الجمعية التونسية لطب الأطفال
Société Tunisienne de Pédiatrie

35ème Congrès National de la Société Tunisienne de Pédiatrie

les 9, 10 et 11 Mai 2025

Hôtel Radisson Tunis (Ancien Hôtel Laico)

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

- Ateliers
- Communications
- Posters Commentés
- E-Posters



Mail: societe.tunisienne.pediatrie@gmail.com
Site www.stpediatrie.tn Chaine
youtube: @STPEDIATRIE

Bureau de la Société Tunisienne de Pédiatrie

Président	**Dr Khaled Menif**
Président D'honneur	**Dr Mohamed Douagi**
Vice Président	**Dr Sonia Mazigh**
Secrétaire Générale	**Dr Jihene Bouguila**
Secretaire Générale Adjointe	**Dr Emira Ben Hamida**
Trésorière	**Dr Nadia Siala**
Trésorière Adjointe	**Dr Nadia Guellouz**
Conseillers :	**Dr Salma Ben Ameur**
	Dr Samir Fejji
	Dr Farah Thabet

COMITE D'ORGANISATION

Président du Congrés : Dr Khaled Menif

Membres :

Dr Sonia Mazigh

Dr Jihene Bouguila

Dr Nadia Siala

Dr Emira Ben Hamida

Dr Salma Ben Ameur

Dr Farah Thabet

Dr Samir Fejji

Dr Nadia Guellouz

COMITE SCIENTIFIQUE

Dr Khaled Menif
Dr Sonia Mazigh
Dr Jihene Bouguila
Dr Nadia Siala
Dr Emira Ben Hamida
Dr Salma Ben Ameur
Dr Farah Thabet
Dr Samir Fejji
Dr Nadia Guellouz

Dr Aida BORGI
Dr Samia HAMMOUDA
Dr Ferid JAAFER
Dr Taher GARGAH
Dr Sameh Mabrouk
Dr Imen Belhadj
Dr Chokri Chouchane
Dr Sana Kmiha

Dr Salem YAHYAOUI
Dr Nejla SOYAH
Dr Leila ESSADEM
Dr Amel Tej
Dr Monia KHEMIRI
Dr Zohra FITOURI,
Dr Monia OUEDERNI
Dr Faten FDHILA

Membres de Jury du Prix Bechir Hamza de la Recherche en Pédiatrie

LE PRESIDENT :
Dr. Khaled Menif

Dr. Emira Ben Hmida
Dr. Zohra Fitouri
Dr. Sameh Mabrouk
Dr. Ichrak Khammasssi
Dr. Hela Boudabbous
Dr. Monia Ben Khaled

PROGRAMME Scientifique du
35ème Congrès National De La STP
9, 10 et 11 Mai 2025, Hôtel Radisson-Tunis

