A l'examen : dénutrition sévère. A la biologie : hypokaliémie sévère et réfractaire et une hyponatrémie. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien : montre une masse tissulaire pré sacrée droite évoquant en premier lieu une tumeur neurogène. VIP=1093 pmol/l NSE= 1209ng/ml Catécholamines urinaires :VMA=136 µmol/creat (j1) ; 300 µmol/creat (j2) ; 301 µmol/creat (j3) Dopamine=13000 nmol/creat (j1) ; 5551 nmol/creat (j2) ; 10708 nmol/creat (J3) HVA=333 µmol/creat (j1) ; 386 µmol/creat (J2) ; 376 µmol/creat (j3) Biopsie scannoguidée : un gonglioneurone bénin Etude anatomo-pathologique sur la pièce d'exérèse chirurgicale : il s'agit d'un gonglioneuroblastome de type mélange (histopronostic favorable). Le malade est adressé au service d'onco-pédiatrie, hôpital d'enfants Béchir Hamza.

### **Conclusion**

Une diarrhée chronique associée à une hypokaliémie doit faire penser à une sécrétion tumorale du VIP.

### **P69 - Insuffisance cardiaque secondaire à un syndrome d'activation lymphohistiocytaire (A propos d'une observation)**

S. REKAYA(1), N. MLIKA (1), M. OUEDERNI (1), M. BEN KHALED(1), I. BEN FRADJ (1), M. NOOMANE (1), R. KOUKI (1), M. MELLOULI (1), M. BEJAOUI (1)

**Service de pédiatrie Immuno-hématologie et greffe de cellules souches hématopoïétiques - Centre national de greffe de moelle osseuse (1)**

### **Introduction**

Le syndrome d'activation lymphohistiocytaire (SALH) primitif est lié à un défaut de la cytotoxicité des lymphocytes T entraînant une stimulation non contrôlée des macrophages et des lymphocyte TCD8 responsable d'un orage cytokinique. Le pronostic est sévère avec un risque de défaillance multiviscérale, mais l'atteinte myocardique est exceptionnelle.

### **Objectifs**

Le but de ce travail est de décrire un cas d'atteinte myocardique survenant au cours du SALH primitif, rarement rapportée.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons l'observation d'un garçon hospitalisé au service d'immuno-hématologie pédiatrique du centre de greffe de moelle osseuse, pour syndrome de Che-

diak-Higachi en phase accélérée compliqué d'une cardiomyopathie dilatée transitoire. Le SALH était retenu selon les critères HLH 2004.

### **Résultats**

Nourrisson de 22 mois suivi pour syndrome de Chediak-Higachi. Il a été hospitalisé pour prise en charge d'un SALH déclenché par une infection respiratoire basse bactérienne. Il était fébrile à 40°C, tachycarde à 180 battements par minute, TA=08/06, polypnéique à 72 cycles/min et la saturation à l'air ambiant était à 75%. Il avait une hépatomégalie avec un oedème peri-orbitaire. Le bilan avait montré un syndrome inflammatoire biologique important (CRP à 240 mg/l, procalcitonine à 3 ng/l) et la présence de six critères de SALH. La radiographie de thorax avait montré un syndrome alvéolaire mal systématisé avec cardiomégalie. L'échographie cardiaque avait montré : une dysfonction du ventricule gauche (VG) avec un VG modérément dilaté, la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) était à 35%, la pression artérielle pulmonaire systolique (PAPS) à 35 mmhg, VD non dilaté à fonction conservée. Les sérologies virales (CMV, EBV, parvoB19, coxasakie) et sérologie mycoplasme étaient négatives. L'enfant a été mis sous céphalosporines de 3ème génération (C3G) et aminoside avec traitement symptomatique de l'insuffisance cardiaque (oxygénothérapie, furosémide et dobutamine 10 µg/Kg/min pendant 7 jours) avec intensification de traitement immunosuppresseur selon le protocole HLH 2004. L'évolution était favorable, l'échographie cardiaque de contrôle réalisée après trois semaines de prise en charge avait montré un VG de taille normale à bonne fonction contractile (FEVG=69%). la rémission de SALH a été obtenue au bout de huit semaines de traitement immunosuppresseur.

### **Conclusion**

L'atteinte myocardique est rarement rapportée dans la SALH primitif même dans les cas de défaillance multiviscérale. Elle peut être d'origine infectieuse ou secondaire à l'orage cytokinique de SAM ce qui explique l'amélioration après intensifications de traitement immunosuppresseur chez notre patient.

## **P70 - Déficit en G6PD révélé par une acidocétose diabétique inaugurale**

Z. KHLAYFIA (1), R. BEN KHALIFA (1), H. OUERDA (1), R. BEN AZIZA (1), J. KANZARI (1), I. SELMI (1), E. MERMECH (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

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

### **Introduction**

La G6PD catalyse l'étape initiale de la voie de l'hexose mono phosphate qui protège les globules rouges contre les lésions oxydatives via la production de NADPH. L'association exacte entre le diabète et le déficit en G6PD n'est pas claire. Les enfants porteurs du déficit en G6PD peuvent développer une anémie hémolytique sévère associée à l'apparition du diabète en particulier dans les cas d'acidocétose. Ce phénomène bien que rare mérite d'être connu.

### **Objectifs**

Etudier les particularités cliniques diagnostiques, thérapeutiques et évolutives d'un cas de déficit en G6PD associé à un diabète de type 1.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective d'un cas de Déficit en G6PD révélé par une acidocétose diabétique inaugurale suivie au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa.

### **Résultats**

Enfant RM âgé de 9 ans et demi, sans antécédents particuliers, consulte pour dyspnée associée à un syndrome polyuropolydipsique avec perte pondérale non chiffrée évoluant depuis 3 semaines en rapport avec une acidocétose inaugurale dans le cadre d'un diabète de type 1 avec à la biologie : pH=7,44 ; pCO<sub>2</sub>=29,4 ; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>=20,5 mmol/l ; Glycémie=26,8 mmol/l ; acétonurie++. L'évolution initiale a été favorable sous hydratation et insulinothérapie intraveineuse pendant 24 heures suivie d'une insulinothérapie discontinuée en sous cutanée jusqu'au 4ème jour d'hospitalisation où l'enfant a présenté un ictère cutanéomuqueux intense avec pâleur et urines foncées sans Hépatosplénomégalie et sans signes de mauvaise tolérance de l'anémie. A la biologie: BiliT=206 μmol/l; LDH=387UI/l ; GS O+ ; Anémie normochrome normocytaire régénérative avec anisocytose, Hb=9,3g/dl (était à 13,6) ; TCD négatif. L'anamnèse n'a pas révélé d'antécédents de favisme ni d'ingestion de fèves, ni de consommation de médicaments autres que l'insuline. Le diagnostic d'anémie hémolytique a été posé. Les causes d'anémie hémolytique telles que les hé-

moglobinopathies et l'auto-immunité étant écartées, un déficit enzymatique en G6PD a alors été suspecté et un dosage de G6PD a été alors pratiqué à distance de l'épisode hémolytique, confirmant le diagnostic. L'évolution a été marquée par un bon équilibre du diabète et une normalisation de l'hémoglobine qui est passée de 6,6 à 12.6 g/dl (sans transfusion) sans autres incidents hémolytiques.

### **Conclusion**

Le déficit en G6PD représente une des principales étiologies d'hémolyse aigue en pédiatrie. Il est souvent secondaire à une ingestion de fève ou à la consommation de certains médicaments. Le diabète représente rarement une circonstance de découverte de ce déficit qui doit être recherché devant tout épisode hémolytique survenant chez un garçon diabétique d'autant plus dans les zones à haute incidence.

### **P71 - Bêta-thalassémie et hypochondroplasie : quand la fréquence s'associe à la rareté**

Z. KHLAYFIA (1), A. GUIZANI (1), H. OUERDA (1), C. KHLIF (1), J. KANZARI (1), I. SELMI (1), S. RKAYA (7), F. MALLOULI (7), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

Service de pédiatrie du CHU Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisie (1), Service de pédiatrie du centre de greffe de la moelle osseuse à Tunis, Tunisie (2),

### **Introduction**

L'hypochondroplasie est une pathologie rare caractérisée par une petite taille disproportionnée. L'association à une bêta-thalassémie est exceptionnelle. Dans sa forme majeure, la maladie de cooley est sévère et précoce nécessitant des transfusions régulières. Ceci augmente le risque de survenue de réactions transfusionnelles. L'hémolyse post-transfusionnelle retardée est nettement sous-estimée vu qu'elle survient tardivement mais c'est une complication grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

### **Objectifs**

Etudier les particularités cliniques diagnostiques, thérapeutiques et évolutives d'un cas de bêta-thalassémie associée à une hypochondroplasie.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective d'un cas d'une association exceptionnelle d'une bêta-thalassémie à une hypochondroplasie, compliquée d'une allo-immunisation chez un nourrisson.

## Résultats

Nourrisson J.S, a été admis à l'âge de 7 mois suite à la constatation d'une pâleur cutanéomuqueuse intense lors de la vaccination au dispensaire local. Le nourrisson est issu d'un mariage consanguin du 2ème degré. Il présentait à l'examen un nanisme rhizomélisque sans dysmorphie, un syndrome anémique sévère avec pâleur cutanéomuqueuse extrême associés à une hépatosplénomégalie importante. A la biologie, nous avons noté une anémie hypochrome microcytaire à 4,9g/dl faiblement régénérative, une ferritinémie élevée, une RAI négative et un TCD négatif. L'électrophorèse de l'Hémoglobine (EHb) n'était pas contributive chez le nourrisson qui a été transfusé devant une anémie mal tolérée, mais l'EHb réalisée chez les parents a montré une bêta-thalassémie mineure chez le père et la mère, et l'étude moléculaire a confirmé le diagnostic de bêta-thalassémie majeure. Le raccourcissement des membres avec retard de croissance staturo-pondéral a été exploré par étude génétique et par radiographie du squelette révélant un aspect compatible avec une hypochondroplasie. L'évolution était marquée par la déglobulisation rapide, avec un nadir d'hémoglobine à 1,9g/dl seulement après 3 jours de la transfusion de sang phénotypé. L'enfant a été transfusé en urgence extrême par du sang disponible iso-groupe iso-rhésus, non phénotypé. Une hémolyse retardée liée à la transfusion a été évoquée, confirmée par un test de coombs direct devenu positif pour les auto-anticorps, et une RAI positive pour les auto-anticorps et 1 allo-anticorps. Le patient a été traité par des corticoïdes à la dose de 2 mg/kg/j puis 3 mg/kg/j avec bonne évolution clinico-biologique (disparition du reflet ictérique cutanéomuqueux et conjonctival, diminution des besoins transfusionnels avec allongement de la durée nécessaire entre les transfusions et diminution de la consommation hebdomadaire de l'hémoglobine entre 1 et 1,5).

## Conclusion

Devant un retard staturo-pondéral chez un enfant thalassémique, il faut éliminer les autres étiologies avant d'attribuer ce retard à la maladie de Cooley qui doit être bien surveillée afin de détecter à temps une éventuelle augmentation de la consommation hebdomadaire d'hémoglobine signe d'une auto ou allo-immunisation.



# Gastroentérologie, Nutrition, Hépatologie

## P72- Atrésie des voies biliaires : Une Pathologie toujours d'actualité

Z. KHLAYFIA (1), M. KHALFA (1), H. OUERDA (1), R. BEN KHALIFA (1), J. KANZARI (1), I. SELMI (1), E. MERMECH (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

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

### Introduction

L'atrésie des voies biliaires (AVB) est la première cause de cholestase néonatale. Elle aboutit à une cirrhose biliaire fatale dans les premières années de vie. Son traitement est d'emblée chirurgical avec une dérivation bilio-digestive (intervention de Kasai) qui doit être réalisée assez tôt pour garantir la survie de l'enfant.

### Objectifs

Préciser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des AVB en pédiatrie.

### Matériel et méthodes

Etude descriptive rétrospective des malades porteurs d'une atrésie des voies biliaires suivis au service de pédiatrie CHU Mongi Slim La Marsa pendant la période Avril 2007-Avril 2019.

### Résultats

Nous avons colligé 8 malades (3 garçons et 5 filles). Ces patients sont tous nés à terme. Ils étaient tous eutrophiques (PN moyen= 3153 g) sauf un (PN=2064g). Une consanguinité parentale a été retrouvée chez 4 malades (50%). Aucun antécédent familial d'hépatopathie n'a été trouvé. L'âge moyen des ces patients au diagnostic de l'AVB était de 10 semaines (4-21 semaines). Tous les enfants avaient un ictère cholestatique avec selles totalement décolorées débutant à la période néonatale. L'intervention de Kasai était pratiquée chez 5/8 des patients à un âge moyen tardif de 80 jours (37-120j). L'évolution a été marquée par la survenue des complications de l'hypertension portale et de la cirrhose hépatique. La transplantation hépatique a été indiquée chez 5 patients : deux étaient décédés dans un tableau d'hémorragie digestive avant la chirurgie devant l'absence d'un donneur compatible, une est décédée juste après la transplantation hépatique qui a été faite à l'étranger, les deux autres enfants avaient bénéficié d'une transplantation hépatique avec une bonne

évolution. Les enfants n'ayant pas eu de Kasai étaient tous à un stade de cirrhose décompensée à un âge plus précoce par rapport aux autres enfants.

### **Conclusion**

L'atrésie des voies biliaires doit être suspectée en priorité devant toute cholestase néonatale avec selles totalement décolorées. La précocité du diagnostic avec intervention de Kasai avant l'âge de 45 jours conditionne le pronostic de ces patients en leur permettant de garder leur foie natif plus longtemps en cas de succès de l'opération.

### **P73 - Ileal duplication: an unusual cause of intestinal obstruction in a newborn**

R. LABBAOUI (1), O. MGHIRBI (1), M. BELLALAH (1), H. MENAA (1), H. AYECH (1), J. MATHLOUTHI (1), S. MERCHAOU (1), N. MAHDHAOU (1),

**Department of Medicine and Neonatal Resuscitation of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia (1),**

### **Introduction**

Duplication cyst is a rare cause of neonatal intestinal obstruction. Their most common location is the small intestine. The clinical presentation is extremely variable depending upon its size, location and type and the age of the patient and are mainly encountered during infancy or early childhood. The diagnosis is very difficult in neonates. A minority remains asymptomatic until adulthood. We are presenting a case of a newborn diagnosed with an ileal duplication after a presentation with respiratory compromise

### **Objectifs**

early diagnosis and surgery in intestinal obstruction

### **Matériel et méthodes**

It is about a newborn on term, admitted on the 22nd hour after birth for continuous vomiting with important abdominal distension. No abnormalities were detected within the pregnancy period. No respiratory or hemodynamic compromise was detected. Important abdominal distension with an amount of sensibility on examination. Vomiting episodes were bilious. Meconium was not released. Simple radiography showed an important abdominal distension.

## **Résultats**

We completed with an ultrasound that showed an intestinal cyst that made us think of intestinal duplication. The case was presented to the surgical team and an exploratory laparotomy was decided. An intestinal duplication was identified. The patient regained transit and alimentation was administrated within seven days after the surgery

## **Conclusion**

Duplication cysts are a rare cause of neonatal intestinal obstruction. Diagnosis can be achieved keeping a high index of suspicion in a neonate with symptoms suggestive of incomplete or complete bowel obstruction and sonographic evidence of an intra-abdominal cystic swelling located in close proximity to the mesenteric border. Management is straightforward surgical with a good outcome

## **Infectieux**

### **P74 - Abscess sous phrénique : A propos d'une observation pédiatrique**

A. DKHIL (1), W. BARBARIA (1), S. CHERGUI (1), F. BAHRI (1), I. CHELLY (1), I. KHAMASSI (1),

**Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte (1),**

## **Introduction**

L'abcès sous phrénique primitif est rare. Son incidence est estimée à 4%. La présentation clinique est non spécifique. Le drainage percutané est indiqué en première intention. L'exploration chirurgicale est de moins au moins indiquée.

## **Objectifs**

Le but de notre travail était de rapporter une observation pédiatrique d'un abcès sous phrénique ayant bien évolué sous traitement antibiotique et drainage percutané.

## **Matériel et méthodes**

Etude de l'observation d'un enfant présentant un abcès sous phrénique compliquant l'évolution d'une pleuro pneumopathie.

## **Résultats**

Enfant âgé de 4 ans, sans antécédents notables, admis pour douleurs abdominales

non spécifiques et vomissements. A l'examen il était fébrile à 38.8, eupneïque, un syndrome pleural droit, un abdomen souple avec une sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite. La biologie a montré un syndrome inflammatoire biologique. L'échographie abdominale a révélé des images de pseudo-invagination iléo-iléale spontanément résolutive. Le contrôle échographique était normal au bout de 24 heures. La radiographie thoracique a montré une surélévation de la coupole diaphragmatique droite, une opacité basale droite associée à un épanchement pleural. Le diagnostic retenu était une pleuro pneumopathie droite traitée par antibiothérapie associant céfotaxime et vancomycine. L'évolution était défavorable avec persistance de la fièvre et du syndrome inflammatoire biologique. L'échographie et la TDM abdominale refaites à J 10 de traitement ont révélé une collection péri-hépatique des segments V et VII oblongue, mesurant 10 cm d'étendue et 3 cm d'épaisseur. Une ponction scanno-guidée était pratiquée ramenant un liquide purulent dont la culture était positive à *Echérichia Coli*. L'antibiothérapie était adaptée à l'antibiogramme avec adjonction de métronidazole. L'évolution était favorable. Le contrôle radiologique a montré la disparition de l'abcès.

### **Conclusion**

Dans notre observation, l'abcès sous phrénique primitif a compliqué l'évolution d'une pleuro-pneumopathie correctement traitée. Le diagnostic est clinico radiologique. Une collaboration entre radiologue et pédiatre a permis une prise en charge adéquate.

### **P75 - L'empyème sous dural : Complication rare de la méningite à méningocoque chez le nourrisson**

H. SAHNOUN (1), W. BARBARIA (1), S. TRABELSI (1), S. CHERGUI (1), I. CHELLY (1), I. KHAMASSI (1),

**Service de pédiatrie et de néonatalogie - Hôpital universitaire de Bizerte (1),**

### **Introduction**

La méningite bactérienne est une urgence médicale en raison des risques élevés de mortalité, morbidité et séquelles. L'empyème cérébral est une complication rare et inhabituelle de la méningite à *Neisseria Meningitidis* en pédiatrie.

### **Objectifs**

L'objectif de notre travail était de rapporter un cas de méningite à méningocoque chez un nourrisson dont l'évolution était inhabituelle.

## **Matériel et méthodes**

Etude de l'observation d'un nourrisson hospitalisé pour méningite à méningocoque compliquée d'un empyème sous dural.