Vendredi 09 Mai 2025

8h30-9h00	**Accueil et Inscription**				
	Salle Jasmin **Atelier 1**	**Salle Marguerite** **Atelier 2**	**Salle Hortensia** **Atelier 3**	**Salle Hibiscus** **Atelier 4**	**Salle Tulipe** **Atelier 5**
9h00 - 10h30	**Règles de prescription des antibiotiquesen pédiatrie** Modération : Monia KHEMIRI, Lamia BOUGHAMOURA Orateurs : Hanene SMAOUI Chokri CHOUCHANE Nadia GUELLOUZ	**Atelier Simulation: « Situations critiques enPédiatrie »** Aida BORGI Habib BESBES	**Immunothérapie Allergénique (ITA) chez l'enfant** Imen BELHADJ Jihed KANZARI	**Épuration extra-rénaleenpédiatrie** ***Dialysepéritonéale** Sameh MABROUK ***Hémodialyse et hémodiafiltration** Abir BOUSSETTA	**Nouveautés dans la priseen charge du diabète de l'enfant** Moderation :Saayda BEN BECHER, Ons AZZABI, NancyELBARBARY 9h00-9h20 :Insulinothérapie et nouvellesinsulines**Leila ESSADDAM** 9h20-10h10-Insulinothérapie fonctionnelle**HendJAMOUSSI et Amal Gammoudi** 10h10-10h30 : Discussion
10h30-11h00	**Pause-café**				
11h00 - 12h30	***Salle Jasmin*** **Table Ronde 1 :La transplantation hépatique chez l'enfantenTunisie** **Modérateurs :Samir BOUKTHIR, Abdellatif NOURI, Slaheddine CHOUCHANE, Nejla BEN JABALLAH** 11h00-11h15 Indications et préparation à la greffe ……Olfa BOUYAHIA 11h15- 11h30 Choix et préparation du donneur……Rached BAYAR 11h30- 11h45 Etat des lieux …… Lassaad SAHNOUN 11H45- 12h00 Priseen charge post opératoire ……Farah THABET 12h00- 12h30 Discussion				11h00-11h35 : CGM : principes et cascliniques ……**Raoudha KEBAILI, Nesrine JABALLAH** 11h35-12h10 :Pompes à Insuline chez l'enfantdiabétique :quand, comment et pour qui ? **Sana KMIHA** 12h10-12h30 : Discussion
12h30-13H00	***Salle Jasmin*** **Symposium Medtronic** **Modérateurs : Leila ESSADEM, Sana KMIHA** From Struggle to Success: The Tech Revolution in Diabetes Control……Nancy ELBARBARY				
13h00-14h30	**Déjeuner**				
14h30-16h00	***Salle Jasmin*** **Table Ronde 2 : Infections à HPV : Morbidité et prévention** **Modérateurs :Souad BOUSNINA, Sonia MAZIGH, Lilia SMATI, Asma BOUAZIZ, Sameh ANNABI** 14h30- 14h50 :Infection à HPV et cancers……Hatem BOUZAIENE 14h50- 15h10 :Epidémiologie du cancer du col de l'utérusenTunisie ……Mohamed HSAIRI 15h10-15h30 : Vaccination contre le HPV …… Mohamed Tahar SFAR 15h30-16h00 : Discussion				
16h00-16h30	***Salle Jasmin*** **Symposium Abdi-Brahim** **Modérateurs : Souad BOUSNINA, Samir HADDAD** Comment optimiser le traitement de l'épilepsie de l'enfant en 2025 ? ……**Ibrahim TABARKI**				
16h30-17h00	**Pause-café**				
17h00-17h45	***Salle Jasmin*** **STP Newsletter** **Modérateurs :Jihene BOUGUILA, Nadia SIALA, Samir FEJJI, Salma BEN AMEUR** 17h00-17h20 :Prévention des bronchiolites à VRS : Recommandations STP…… Khaled MENIF 17h20-17h30 : Discussion 17h30-17h45 : Salle d'éducation : Un rêve …uneréalisation ……Leila ESSADEM, Khaled MENIF				
17h45-18h45	***Salle Jasmin*** **Session Pas à Pas** **Modérateurs :Fethi AMRI, Zohra FITOURI, Nadia GUELLOUZ, Hajer ALOULOU, Ferid JAAFER** 17h45-18h00 :Hypoglycémiesnéonatales…… Emira BEN HAMIDA 18h00-18h15 : Ingestion de corps étranger chez l'enfant…… Salem YAHYAOUI 18h15- 18h30 :Hyperéosinophilie de l'enfant……Ines MAALOUL 18h30-18h45 : Discussion				