## **Résultats**

Nourrisson âgé de 3 mois, sans antécédents, s'est présenté aux urgences pour fièvre isolée évoluant depuis 2 jours, pour laquelle il a reçu 1 dose d'antibiothérapie (amoxicilline + acide clavulanique) le jour précédant son hospitalisation. A l'examen, il était en bon état général, fébrile à 40°C, bien éveillé et stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Il avait un bon tonus axial et périphérique et une fontanelle antérieure légèrement bombée. L'examen de la peau n'a pas montré de taches purpuriques. A la biologie: GB = 6500/mm<sup>3</sup> ; PNN = 3360/mm<sup>3</sup> ; CRP = 150 mg/l. La ponction lombaire (PL) a ramené un liquide d'aspect purulent ; une pleiocytose à 5600 EB/mm<sup>3</sup> avec prédominance nette des PNN ; glucorachie = 0 g/l ; albuminorachie = 2.77 g/l ; l'examen direct a montré des Cocci en diplocoque en grain de café ; la culture du LCR a été négative mais la PCR a été positive à *Neisseria Meningitidis*. Le nourrisson était traité par céfotaxime à 200 mg/kg/j en 4 prises. L'échographie transfontanellaire faite à J 2 de traitement était sans anomalies. A J3 de prise en charge, le nourrisson a présenté une crise convulsive hypertonique généralisée durant 2 minutes cédant après un bolus de Gardéнал. Un scanner cérébral avec injection réalisé immédiatement était sans anomalies. A J5 de prise en charge, devant la persistance de la fièvre, une PL de contrôle a montré la persistance de l'hypoglucorachie (à 0.03 g/l) et de l'hyperalbuminorachie (à 2.27 g/L). Un traitement par fluoroquinolone était rajouté en plus de la céfotaxime. Malgré la double antibiothérapie bien conduite, le nourrisson persistait fébrile. L'IRM cérébrale faite à J9 de prise en charge a mis en évidence un empyème bi-frontal et inter-hémisphérique antérieur mesuré en moyenne à 5 mm. Le traitement était médical et consistait à la prolongation de la durée de l'antibiothérapie par céfotaxime pendant 8 semaines, la fluoroquinolone était maintenue pendant 10 jours. L'évolution était favorable.

## **Conclusion**

La méningite à méningocoque est la plus fréquente des méningites de l'enfant. Son pronostic est favorable en cas de diagnostic précoce et de prise en charge adéquate. Cette observation est particulière par le jeune âge du patient et par l'évolution vers l'empyème sous-dural régressif après traitement médical bien conduit.

## **P76 - Méningite à salmonelle : A propos d'un cas**

Y. BEN REJEB (1), S. BEN GUEBILA (1), G. HARRAN (1), H. BARAKIZOU (1), S. GANOUNI (1)

**Pédiatrie de l'hôpital militaire d'instruction principal de Tunis (1)**

### **Introduction**

Les salmonelles sont des agents qui se manifestent habituellement par une gastroentérite souvent de bon pronostic. La méningite à salmonelle est une manifestation systémique rare et sévère des salmonelloses. Un diagnostic précoce et rapide est nécessaire vu la gravité chez la population pédiatrique.

### **Objectifs**

Etudier l'aspect épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de cette pathologie.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons le cas d'un nourrisson âgé de 03 mois, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisé pour fièvre à 40°C associé à des troubles digestifs diarrhéiques et vomissements, le tout dans un contexte d'altération de l'état général.

### **Résultats**

A l'examen : -un nourrisson plaintif, geignard, asthénique, fébrile à 40°C avec un bon état d'hydratation, Temps de recoloration cutané inférieur à 3 secondes -examen neurologique : fontanelle antérieure bombante, bon tonus axial et périphérique - Un syndrome inflammatoire fortement positif : Hyperleucocytose à 18800 éléments par mm<sup>3</sup> et une CRP =208 mg/litre -Une ponction lombaire (PL) faite en faveur d'une méningite purulente à salmonella spp multi sensible Pendant l'hospitalisation, le nourrisson a présenté un état de mal convulsif jugulé par des antiépileptiques. -échographie transfontanelle : épaissement des méninges -Imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale : abcès cérébrale au niveau de la substance blanche péri ventriculaire Le nourrisson est mis sous une antibiothérapie à base de céphalosporine et fluoroquinolone pendant 21 jours. Evolution : marquée par une amélioration de l'état neurologique, apyrexie stable et pas de récurrence des crises épileptiques. PL de contrôle : Négative IRM cérébrale de contrôle : régression significative de l'abcès Électroencéphalogramme : normal Électrophorèse de l'hémoglobine : normale Bilan du déficit immunitaire :normal Le nourrisson est mis

sortant sous Dépakine avec des contrôles réguliers à la consultation externe. Recul d'un an : pas de récurrence des crises convulsives, Bon développement psychomoteur et staturo-pondérale.

### **Conclusion**

Le pronostic des méningites à salmonelle reste réservé d'où l'intérêt de chercher une pathologie sous-jacente. L'évolution favorable est liée à la rapidité de la prise en charge et l'instauration d'un traitement adapté.

## **P77 - Epidémiologie des infections urinaires à entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu chez les enfants de la ville de Kairouan**

N. BRINI (1), R. LABBAOUI (1), A. FATNASSI (1), E. SBOUII (1), H. MEJAOUEL (1)

**Service de Pédiatrie Ibn Jazzar Kairouan (1)**

### **Introduction**

Décrite pour la première fois en 1983 en Allemagne, puis en Tunisie et en France en 1984, la présence de bêtalactamase à spectre étendu (BLSE) a été signalée ensuite dans le monde entier. Les BLSE sont des enzymes produites par les entérobactéries qui hydrolysent l'ensemble des pénicillines et des céphalosporines à l'exception de la témocilline, du moxalactam et des céphamycines (céfotixine).

### **Objectifs**

Etudier les caractéristiques épidémiologiques ainsi que les facteurs de risque d'infection urinaire à entérobactéries productrices de BLSE chez l'enfant.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, portant sur tous les enfants ayant consulté les urgences pédiatriques et/ou qui ont été hospitalisés au service de pédiatrie Kairouan pour infection urinaire haute communautaire à entérobactérie à BLSE sur la période allant de Juillet jusqu'à Décembre 2018.

### **Résultats**

Sur la période d'étude, 16 ECBU demandées par le service ou les urgences de pédiatrie avaient isolé une entérobactérie à BLSE. L'âge moyen de la population étudiée était de 2 ans  $\pm$  3. Le sexe ratio était de 1. Parmi les malades, 43% (n=7) avaient reçu une antibiothérapie récente lors des 3 derniers mois, qui était une C3G dans 5

cas. Un malade sur cinq fréquentait une collectivité (jardin d'enfant, foyer scolaire). Un seul enfant était sous antibioprofylaxie (Bactrim\*). Trente pour cent des patients avaient été hospitalisés il y a moins de 3 mois. La moitié de nos enfants présentaient des antécédents d'infection urinaire ; avec un âge de 1,3ans  $\pm$ 2 lors du premier épisode. Trois quarts des germes isolées étaient Escherichia coli, contre Klebsiella pneumoniae dans 19% des cas. Les explorations radiologiques ont objectivé un méga-uretère chez 2 malades, un reflux vésico-urétéral grade IV chez un autre malade, et une bifidité pyélique chez un autre. Quatorze patients étaient traités par antibiothérapie parentérale pendant 10 jours ; les deux autres malades ont reçu une C3G orale, pour retard de récupération de la culture de l'ECBU, avec une bonne évolution pour tous les malades.

### **Conclusion**

L'augmentation de la fréquence des entérobactéries sécrétrices de BLSE est observée non seulement dans les infections nosocomiales mais aussi dans les infections communautaires. Les antécédents d'infection urinaire et de prise récente de C3G représentent les principaux facteurs de risque d'infection urinaire par ces germes. En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène, et de leur caractère commensal qui expose au risque de diffusion hors de l'hôpital, ces bactéries multi-résistantes doivent faire l'objet d'un programme national de surveillance, avec prévention de leur transmission et réduction de la prescription aberrante d'antibiotiques.

### **P78 - Méningite en pédiatrie : Etude de 22 cas**

A. ELLEUCH (1), Z. HADRIC (1), M.WELLI (1), A.BEN HLIMA (1), L.GARGOURI (1), A.MAHFOUDH(1)

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

### **Introduction**

Une méningite est un processus inflammatoire généralement d'origine infectieuse atteignant les méninges et entraînant des modifications des constantes biologiques du liquide céphalorachidien.

### **Objectifs**

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



## **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective menée sur une période de 10 mois (janvier 2019 - octobre 2019) ayant colligé 22 cas de méningite hospitalisés dans le service de pédiatrie urgence et réanimation pédiatrique.

## **Résultats**

12 filles et 10 garçons ont été colligés. L'âge moyen était de 6 ans (extrêmes : 5 j-13ans). 8 de nos malades vivent dans un milieu rural, dont 4 ayant un mauvais niveau socioéconomique. la vaccination était à jour chez tous non malades. Une prise d'antibiotique préalable est notée dans 9 cas. Le délai de consultation était dans 17 cas >3jours de début des symptômes. Alors que la durée moyenne d'hospitalisation était de 9j (extrêmes : 2j-24j). Le tableau clinique a été marqué par une fièvre chez 17 patient ; une hypothermie chez deux ; une céphalée dans 13 cas ; une sonophobie dans 6 cas ; une conscience altérée dans 6 cas ; un score de Glasgow altéré dans 2 cas ; un syndrome méningé dans 15 cas ; l'état hémodynamique et respiratoire étaient instable dans 5 cas Sur le plan biologique, 17 malades avaient un SIB La PL était fait chez tous les malades, pathologiques dans tous les cas (EB : 16-2500) ; une hypoglycorrachie est notée dans 13 cas et une hyperproteïnorrhachie est notée dans 10 cas. Un scanner cérébral fait chez 13 malades pathologiques dans 3 cas 3 malades avaient été intubés ; 11 malades ont reçu le C3G + vancomycine ; 2 malades ont reçu le C3G+amoxicilline+genta et 6 malades n'ont reçu aucun traitement. La durée moyenne de traitement était de 10 jours (extrême 7- 21jours) L'enquête étiologique a conclu à une méningite virale dans 9 cas ; à pneumocoque dans 2 cas ; décapitée dans 5 cas ; néonatale dans 5 cas et bactérienne à germe non identifié dans un seul cas L'évolution était favorable dans 19 cas et fatales dans 3 cas. Des complications à type de convulsion sont observées dans 3 cas.

## **Conclusion**

Les méningites de l'enfant restent un problème de santé publique grave de par leur incidence et de la lourde charge qu'elles engendrent en termes de morbi-mortalité et de coûts. Il s'agit d'une urgence diagnostique. Si le diagnostic est en règle facile chez le grand enfant devant l'association d'un syndrome infectieux et d'un syndrome méningé, le diagnostic est beaucoup plus difficile et peut être atypique chez le nourrisson. Ce travail est l'occasion de rappeler la nocivité de la prescription des antibiotiques "à l'aveugle" par certains médecins ou l'automédication par certains parents qui risquent de décapiter une grave infection sans la juguler.

## **P79 - Coqueluche chez le jeune nourrisson : Etude de 43 cas**

M. ABDELBERI (1), S. TILOUCHE (1), A. LAAYOUNI (1), R. KEBAILI (1), A. TEJ (1), N. SOYAH (1), J. BOUGUILA (1), L. BOUGHAMMOURA (1),

**Service pédiatrie, CHU Farhat Hached Sousse (1),**

### **Introduction**

La coqueluche est devenue une préoccupation majeure des services de pédiatrie devant sa réémergence dans notre pays

### **Objectifs**

Dégager les particularités épidémiologiques, cliniques , paracliniques et évolutives de la coqueluche chez le nourrisson

### **Matériel et méthodes**

Nous avons conduit une étude descriptive , rétrospective et muticentrique dans les services de pédiatrie Farhat Hached , Sahloul, et Ibn el Jazzar comportant 43 cas de coqueluche confirmée par PCR durant une période de 5 ans allant du 1 er Janvier 2014 au 31 Décembre 2018

### **Résultats**

La moyenne d'âge des enfants était de 67 jours , 74.4% n'ont pas été vaccinés au moment de l'hospitalisation .Les principaux motifs de consultation ont été les quintes de toux , la cyanose et les difficultés alimentaires dans respectivement 100%, 79.1% et 51.2% des cas. Les tableaux cliniques ont été principalement marqués par une polypnée (55.8%), cyanose (65.1%) et une apnée dans 11.6%. A la biologie , une hyperleucocytose a été constatée dans 97.7% des cas et une hyperlymphocytose dans 72.1% des cas. Les complications ont été dominées par les complications respiratoires, une HTAP dans 7 % et SDRA dans 4.7% . Les manifestations neurologiques ont été constatées dans 13.9% des cas. La coqueluche maligne a été retenue chez 8 nourrissons soit 18.6%.La mortalité a été de 7%, tous ayant une coqueluche maligne

### **Conclusion**

Cette réémergence de la coqueluche est due à un changement de l'épidémiologie .Elle incite à améliorer la stratégie de prévention auprès des adultes

## **P80 - La tuberculose digestive: Particularités chez l'enfant**

Z. KHLAYFIA (1), N. BRAHIM (1), H. OUERDA (1), R. BEN AZIZA (1), J. KANZARI (1), I. SELMI (1), E. MERMECH (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1)

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

### **Introduction**

La tuberculose est une pathologie rare dans les pays développés. Elle peut toucher l'enfant surtout dans les pays endémiques. En Tunisie, cette maladie est encore fréquente en particulier dans la population pédiatrique. Cependant la localisation digestive reste rare en pédiatrie. Mais depuis quelques années l'incidence de cette maladie ne cesse d'augmenter probablement suite au relâchement dans le programme de lutte et à la détérioration de l'hygiène générale.

### **Objectifs**

Préciser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des tuberculoses digestives en pédiatrie.

### **Matériel et méthodes**

Etudes rétrospectives sur 4 ans colligeant les cas pédiatriques de tuberculoses digestives ayant été hospitalisées dans le service de pédiatrie du CHU Mongi Slim La Marsa entre janvier 2016 et Novembre 2019.

### **Résultats**

Nous avons colligé 6 cas (5 filles et 1 garçon). L'âge variait entre 5 et 9 ans. Nous n'avons pas trouvé d'antécédents notables hormis une patiente atteinte de mucoviscidose. Aucun contagé tuberculeux humain. Deux patients ont consommé un produit laitier non pasteurisé. Tous les enfants ont été vaccinés correctement selon le calendrier vaccinal national. Une fièvre prolongée était présente dans 4 cas avec une durée variant entre 11 jours et 3mois. Des frissons et des sueurs nocturnes étaient présents seulement dans un cas. 3 patients ont présenté une altération de l'état général avec asthénie et anorexie. Une distension abdominale avec matité à la percussion ont été notées chez 3 patients. Une hépatomégalie a été retrouvée chez 2 patients. Des adénopathies ont été retrouvées chez deux patients de localisations inguinales et cervicales. L'IDR à la tuberculine était positive dans 2 cas. La recherche de BK dans les crachats était positive dans un seul cas. Toutes les radios thoraciques étaient normales. Le Marqueur CA 125 était fortement positif dans 5 cas

(Dosage non fait pour le 6ème enfant). La biologie a montré un syndrome inflammatoire biologique avec CRP positive et VS accélérée, une hyper-protidémie, une hyper-gamma-globulinémie et une hypo-albuminémie dans tous les cas. L'échographie et la TDM abdominale ont montré des signes à type d'ascite de grande abondance cloisonnée, avec des adénomégalies multiples hypodenses nécrosées dans 5 cas. L'étude histologique des pièces anatomopathologiques prélevées lors des coelioscopies diagnostiques ont montré la nécrose caséuse, confirmant le diagnostic d'une tuberculose digestive ganglionnaire dans 2 cas et péritonéale dans 4 cas. L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux pendant en moyenne 9 mois avec normalisation du CA125 et de l'échographie abdominale à la fin du traitement.

### **Conclusion**

La tuberculose abdominale doit être toujours suspectée en pédiatrie devant une fièvre prolongée d'autant plus si elle est associée à des symptômes abdominaux. Le CA 125 représente un excellent marqueur pour le diagnostic et le suivi de cette maladie. Mais la coelioscopie avec preuve histologique et bactériologique restent indispensables pour le diagnostic.

## **Endocrinologie**

### **P81 - L'hyperthyroïdie de l'enfant : illustration par deux observations**

Z. ZAROUÏ (1), S. BEN MESSAOUD (1), H. BOUDABOUS (1), S. BEN HSSINE (1), H. AZZOÛZ (1), MS. ABDELMOULA (1), A. BEN CHEHIDA (1), N. TEBIB (1),

Service de Pédiatrie, Hôpital La Rabta (1),

### **Introduction**

Contrairement à celle de l'adulte, l'hyperthyroïdie de l'enfant est une endocrinopathie rare. Elle est de ce fait mal connue des pédiatres et pose essentiellement un problème étiologique et thérapeutique.

### **Objectifs**

Décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives de l'hyperthyroïdie de l'enfant.

## **Matériel et méthodes**

Nous rapportons les deux cas d'hyperthyroïdie périphérique colligées au service de pédiatrie du CHU La Rabta durant les vingt dernières années.

## **Résultats**

Cas 1 : Adam, s'est présenté à l'âge de 3,5 pour une boiterie. L'exploration radiologique et scintigraphique a conclu à une fracture pathologique secondaire à une dysplasie osseuse multifocale. Le syndrome de Mac Cune-Albright a été retenu devant l'association à une géante tache café au lait à bords irréguliers. Il a été mis sous bisphosphonates et surveillé à la recherche de puberté précoce et d'endocrinopathies hypersecrétante. Une hyperthyroïdie périphérique se manifestant par une tachycardie sinusale isolée, sans retentissement cardiaque significatif, a été diagnostiquée à l'âge de 5 ans : la TSH était effondrée et la FT4 élevée. Les anticorps antithyroïdiens étaient négatifs. La thyroïde était augmentée de taille et nodulaire à l'échographie ; en place, hyperfixante et homogène à la scintigraphie. L'évolution clinico-biologique a été favorable sous bétabloquant et thiamazole (antithyroïdien de synthèse (ATS)). Une tendance à la leucopénie a amené à réduire les doses d'ATS à la dose minimale efficace, avant de discuter la thyroïdectomie. Cas 2 : Il s'agit d'une fille de 4 ans, qui avait une exophtalmie bilatérale modérée constatée fortuitement lors d'une consultation pour une fièvre aiguë. Elle n'avait pas d'autres signes fonctionnels d'hyperthyroïdie. L'examen clinique a objectivé un goitre homogène non compressif. Le bilan thyroïdien a montré une TSH effondrée associée à une FT3 et une FT4 très élevés. L'échographie cervicale a visualisé un goitre nodulaire. Les anticorps anti-TSH étaient négatifs et les anti-TPO positifs. Une maladie de Basedow a été retenue. L'évolution a été marquée par une euthyroïdie spontanée (les ATS, en manque, ont été arrêtés par la patiente). L'arrêt des ATS a été maintenu et les bêtabloquants progressivement arrêtés, en l'absence de signe clinique d'hyperthyroïdie et moyennant une surveillance clinico-biologique.

## **Conclusion:**

A travers ces deux observations, nous avons illustré la rareté de l'hyperthyroïdie en pédiatrie, son hétérogénéité phénotypique, étiologique et évolutive et les difficultés thérapeutiques. Le pronostic dépend essentiellement de la précocité du diagnostic ainsi que de l'étiologie.