Samedi 10 Mai2025

08h30-09h30	**Salle Jasmin** **Modérateurs** : Salma BEN AMEUR, Imen BELHADJ, Sameh MABROUK, Sana KMIHA, Amel TEJ **Communications orales C1-C8**	**Salle Marguerite** **Modérateurs :**Chokri CHOUCHANE, Emira BEN HAMIDA, Farah THABET, Salem YAHYAOUI **Communications orales C9-C17**	**Salle Hortensia Atelier 6** **Analyse de l'EPHb chez le nouveau-né et l'enfant: piègesdiagnostiques** Monia BEN KHALED	**Salle Hibiscus Atelier 7** **AAN positifs chez un enfant : quelle attitude ?** Hajer ALOULOU HoussemHRIZI	**Salle Tulipe Atelier 8** **Cas cliniques en Vaccinologie** Lamia BOUGHAMOURA
09h30-10H30	***Salle Jasmin*** **SessionInfectiologiePédiatrique** **Modérateurs :Raoudha BOUSSOFFARA, Monia KHEMIRI, Mariem SIDATT, Hanen SMAOUI, Dalila BENLAHCENE** 9h30- 9h50 : Apport des tests rapideseninfectiologiepédiatrique……Mohamed BOUSKRAOUI 9h50- 10h10 : Etat des lieux du VIH chez l'enfantenTunisie…… Rim ABDELMALAK 10h10-10h30 : Discussion				
10h30-11h00	**Pause-café**				
11h00-12h30	***Salle* Jasmin** **Session de Génétique- Psychiatrie** **Modérateurs :Habib KHARRAT, Lamia BEN JEMAA, Nejla SOYAH, Hichem FEKIH, Houssain MEJAOUEL** 11h00- 11h20 : Whole exome : intérêten pratique clinique……Ridha MRAD 11h20-11h40 :Dépression de l'enfant : comment la reconnaître et la prendre en charge……Fatma CHARFI 11h40- 12h00 : Les retards du langage oral ……Fatma CHARFI 12h00-12h30 : Discussion				
12h30-13h00	***Salle Jasmin*** **SymposiumNutricia** **Modérateurs :Mohamed DOUAGI, Ichrak KHAMMASSI** Les laits prêts à l'emploi: apports et sécurité nutritionnels……Mostafa MOKHTARI				
13H00-14h30	**Déjeuner**				
14h30-15h30	***Salle Jasmin*** **Table Ronde 3: Ethique et législationennéonatologie : Les limites de viabilité** **Modérateurs :Mohamed DOUAGI, My Said AFIF, Samia KACEM, Kamel MONASTIRI, Hechmi BEN HAMOUDA** 14h30-14h40 :Introduction et présentation de la problématique ……**Emira BEN HAMIDA** 14h40-14h55 : Limites de viabilitéennéonatologie : aspects éthiques et implications médico-légales…….. **Mohamed BELLALI** 14h55-15h10 :Aspectsjuridiquesautour des limites de viabilité ……**Achref El MEJRI** 15h10-15h30 :Discussion				
15h30-16h00	***Salle Jasmin*** **Symposium Sanofi** **Modérateurs :Khaled MENIF, Lamia BOUGHAMOURA** Calendrier Vaccinal National : Quoi de Neuf en 2025 ?……**Souad BOUSNINA, Mohamed Tahar SFAR**				
16h00-16h30	***Salle Jasmin*** **Inauguration du congrès par Mr le Ministre de la Santé et Mot du Président de la STP**				
16h30-17h00	**Pause-café**				
17h00-17h30	***Salle Jasmin*** **Symposium Astra Zeneca** **Modérateurs :Raoudha BOUSSOFARA, Abir BEDOUI** Asthme de l'Enfant :Clés pour unePriseen Charge optimale……**Fatma KHALSI**				
17h30-19h00	***Salle Jasmin*** **Table ronde 4 :RecommandationsNationales de l'asthme chez l'enfant (STP et STMRA)** **Modérateurs :Khaled MENIF, Agnes HAMZAOUI, Khadija BOUSSETTA, Jihene BOUGUILA, Adel KHELIL** 17h30-17h45 :Diagnostic…… **Samia HAMOUDA** 17h45-18h00 :Traitementaigu……**Farah THABET** 18h00-18h15 : Traitement chronique……**Salma BEN AMEUR** 18h15-18h30 :Suivi et Education……**Fatma KHALSI** 18h30-19h00 : Discussion				
21h00	**Dîner**				