## **P82 - Syndrome d'Allgrove pédiatrique : A propos de 6 cas**

Z. KHLAYFIA (1), R. BEN AZIZA (1), H. OUERDA (1), M. KHALFA (1), J. KANZARI (1), I. SELMI (1), E. MERMECH (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

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

### **Introduction**

Le syndrome d'Allgrove ou syndrome des 3 A est une affection génétique de transmission autosomique récessive associant dans sa forme complète : achalasie, alacrymie et insuffisance surrénale. Une atteinte neurologique associée notamment du système nerveux autonome définit le syndrome des 4A. C'est une affection rare, près de 100 cas ont été rapportés dans la littérature.

### **Objectifs**

Nous rapportons les particularités cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives du syndrome des 3A à travers 6 observations pédiatriques qui ont été prises en charge dans le service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa.

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective descriptive menée au service de pédiatrie de l'Hôpital Mongi Slim La Marsa en Tunisie durant une période de 10 ans (janvier 2009 - janvier 2019) colligeant les cas de syndrome des 3A chez les enfants âgés de 1 à 16 ans.

### **Résultats**

Nous avons colligé 6 observations (4 filles et 2 garçons) dont 2 sœurs issues d'un mariage consanguin du 1er degré. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 2 ans et 9 mois avec des extrêmes allant de 9 mois à 10 ans. Les circonstances de découverte étaient un tableau de vomissements chroniques dans 3 cas et une mélanodermie avec asthénie révélant une hypoglycémie dans 2 cas. Dans un cas, le diagnostic a été évoqué chez une fille ayant comme antécédent un syndrome des 3A chez une sœur aînée et qui avait une hyposécrétion lacrymale. L'insuffisance surrénalienne a été confirmée par un bilan hormonal avec une cortisolémie moyenne de 28,4 nmol/L et un taux moyen d'ACTH à 987,2 pg/ml. Le traitement hormonal substitutif à base de glucocorticoïdes a été instauré avec une dose moyenne de 15mg/m2 SC/J. L'alacrymie était déjà présente chez tous les enfants au moment du diagnostic. Le test de Schirmer a montré une sécheresse oculaire bilatérale en faveur d'une alacrymie dans 5 cas ayant nécessité la mise des enfants sous larmes artificielles.

La manométrie a été pratiquée dans 5 cas confirmant l'achalasia dans tous les cas. Une cardiomyotomie de Heller après échec de la dilatation pneumatique a été pratiquée dans 5 cas. Deux patientes ont présenté des troubles moteurs oesophagiens après la cardiomyotomie dont une présentant une symptomatologie respiratoire invalidante ayant entraîné une fibrose pulmonaire. L'atteinte neurologique a été objectivée chez 2 enfants, une fille et un garçon, dont un cas d'atteinte de la corne antérieure « SLA Like » et un cas d'atteinte neurogène motrice type centrale.

### **Conclusion**

Le syndrome de 3A est une affection qui peut être révélée par un tableau clinique et biologique variable. Toute alacrymie de l'enfant doit faire évoquer ce syndrome. L'achalasia est le trouble le plus fréquemment rencontré après l'alacrymie. La recherche active de l'insuffisance surrénalienne, qui peut mettre en jeu le pronostic vital, est nécessaire afin d'instaurer rapidement un traitement hormonal substitutif évitant les décompensations et les complications.

## **Néphrologie**

### **P83 - Néphropathie transitoire induite par Sirolimus : à propos d'un cas**

Z. KHLAYFIA (1), R. BEN AZIZA (1), H. OUERDA (1), A. GUIZANI (1), I. SELMI (1), E. MERMECH (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

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

### **Introduction**

Les lymphangiomes sont des tumeurs kystiques non infiltrantes dues à la présence de séquestres lymphatiques non communicants développés en marge du réseau lymphatique. Ils représentent 6 % des tumeurs bénignes de l'enfant. La sclérothérapie suivie d'une chirurgie d'exérèse représente le traitement de choix de cette pathologie. Cependant de nouveaux médicaments se sont développés ces dernières années. Parmi ces médicaments, le Sirolimus a révolutionné la prise en charge médicale des lymphangiomes kystiques diffus non opérables mais parfois au dépend d'effets indésirables qui sont essentiellement hématologiques, infectieux, digestifs et rénales.

## Objectifs

Nous rapportons le cas d'une protéinurie transitoire induite par le Sirolimus chez une fille porteuse d'un lymphangiome kystique thoraco-brachial congénital.

## Matériel et méthodes

Etude rétrospective d'un cas de lymphangiome kystique thoraco-brachial congénital traité par le Sirolimus induisant un syndrome néphrotique (SN) suivie au service de pédiatrie du CHU Mongi slim La Marsa en 2019.

## Résultats

Fille âgée 19 mois consulte pour une fièvre évoluant depuis 5 jours associée à une toux et une dyspnée. Elle avait comme antécédent un lymphangiome kystique thoraco-brachial droit congénital inopérable pour lequel elle a été mise sous Sirolimus (Rapamune®) depuis 3 mois à la dose de 1.5mg/m<sup>2</sup> SC/ j. A l'examen l'enfant avait une détresse respiratoire sévère avec des signes de lutte importants et une désaturation à 90% à l'air ambiant, une fièvre chiffrée à 40°C avec un état hémodynamique stable, un bon état neurologique et une masse thoraco-brachial droite multikystique faisant 20×10 cm. La conduite initiale était de mettre l'enfant sous oxygénothérapie avec mise en place d'une perfusion de sérum glucosé et arrêt temporaire du traitement immunosuppresseur. La radiographie thoracique faite au lit du malade a révélé une pneumopathie prenant les 2/3 du champ pulmonaire gauche. Le bilan infectieux initial trouvait une hyperleucocytose à prédominance neutrophile, une CRP très élevée à 426 mg/l et une anémie à 9.7 g/dl hypochrome microcytaire. Une antibiothérapie à base d'Amoxicilline à la dose de 150mg/kg/j visant le pneumocoque a été alors démarré et l'évolution a été marquée par une apyrexie rapide et durable avec un sevrage de l'oxygène au bout de 48 heures. Devant la gravité initiale de la détresse respiratoire avec signe de déshydratation, un bilan rénal avec ionogramme ont été demandés révélant une insuffisance rénale d'allure fonctionnelle qui a été jugulée au bout de 24 heures de perfusion intraveineuse. Par ailleurs la bandelette urinaire a montré une protéinurie à 3 croix sans hématurie, une densité urinaire à 1020 sans nitriturie ni leucocyturie. L'échographie-doppler rénal était sans anomalies. Devant la persistance de la protéinurie, une néphropathie induite par le Sirolimus a été évoquée. Une électrophorèse des protéines a objectivé une hypoprotidémie à 57 g/l et une hypoalbuminémie à 28 g/l. La protéinurie de 24heures était à 100mg/kg/ 24heures. Le diagnostic de SN a été retenu et l'évolution a été marquée par une régression spontanée des perturbations biologiques à l'arrêt du traitement immunosuppresseur sans recours aux corticoïdes confirmant le caractère transitoire et induit du SN par le Sirolimus.



## **Conclusion**

Le lymphangiome kystique est une pathologie rare sans être exceptionnelle. Le Sirolimus est de plus en plus utilisé dans la prise en charge de cette pathologie surtout en cas d'échec ou de non faisabilité de la sclérothérapie ou de la chirurgie. Une évaluation de la balance bénéfices-risques reste cependant indispensable avant l'utilisation d'un tel traitement ainsi qu'une surveillance clinique et biologique étroite pendant son utilisation.

## **Pneumologie**

### **P84 - Exacerbation sévère d'asthme**

F. KHALSI (1), S. KBAIER (1), R. TEBBINI (1), I. BELHADJ (1), S. HAMOUDA (1), K. BOUSSETTA (1)

**Service de Pédiatrie B – Hôpital d'enfants de Tunis(1)**

#### **Introduction**

L'asthme est une maladie respiratoire chronique fréquente, grave et parfois mortelle. L'exacerbation sévère d'asthme survient de manière aiguë ou subaiguë en réponse à un agent extérieur ou à une mauvaise compliance au traitement. Elle résulte d'un bronchospasme particulièrement intense, à l'origine d'un syndrome obstructif sévère.

#### **Objectifs**

Mettre en lumière la prise en charge thérapeutique, les difficultés rencontrées et les aspects évolutifs d'une exacerbation sévère d'asthme.

#### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective concernant des observations d'exacerbation sévère d'asthme incluant 20 patients colligés au service de Médecine Infantile B de l'Hôpital d'Enfants de Tunis durant 3 ans (2016-2018). Le diagnostic d'exacerbation sévère d'asthme (ESA) était clinique, défini comme une exacerbation d'asthme susceptible de mettre en jeu le pronostic vital et/ou nécessitant une prise en charge urgente (dénomination ancienne asthme aigu grave).