Dimanche11 Mai2025

8h30-09h30	**Salle Jasmin** **Flash infos** **Modérateurs : Azza SAMMOUD, Khaled BACHA, Monia OUEDERNI, Samia HAMMOUDA** -Actualités sur le déficitenanticorps **Ilhem BEN FREDJ** -RGO :actualités **Manel HSAIRI** -Colchicine et maladies auto-immunes **Zohra FITOURI** -Priseen charge de la mucoviscidoseenTunisie : Quoi de neuf? **Fatma KHALSI**	**Salle Marguerite Atelier 9** **Hypoglycémie de l'enfant** Hela BOUDABOUSS	**Salle Hortensia Atelier 10** **Troubles de la marche chez l'enfant** Amel TEJ	**Salle Hibiscus Atelier 11** **Réanimationen salle de naissance** Ines SELMI Emna MARMECH Marwa BOUSLEMA	**Salle Tulipe Atelier 12** **Douleur chez l'enfant** Ilhem JBEBLI
09h30-10h30	***Salle Jasmin*** **Session Hématologie Pédiatrique** **Modérateurs :Mohamed BEJAOUI, Sihem BARSAOUI, Souha GANNOUNI, Saber HAMMAMI, Mtir TRABELSI** 09h30-09h50 :Diagnosticanténatal et dépistagenéonatal des hémoglobinopathies……..……**Taieb MESSAOUD** 09H50-10h10: Les hémoglobinopathies: de la thérapieconventionnelle à la greffe de moelleosseuse……. ……..**Monia OUEDERNI** 10h10-10h30 : Discussion				
10H30-11h00	**Pause-café**				
11H00 - 12h00	***Salle Jasmin*** **Session NéphrologiePédiatrique : Troubles du bas appareilurinaire** **Modérateurs :Saoussen ABROUG, Tahar GARGAH, Ichrak KHAMMASSI, Abderrazak Ben TKHAYAT** 11H30-11h45 :Terminologie et approchediagnostique……**Manel JALLOULI** 11h45- 12h00 :Priseen charge et pronostic……..……..……**Taha SAYARI** 12h00-12h15 :Énurésie mono symptomatique……..……..**Maryem FERJANI** 12H15-12h30 : Discussion				
12h00-13h00	***Salle Tulipe*** **ASSEMBLEE GENERALE ELECTIVE**				
13H00	**Clôture du Congrès**				

35ème Congrès National de la STP
Les 09, 10 et 11 Mai 2025,
Hôtel Radisson Tunis

Liste des Communications

Samedi Le 10 Mai 2025 : 8h30-9h30

Salle Jasmin : C1-C8

C1- Intoxication au monoxyde de carbone en milieu pédiatrique.
J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie et de néonamtologie hôpital Mongi Slim (1).

C2- La cardiomyopathie dilatée chez l'enfant : Experience du service de réanimation pédiatrique de Sfax.
M. Loukil (1), Y. Achich (2), M. Feki (1), I. Elleuch (1), M. Laadhar (1), F. Safi (1).
Réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).service de pédiatrie B sfax (2)

C3-L'immunothérapie orale dans l'allergie aux protéines de lait de vache
I. Bel Hadj (1), E. Trabelsi (1), S. Kbaier (1), M. Ben Romdhane (1), S. Hamouda (1), I. Trabelsi (1), K. Boussetta (1).
Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza (1).

C4-Diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent : Etude de la qualité de vie et de ses déterminants
M. Ben Said (1), W. Barbaria (1), F. Mejri (1), M. Bourcheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).
Pédiatrie et néonatologie-Hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

C5- Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'atrésie des voies biliaires : A propos de 23 cas
R. Neguez (1), R. Hadj Salem (1), S. Ben Youssef (2), S. Sfar (2), T. Ghedira (1), E. Sfar (1), M. Ben Fredj (2), M. Abdelali (3), M. Maatouk (3), J. Saad (3), A. Zrig (3), L. Sahnoun (4), S. Chouchene (5).
Pédiatrie Monastir (1).chirurgie pédiatrique Monastir (2).Service d'Imagerie Médicale de Monastir (3).Service de Chirurgie Pédiatrique (4).Service de pédiatrie Monastir (5).

C6- Diagnostic étiologique des cholestases néonatales: Etude sur 20 ans dans une unité d'hépatologie pédiatrique
R. Ben Rabeh (1), O. Bouyahia (1), N. Dridi (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), S. Yahyaoui (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

C7- Transplantation de cellules souches hématopoïétiques haplo-identiques chez l'enfant en Tunisie : défis et perspectives
F. Hassine (1), M. Ben Khaled (2), A. Ben Taieb (2), S. Rekaya (2), M. Bejaoui (2), F. Mellouli (2), I. Ben Fradj (2), M. Ouederni (2).
Hôpital Monji Slim (1).centre de greffe et de moelle osseuse (2).