## Résultats

Nous avons colligé 20 patients hospitalisés pour exacerbation sévère d'asthme. Le sexe féminin représentait 64%. La moyenne d'âge était de 3.6 ans [7 mois -13 ans et demi]. La majorité des crises sont survenues durant la saison hivernale (64%). La crise était inaugurale dans 72 % des cas. Pour les asthmatiques connus, l'asthme était non contrôlé avec une mauvaise observance thérapeutique et un arrêt du traitement. L'asthme était associé à une rhinite allergique dans 18% des cas, à une allergie aux protéines de lait de vache 9% des cas. Tous les patients étaient eutrophiques, n'ayant aucune comorbidité. A l'admission, la FR était entre 50 -75 c/min, tous les patients présentaient des signes de lutte marqués avec des sibilants à l'auscultation pulmonaire, la spO<sub>2</sub> à l'AA était entre 84-100%. L'état hémodynamique était instable chez deux patients. L'état neurologique était altéré dans 45% des cas. Un SIADH a été retrouvé chez un seul patient. La gazométrie a été faite chez 5 patients objectivant une acidose respiratoire compensée. Une coïnfection bactérienne a été retrouvée chez 3 patients. La radio thorax a été faite chez tous les patients objectivant une distension thoracique. Un seul patient avait un pneumomédiastin et un pneumothorax droit. Le traitement initial était basé sur l'oxygénothérapie, des nébulisations Bricanyl et du Solumédrol chez tous les patients. Les LNHD ont été mis pour deux malades. Les nébulisations d'Atrovent ont été utilisées chez 4 patients. Le sulfate de magnésium a été utilisé chez 3 patients secondairement devant la persistance des signes de gravité respiratoires. L'évolution était favorable chez tous les malades sauf 2 patients qui ont nécessité le transfert au service de réanimation pédiatrique. Aucun patient n'a été intubé. L'évolution était favorable dans tous les cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours.

## Conclusion

L'exacerbation sévère d'asthme est une complication pouvant mettre en jeu le pronostic vital déclenchée par des facteurs de non contrôle de la maladie asthmatique.

## P85 - Les malformations artério-veineuses pulmonaires : à propos d'un cas.

Y. BEN REJEB (1), M. ZARRAD (1), S. LAJILI (1), H. BARAKIZOU (1), S. GANNOUNI (1),

Service de pédiatrie, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis. (1),

## Introduction

Les malformations artério-veineuses pulmonaires correspondent à une communication anormale directe entre une artère et une veine pulmonaires à travers un sac

anévrismal sans interposition de secteur capillaire. Elles sont rares mais peuvent entraîner des complications ischémiques, infectieuses et hémorragiques, parfois létales. Environ 10% des cas sont identifiées chez l'enfant et l'adolescent.

### **Objectifs**

Mettre le point sur cette pathologie rare mais sévère.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une fille âgée de 2ans et 7mois sans antécédents pathologiques notables, qui présentait depuis l'âge de 1an une cyanose des lèvres survenant au moment des pleurs puis au repos.

### **Résultats**

A l'examen enfant eutrophique en bon état général. On notait une cyanose des lèvres et un hippocratisme digital, à l'auscultation cardiaque éclat de B2 au foyer pulmonaire. La saturation de l'oxygène était à 82 % à l'air ambiant et à 86% sous oxygène (6l/min), le reste de l'examen est sans anomalies. La gazométrie montrait une hypoxémie à 41mmHg et une hypocapnie à 35mmHg. La radiographie du thorax montrait une opacité basithoracique gauche. L'échographie cardiaque a objectivé une dilatation modérée des cavités gauches. La tomодensitométrie thoracique a objectivé une volumineuse malformation vasculaire artério-veineuse pulmonaire postéro-basale gauche. L'enfant a bénéficié d'une embolisation percutanée sans incidents avec un recul de six mois.

### **Conclusion**

Chez plus de 80% des patients, les malformations artério-veineuses pulmonaires sont associées à la maladie de Rendu-Osler. Le dépistage chez ces malades et les membres de leurs familles est systématique. Le traitement de choix est l'embolisation, la résection chirurgicale n'est pratiquement jamais indiquée.

## **P86 - Syndrome hyper IgE révélé par une pneumopathie hypoxémiante**

Z. KHLAYFIA (1), I. BOUDICH (1), H. OUERDA (1), N. BRAHIM (1), J. KANZARI (1), I. SELMI (1), E. MERMECH (1), S. HALIOUI (1), A. MAHERZI (1), O. AZZABI (1), N. SIALA (1),

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

### **Introduction**

Le syndrome hyper IgE est une maladie autosomique dominant entrainant un déficit immunitaire héréditaire caractérisé par l'apparition d'abcès récidivants, d'infections des sinus et des poumons et d'éruption cutanée sévère. C'est une maladie rare et méconnue dont le diagnostic n'est pas toujours facile.

### **Objectifs**

Etudier les particularités cliniques diagnostiques, thérapeutiques et évolutives d'un cas de syndrome hyper IgE pédiatrique

### **Matériel et méthodes**

Etude rétrospective d'un cas de syndrome hyper IgE pédiatrique diagnostiqué au service de pédiatrie du CHU Mongi Slim La Marsa.

### **Résultats**

Fille ZR âgée de 4 ans aux antécédents de bronchopneumopathies à répétition, de muguet récidivant et d'eczéma chronique sous corticothérapie depuis le jeune âge. Elle a été admise pour dyspnée sévère en rapport avec une pneumopathie hypoxémiante. A l'examen, l'enfant était eutrophique, cyanosée, polypnéique avec un tirage sous costal et un battement de ailes du nez, la Saturation en O<sub>2</sub>=80% à l'Air Ambient et 95% sous O<sub>2</sub>, FC=130bpm TRC immédiat. La radiographie du thorax a montré un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral. Devant l'aggravation de la dyspnée, l'enfant a été transférée au service de réanimation où l'évolution était favorable sous antibiotiques au bout de 5 jours. Devant ces bronchopneumopathies récidivantes, un bilan exhaustif a été réalisé éliminant une hémosidérose (LBA : absence sidérophage), une obstruction bronchique intra ou extraluminale (Fibroscopie bronchique normale), Malformation bronchique, Dyskinésie ciliaire, DDB (TDM thoracique normale), mucoviscidose (Test de la sueur normal), cardiopathie (Echographie cardiaque normale), déficit immunitaire (bilan immunitaire normal)...Devant l'atteinte cutanée associée à une atteinte pulmonaire et devant les résultats de la NFS qui a montré hyperéosinophilie à 5000 élément/mm<sup>3</sup>, un syndrome d'hyper

IgE a été suspecté. Le dosage des IgE totales a confirmé le diagnostic en montrant des IgE à 7942 KUI/L (VN<45) probablement dans le cadre d'un syndrome de Buckley. L'évolution était favorable sous antibiotique et traitement topique local de la dermatite et l'enfant a été adressé en milieu spécialisé pour prise en charge.

### **Conclusion**

Le syndrome hyper-IgE doit être évoqué devant des abcès cutanés récidivants, des pneumonies récidivantes, une atteinte cutanéomuqueuse candidosique associés à des niveaux sériques d'IgE élevés (> 2000 UI/ml) et une hyperéosinophilie. La confirmation diagnostique est génétique ce qui permet un diagnostic prénatal. La prise en charge est multidisciplinaire mais reste symptomatique.

### **P87 - Syndrome de cimenterre révélé par une inhalation d'un corps étranger**

H. BEN BELGACEM (1), N. SOYAH (1), H. CHAKROUN (1), R. KBAILI (1), A. TEJ (1), S. TILOUCHE (1), J. BOUGUILA (1), A. HAMZAOUI (2), L. BOUGHAMMOURA (1),

Service pédiatrie, CHU Farhat Hached Sousse (1), Service pneumologie, Hôpital Abderrahmen Mami Ariana (2),

### **Introduction**

Le syndrome du cimenterre ou syndrome veino-lobaire de Felson est une pathologie rare, caractérisée par l'association d'anomalies malformatives cardio-pulmonaires notamment un retour veineux pulmonaire droit anormal, situé le plus souvent dans la veine cave inférieure.

### **Objectifs**

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson de 15 mois, dont le diagnostic de syndrome de cimenterre a été fait à l'occasion d'une inhalation de corps étranger d'évolution atypique.

### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson de 15 mois, dont le diagnostic de syndrome de cimenterre a été fait à l'occasion d'une inhalation de corps étranger d'évolution atypique.

### **Résultats**

Il s'agit d'un garçon de 15 mois, sans antécédents pathologique hospitalisé pour un

syndrome de pénétration datant de quelques heures. L'examen à l'admission a montré un nourrisson eutrophique pour son âge, polypnéique, un tirage sous costal et une saturation correcte. La radiographie du thorax a objectivé une atélectasie droite. Une fibroscopie bronchique rigide a permis l'extraction du corps étranger (pistache), mais le contrôle radiologique a montré la persistance de l'atélectasie droite. Une fibroscopie bronchique souple a permis de vérifier la vacuité de l'arbre bronchique et de révéler une anomalie de l'arborisation bronchique à droite. Le complément d'angio-scanner thoracique a montré une dextrocardie, un retour veineux pulmonaire anormal partiel attesté par un drainage double de la veine pulmonaire supérieure droite qui se fait à la fois vers atrium gauche à travers un collecteur veineux unique avec la veine pulmonaire inférieure gauche et par un autre collecteur dans la VCI sous diaphragmatique, une hypoplasie du champ pulmonaire droit touchant le lobe moyen associée à une anomalie de la systématisation bronchique et une agénésie partielle du diaphragme droit avec hernie du foie gauche en intrathoracique.

### **Conclusion**

Le syndrome du cimenterre est une maladie exceptionnelle, méconnue, dont l'expression clinique est insidieuse et non spécifique. Le diagnostic est confirmé par l'angioscanner thoracique. Le traitement chirurgical est indiqué en cas de shunt gauche droit sévère, de séquestre ou d'infections pulmonaires à répétition.

## **Génétique**

### **P88 - Syndrome de Kaufman : A propos de deux cas.**

E. CHERIFI (1), F. AYARI (1), A. KHALOUAOUI (1), M. REBHI (1), Y. SDIRI(1), W. BELHAJAMMAR(1), N. BENAMEUR(1), M. CHEOUR (1), S. KACEM(1)

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

### **Introduction**

Le syndrome de McKusick-Kaufman est caractérisé par une association entre une polydactylie post axiale, une cardiopathie congénitale, un hydro-hématocolpos chez les filles ou des malformations génitales chez les garçons (hypospadias, cryptorchidie). Il s'agit d'un syndrome rare. En effet une centaine de cas a été rapporté dans la littérature.

## **Objectifs**

Mettre le point sur ce syndrome génétique rare.

## **Matériel et méthodes**

Nous rapportons deux cas de syndrome de McKusick-Kaufman dans une même fratrie.

## **Résultats**

Il s'agissait de deux frères de sexe masculin nés au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis respectivement en 2014 et 2016, issus de parents consanguins du deuxième degré. Comme antécédents familiaux nous retrouvons 3 cousins paternels atteints de cécité progressive. La mère était G4P3 dont une mort fœtale et une fausse couche spontanée. Pour le premier enfant le diagnostic anténatal a révélé une pyélectasie bilatérale et un doute sur des malformations intracrâniennes. Pour le deuxième enfant, l'échographie a montré des reins hypoéchogènes. Les deux enfants étaient nés à terme. L'examen à la naissance retrouvaient des nouveau-nés eutrophiques. Ils présentaient une hexadactylie post axiale péronière bilatérale et cubitale droite dans les deux cas. Un phimosis a été objectivé chez le frère aîné et une ectopie testiculaire chez le benjamin. L'auscultation cardio-pulmonaire était normale dans les deux cas. Le benjamin avait une hypotonie axiale. L'échographie rénale post-natale a montré une dilatation pyélocalicielle bilatérale chez le plus âgé et une néphromégalie chez le deuxième frère. Une pupille ovalisée hypoplasique sans rétinopathie pigmentaire a été objectivée à l'examen ophtalmologique de l'aîné. Les échographies trans-fontanelles des deux nouveau-nés étaient normales. L'exploration cardiaque montre une CIA chez le frère aîné. Les deux patients ont un développement psychomoteur normal jusqu'à cette date.

## **Conclusion**

Le Syndrome de Kaufman est une maladie héréditaire autosomique récessive rare. Le diagnostic repose sur l'association des atteintes génitales à la polydactylie et les malformations cardiaques. Le diagnostic prénatal reste jusqu'à nos jours impossible. Le traitement est symptomatique et repose sur une réparation chirurgicale.

## **P89 - Association cardiopathies congénitales et trisomie 21 : étude de 30 cas**

M. GUIRAT (1), S. SKOURI (1), Y. ELARIBI (1), S. HIZEM (1), H. JILANI (1), I. REJEB (1), I. SELMI (2), O. AZZABI (2), F. OUARDA (3), L. BEN JEMAA (1)

**Service des maladies congénitales et héréditaires, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1), Service de pédiatrie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (2), Service de cardiologie pédiatrique, CHU La Rabta, Tunis (3)**

### **Introduction**

La trisomie 21 ou syndrome de Down est l'une des principales causes de handicap intellectuel. Elle représente un problème majeur de santé publique. Certaines malformations sont fréquemment associées à cette aneuploïdie telles que les cardiopathies congénitales (44 à 77,6% des patients) et la maladie de Hirschsprung. Les cardiopathies congénitales représentent la principale cause de mortalité durant les deux premières années de vie. Le spectre de ces malformations est large avec prédominance du canal atrio-ventriculaire (40,7%).

### **Objectifs**

décrire à partir d'un échantillon de patients atteints de trisomie 21 les différents types de cardiopathies congénitales associées et comparer les résultats obtenus avec ceux de la littérature

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 30 patients présentant une trisomie 21 associée à une cardiopathie congénitale. Ces patients ont été colligés de Janvier 2012 à novembre 2019 au service des maladies congénitales et héréditaires de l'hôpital Mongi SLim, La Marsa.

### **Résultats**

Notre cohorte était composée de 14 filles et 16 garçons. La malformation cardiaque la plus fréquente était une communication inter-ventriculaire(CIV), retrouvée chez 5/30 patients (17%), suivie par la communication inter-auriculaire (CIA) (13%), la persistance du canal artériel commun (PCA) (13%) et l'association d'une CIA-CIV (13%). La communication atrio-ventriculaire (CAV), le foramen ovale perméable (FOP) et la présence d'une valvulopathie associée à une CIV étaient notées chez 3/30 patients (10%) chacune. D'autres anomalies ont été rarement retrouvées telles qu'une valvulopathie de type insuffisance mitrale (3% des cas) et une association d'une PCA soit avec une CIV (3%) ou une CIA (3%) ou un FOP (3%). La trisomie



21 était libre et homogène dans la majorité des cas (29/30 patients (97%)) et en mosaïque dans un cas.

### **Conclusion**

Dans notre étude, la CIV était la cardiopathie la plus fréquente chez les patients atteints de syndrome de Down. Ces résultats sont différents des études rapportées dans la littérature. Il est souhaitable de faire des études multicentriques afin d'avoir un échantillon représentatif.

### **P90 - Insuffisance mitrale et syndrome de Marfan : A propos d'un cas**

S. SKOURI (1), M. GUIRAT (1), I. REJEB (1), Y. ELARIBI (1), S. HIZEM (1), M. SEBAI (1), H. JILANI (1), L. BEN JEMAA (1),

**Service des maladies congénitales et héréditaires, Hôpital Mongi Slim, La Marsa (1),**

### **Introduction**

Le syndrome de Marfan est une pathologie multi-systémique en rapport avec une anomalie du tissu conjonctif. Elle est transmise selon le mode autosomique dominant. Sa prévalence mondiale est estimée à 1/5000. Les anomalies cardiovasculaires fréquemment associées à ce syndrome sont la dilatation de l'aorte ascendante ou la dissection aortique. Par ailleurs, les valvulopathies mitrales, peu documentées, sont retrouvées chez 80% des patients.

### **Objectifs**

Décrire les principales caractéristiques cliniques du syndrome de Marfan à partir d'une observation

### **Matériel et méthodes**

observation d'une fille âgée de 3 ans et demi atteinte de syndrome de Marfan

### **Résultats**

Il s'agit d'une patiente âgée de 3 ans et demi adressée pour suspicion de Syndrome de Marfan. Elle présentait une insuffisance mitrale modérée et une insuffisance tricuspidiennne. Sur le plan orthopédique, nous avons objectivé un pectus carinatum, une scoliose dorsale et des pieds plats. De plus, le rapport du segment supérieur sur le segment inférieur était supérieur à 1,05. L'examen ophtalmologique a montré une ectopie bilatérale du cristallin. Le séquençage de l'exome a montré une mutation pa-

thogène faux sens de l'exon 32 du gène Fibrillin 1 (FBN1) c.3998G>A (p.Cys1333Tyr) à l'état hétérozygote. Ce variant n'a été antérieurement qu'une seule fois chez un patient chinois ayant un syndrome de Marfan.

### **Conclusion**

Le diagnostic du syndrome de Marfan doit être recherché devant la présence d'une valvulopathie mitrale peu connue dans cette pathologie en association avec les autres critères cliniques. Une étude moléculaire des parents est nécessaire pour déterminer l'origine de la mutation afin de donner un conseil génétique adapté.

### **P91 - Trisomie 21 et cardiopathie congénitale : à propos de 16 cas**

A. ELLEUCH (1), MA. ZGHAL (1), M. WALI (1), A. BEN HLIMA (1), L. GARGOURI (1), A. MAHFOUDH (1)

**Service de Pédiatrie Urgence et Réanimation Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax (1)**

### **Introduction**

La trisomie 21 constitue l'anomalie chromosomique la plus fréquente chez l'enfant. A côté du retard mental et des autres malformations, une cardiopathie congénitale est associée dans 45% à 55% des cas.

### **Objectifs:**

Déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de cette pathologie dans notre service.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos des cas de trisomie 21 associé à une cardiopathie colligés au service de pédiatrie de l'hôpital Hédi Chaker sur une période de 10 ans de Janvier 2009 à Septembre 2019

### **Résultats**

Ces 16 cas se répartissent en 8 garçons, et 8 filles. L'âge des patients varie entre JO et 1 an avec une moyenne de 5 mois. Les shunts gauche-droites représentent 96% des cas, la communication interventriculaire avec 7 cas suivis par le canal atrio-ventriculaire: 4 cas, la persistance du canal artériel par 2 cas, et la communication interauriculaire par 2 cas. La tétralogie de Fallot est représentée par 1 cas. Ces cardiopathies ont évolué précocement vers une insuffisance cardiaque (43%), une

HTAP (31%) ou un trouble de rythme (6%). L'évolution est marquée par un décès chez 7 patients avant une éventuelle prise en charge chirurgicale.

### **Conclusion**

La prévention par un dépistage prénatal systématique chez les mères âgées pouvait permettre une prise en charge encore plus précoce des cardiopathies chez les enfants trisomiques pour éviter de les prendre en charge en stade de complications. La mortalité encore élevée par rapport aux pays développés reflète les difficultés rencontrées par le système de santé Tunisien et de tous les pays du tiers monde.

### **P92 - Ostéopétrose maligne infantile révélée par un retard staturo-pondéral : A propos d'un cas**

C. ABID (1), B. BRIKI (1), T. GUEDIRA (1), B. BRIKI(1), B. DONIA (1), A. SBOUI , (1), N. BALHOUDI (1), K. MANSOUR(1), S. KHAMMARI (1), H. MEJOUAL (1)

Service de pédiatrie – Hôpital Ibn El Jazzer Kairouan (1)

#### **Introduction**

L'ostéopétrose maligne infantile, ou encore maladie des os de marbre, est une maladie congénitale rare de la résorption osseuse. Sa prévalence est d'environ 1/200 000 naissances vivantes et sa transmission est autosomique récessive. Elle résulte de l'incapacité des ostéoclastes à résorber l'os immature, ce qui conduit à une densification osseuse anormale. Elle se manifeste principalement par une insuffisance médullaire, accompagnée d'une hépatosplénomégalie en raison d'une hématopoïèse extra-médullaire de compensation, de fractures, de troubles neurosensoriels (déficits visuels et auditifs par compression des nerfs crâniens). Sans traitement spécifique, elle est fatale dans les premières années de vie. Son diagnostic repose avant tout sur des critères cliniques, biologiques et radiologiques.