C8- Fièvre prolongée chez l'enfant : un défi diagnostique et thérapeutique

R. Haggui (1), A. Tarchouna (2), S. Nouir (1), S. Hannachi (1), S. Mabrouk (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).
pediatriesahloul (1).sahloul (2).

Salle Marguerite : C9-C16

C9- Rare coagulation factor deficiencies: an experience of a pediatricdepartment

O. Mars (1), M. Jouili (1), N. Jammeli (1), M. Beji (1), A. Marzouki (1), B. Mahjoub (1).
Department of Pediatrics - Tahar SfarUniversity Hospital, Mahdia (1).

C10- Morbidité et mortalité néonatale au CHU départemental de Parakou de 2017 à 2023

A. Noudamadjo (1), TGP. Lovesse (2), J. Agossou (2).
Unité de Néonatologie, Service de Pédiatrie, CHU départemental Borgou, Bénin (1).Service de Pédiatrie, CHU départemental Borgou, Bénin (2).

C11- La sclérose Tubéreuse de Bourneville à expression neurologique : Aspects cliniques et évolutifs, étude de 11 observations

D. Laouini (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), H. Benbelgacem (1), M. Bouden (1), M. Abdelberi (1), N. Jaballah (1), M. Benguedria (1), J. Bouguila (1), R. Kebaili (1), L. Boughamoura (1).
Pédiatrie Farhat HachedSousse (1).

C12- Profil clinique, thérapeutique et évolutif de la Toxoplasmose congénitale dans un service de néonatologie

M. Beldi (1), M. Gatri (1), M. Benali (1), S. Jaouhari (1), E. Ben Hamida (1).
Service de néonatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).

C13-Facteurs influençant la qualité de vie des enfants asthmatiques

N. Bou Okkez (1), R. Thabti (1), A. Marzouk (1), A. Kefi (1), F. Fariha (1), A. Bouaziz (1).
Pédiatrie de l'hôpital régional Ben Arous (1).

C14- Accidents domestiques chez l'enfant en Tunisie: un vrai problème de santé publique!

J. Elhem (1), M. Bourchada (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).
Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

C15- 3314 - Bronchiolite aigue en réanimation pédiatrique : place du score échographique

A. Chebbi (1), A. Miraoui (1), S. Chaieb (1), Y. Koumi (1), A. Borgi (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
Service de réanimation pédiatrique polyvalente, hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

C16-Profil thérapeutique de l'arthrite juvénile idiopathique dans sa forme polyarticulaire

O. Bahlous (1), W. Mkaouar (1), H. Hrizi (1), F. Chaari (1), L. Essaddam (1), Z. Fitouri (1).
Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

C17 - Encéphalite aigue : Place des examens complémentaires dans le diagnostic positif

J. Ayari (1), Z. Trabelsi (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rabhi (1), H. Barakizou (1).
service de pédiatrie hopital militaire (1).

Liste des POSTERS COMMENTES

PC1 - Prémature thélarche : expérience d'une unité d'endocrinologie pédiatrique

L. Essaddam (1), O. Bahlous (1), W. Mkaouar (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

PC2 - Les formes d'hyperplasie congénitale des surrénales à révélation tardive : analyse clinique et biologique de 13 cas

S. Kmiha (1), Y. Smaoui (1), R. Belhaj (1), F. Charfi (1), O. Fendri (1), M. Bahloul (1), S. Ben Ameur (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), R. Kolsi (1), T. Kammoun (1).
Service de Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax (1).

PC3 - Les facteurs associés à la sévérité de l'acido-cétose diabétique chez l'enfant

S. Kbaier (1), N. Helaoui (1), F. Khalsi (1), M. Ben Romdhane (1), I. Trabelsi (1), K. Boussetta (1).
Service de pédiatrie B hôpital d'enfants de Tunis (1).

PC4 - Facteurs associés à la sévérité de l'acidocétose diabétique inaugurale chez l'enfant

R. Ben Rabeh (1), S. Zedini (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), S. Yahayoui (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

PC5 - Non poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois : prévalence et facteurs associés dans la commune de Parakou (Bénin) en 2024

A. Noudamadjo (1), AOD. Adjagba (2).
Unité de Néonatologie, Service de Pédiatrie, CHU départemental Borgou, Bénin (1).Ecole Nationale de Formation des Techniciens supérieurs en Santé publique et Surveillance Epidémiologique (2).