#### **Objectifs**

Nous rapportons un cas d'ostéopétrose révélée par un retard staturo-pondérale.

#### **Matériel et méthodes**

Nous rapportons un cas de nourrisson âgé de 13 mois, sans antécédents pathologiques notables hormis un ronflement nocturne, notion de consanguinité deuxième degré, premier enfant de la famille, admis dans notre service de pédiatrie Kairouan ibn jassar pour exploration d'un retard staturo pondéral. A l'examen : Poids 8kg200

( -2DS , -3DS ) , taille 81cm ( -2DS , -3DS ) , Périmètre crânien = 50 cm ( +3DS) ( macrocranie ) ; une fontanelle antérieure normo tendue avec un front bombant , notion d'obstruction nasale fréquente avec ronflement nocturne , absence d'hépatosplénomégalie , pas de déformations osseuses , pas des adénopathies. A la biologie : une anémie hypochrome microcytaire régénérative, globules blancs et plaquettes normaux. Dans le cadre de l'exploration de son retard staturo-pondérale, une radiographie de la main gauche a montré une hyperdensité des structures osseuses.

### **Résultats**

Devant le tableau clinique d'un retard staturopondérale , macrocranie , ronflement nocturne , anémie hypochrome microcytaire , une hyperdensité à la radio de la main gauche , une ostéopétrose a été fortement suspecté. On a complété par une radio du crâne qui a montré un aspect typique de loup de carnaval. L'enquête génétique est en cours.

### **Conclusion**

L'ostéopétrose maligne infantile est une maladie héréditaire rare et hétérogène sur le plan génétique dont le diagnostic repose avant tout sur un ensemble de critères cliniques, biologiques et radiologiques. Une enquête génétique à la recherche de mutations spécifiques permet de confirmer le diagnostic. Seule la greffe de cellules souches hématopoïétiques permet d'atténuer les symptômes de la maladie, mais celle-ci doit être réalisée le plus tôt possible afin de limiter les atteintes neurosensorielles irréversibles.

## **P93 - Troubles pédopsychiatriques en rapport avec la phénylcétonurie : A propos de 7 cas**

E. CHERIF (1), I. SOUELMIA (1), H. SLAMA (1),

Service de psychiatrie à l'hôpital militaire de Tunis (1),

### **Introduction**

La phénylcétonurie est une maladie génétique rare, de transmission autosomique récessive, touchant le métabolisme de la phénylalanine. Cette maladie organique entraîne des séquelles neuro-développementales importantes pouvant être associées à plusieurs manifestations psychiatriques, surtout chez les patients diagnostiqués tardivement.

## **Objectifs**

Dégager les troubles pédopsychiatriques pouvant être en rapport avec la phénylcétonurie.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective, à propos de sept cas de phénylcétonurie ayant consulté au service de pédopsychiatrie à Mahdia, entre l'année 2009 et l'année 2017 (soit 9 ans).

## **Résultats**

Sept patients ont été inclus dans notre étude. Il s'agissait de trois garçons et quatre filles. L'âge moyen des patients était de 6,8 années. Tous les patients avaient des antécédents familiaux de phénylcétonurie, ils étaient les descendants de trois familles. Trois patients appartenant à une même famille étaient déjà diagnostiqués en pédiatrie avant leur consultation. Les quatre autres patients ont été diagnostiqués après leur consultation en pédopsychiatrie dans le cadre du bilan étiologique. Les motifs de consultation étaient un retard du langage chez quatre enfants et un trouble du comportement chez les trois autres. Les diagnostics retenus chez ces patients étaient l'autisme chez trois enfants, un déficit intellectuel chez deux patients, un retard du développement global chez un patient, un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité chez un patient et l'entretien était à la limite de la normale chez un seul patient qui est le plus jeune (1 an et demi).

## **Conclusion**

Un dépistage néonatal et un diagnostic précoce de la phénylcétonurie permettrait d'instaurer précocement un régime alimentaire adapté, ce qui permet une nette amélioration des résultats au niveau cognitif et psychiatrique chez les personnes atteintes de cette pathologie.

## **P94- Dysplasie arythmogène du ventricule droit, à propos d'un cas**

H. CHAKROUN (1), N. SOYAH (1), H. BEN BELGACEM (1), R. KEBAILI (1), A. TEJ (1), S. TILOUCHE (1), J. BOUGUILA (1), L. BOUGHAMMOURA (1),

Service pédiatrie, CHU Farhat Hached Soussse (1),

## **Introduction**

La dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD) est une cardiomyopathie associant un remplacement fibro\_adipeux progressif et transmural plus ou moins diffus du myocarde droit et des arythmies ventriculaires parfois graves

## **Objectifs**

Nous rapportons un cas de DAVD, révélé par une syncope et nous discutons les aspects cliniques, paracliniques et la prise en charge de cette affection.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de DAVD, révélé par une syncope et nous discutons les aspects cliniques, paracliniques et la prise en charge de cette affection.

## **Résultats**

Enfant G.I. âgée de 9 ans, aux antécédents familiaux : père diabétique sous insuline, sans antécédents personnels notables admise, en juillet 2019 pour syncope avec notion de palpitations et de douleurs thoraciques. A l'examen : eutrophique, bon état hémodynamique et neurologique, pas d'hépatomégalie ni d'autre signe d'insuffisance cardiaque droite. L'ECC montre un rythme sinusal, une seule extrasystole supra ventriculaire. L'échographie cardiaque est dans les limites de la normale ; à part une valve mitrale peu dysplasique. L'holter rythmique est sans anomalie. Une IRM cardiaque, faite en Septembre 2019, a montré : une hypokinésie de la paroi latérale du VD associée à une dysfonction VD (FEVD= 23%) pouvant cadrer avec une DAVD. Devant l'holter de repos (datant du mois d'Aout 2019) qui est normal et la récurrence des symptômes, une épreuve d'effort et une nouvelle IRM cardiaque sont prévus pour discuter un éventuel traitement médical ou un dispositif de défibrillation

## **Conclusion**

Il s'agit d'une maladie d'origine génétique, diagnostiquée le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune. Elle expose au risque de trouble de rythme ventriculaire avec parfois mort subite, et au risque d'évolution vers l'insuffisance cardiaque. Le traitement a pour but de traiter les symptômes et de prévenir les complications.

## **P95- Management of tet spells in Tetralogy of Fallot: experience in ICR of Sahloul**

O. MHAMDI (1), H. AJMI (1), F. MAJDOUB (1), S. NOUIR (1), S. MABROUK (1), M. TFIFHA (1), S. HASSAYOUN (1), J. CHEMI (1), N. ZOUARI (1), S. ABROUG (1),

Service pédiatrie, CHU Sahloul, Sousse (1),

## **Introduction**

Tetralogy of fallot (TOF) is a type of heart defect present at birth. Symptoms at birth may vary from none to severe. TOF is typically treated by open-heart surgery in the first year of life. Timing of surgery depends on the baby's symptoms and size. Infants

and children with unrepaired tetralogy of Fallot may develop "tet spells". Clinically, tet spells are characterized by shortness of breath, cyanosis, agitation, and loss of consciousness. This may be initiated by any event -such as anxiety, pain, dehydration, or fever leading to decreased oxygen saturation .Treatment of tet spells range from squatting to intubation and ECMO.

### **Objectifs**

Describe tet spells's symptoms, Oppoint risk factors, Elaborate treatement modalities

### **Matériel et méthodes**

Retrospective study in which we collect cases of tet spells stayed in reanimation for the last 10 years.

### **Résultats**

We have collected seven cases. Four boys and three girls. Extreme age from three to 34months. Average age of diagnosis was 8 months. No case is diagnosed prenatally. Two cases of with a dysmorphic syndrome. Average oxygen saturation is 71% at the time of diagnosis. Gradient on the pulmonary tract ranges from 70 to 120 .mmHg. Max velocity on the pulmonary route calculated in two cases five and nine. Pulmonary ring size varies from 8 to 12 mm at ultrasound. CAP and MAPCA not found in any case. chest CT angiography performed in 4 cases with concordant ultrasound results. Tet spells initiated by anxiety 3 case, pain in 2 case , dehydration in 2 cases, or fever in 4 cases. Tet spells treated with beta-blockers in 4 cases, valium in one case, and IV fluids for volume expansion in 2 cases and bicarbonate in 2 cases only one case required intubation. Emergency Blalock indicated in 2 cases. Two cases died.

### **Conclusion**

Tet spells I TOF is a serious complication of the disease, the management of which is not always easy, with enough difficulty, and the need to codify properly.

# 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 de la journée des spécialités du 7 décembre 2019 à Tunis.

**NUTRICIA**

**PHARMALYS**

**MMM**

**LILAS**

**GSK**

**SANOFI**

**ASTRA –ZENECA**

**MEDICIS**

**TERIAK**

**BOIRON**

**AIR LIQUIDE**

**MMM SANTE**

**VITAL**

**Et tous ceux qui ont répondu après la réalisation  
du livre de la journée**



# 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 de la journée des spécialités du 7 décembre 2019 à Tunis.



NUTRICIA



# NOTES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....