PC6 - Ingestion de pile bouton: Expérience d'un service de pédiatrie

I. Moalla (1), M. Wali (1), M. Hamdeni (1), M. Hsairi (1), H. Ben Hmadou (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B Hedichaker Sfax (1).

PC7 - Hématémèse en pédiatrie : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs

R. Mhiri (1), M. Ammous (1), J. Mdaini (1), J. Kanzari (1), H. Ouarda (1), S. Khelif (1), J. Ben Hfaiedh (1), E. Ben Arab (1), E. Mermech (1), A. Guizani (1), I. Selmi (1), S. Helioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala
Service de pédiatrie- Hôpital Mongi Slim, la marsa (1).

PC8 - Profil épidémiologique et clinique des hémopathies malignes chez l'enfant : Analyse rétrospective d'une cohorte de 28 patients

H. Ben Belgacem (1), H. Mkhinini (1), C. Chouchene (1), A. Tej (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Guedria (1), S. Mdhimagh (2), S. Tilouche (2), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (1).Service de réanimation pédiatrique CHU Farhat Hached Sousse (2).

PC9 - Allogreffe des cellules souches hématopoiétiques au cours de l'aplasie médullaire: Entre espoir et défis

M. Ben Khaled (1), A. Bouraoui (2), R. Naffeti (2), I. Ben Fraj (2), A. Ben Taieb (2), S. Rkaya (2), R. Kouki (2), M. Bjaoui (2), F. Mallouli (2), M. Ouederni (2).

Pediatrie (1).Pediatrie CNGMO Tunis (2).

PC10- Evolution du syndrome néphrotique cortico résistant monogénique de l'enfant traité par ciclosporine

C. Bouassida (1), O. Naija (1), E. Cherif (1), T. Sayari (1), M. Ferjani (1), T. Gargah (1).

Pédiatrie Hôpital Charles Nicolle Tunis (1).

Liste des E-Posters

P1- Évaluation de la Culture de Sécurité des Soins dans un Établissement Hospitalier : Perceptions et Axes d'Amélioration

B. Jerbi (1), R. Ben Aziza (1), O. Jelassi (1), W. Belhadj Ammar (1), N. Ben Aba (1), Y. Sdiri (1), F. Ayari (1), H. Chourou (1), S. Kacem (1).

P2 - Ostéopétrose infantile révélée par une anémie sévère : à propos d'un cas

G. Cherif (1), S. Yahyaoui (1), M. Khalifa (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), O. Bouyahia (1), M. Assidi (1), S. Boukthir (1).

Service de Pédiatrie C. Hôpital d'enfants Béchir Hamza d'enfant de Tunis (1).

P3 - Profil descriptif des motifs de la consultation dermatologique aux urgences pédiatrique

M. Ammar (1), A. Kammoun (1), M. Hsairi (1), R. Daoud (1), A. Mahfoudh (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

P4 - Dyspnée laryngée chronique chez l'enfant : À propos de deux cas.

LI. Kermi (1).

Service de pédiatrie- EPH Ali Mendjeli - Constantine Algérie (1).

P5 - Une infection à CoxiellaBurnetti révélée par une cardiomyopathie dilatée chez un enfant de 2 ans

Y. Achich (1), M. Loukil (2), M. Feki (2), I. Elleuch (2), M. Laadhar (2), A. Elleuch (2), F. Safi (2).

service de pédiatrie B CHU Hedi Chaker SFAX (1).réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (2).

P6 - Exfoliation dentaire précoce : une analyse des diagnostics potentiels

S. Kachti (1), M. Chalbi (1), H. Mhiri (1), F. Awled Brahim (1), MA. Chemli (1).

odontologie pédiatrique hopital la rabta (1).

P7 - Endocardite infectieuse et soins bucco-dentaires : Nouvelles recommandations HAS et prise en charge des patients à risque

S. Kachti (1), M. Chalbi (1), F. AwledBrahim (1), A. Bouabid (1), MA. Chemli (1).

odontologie pédiatrique hopital la rabta (1).

P8 - Impact de la dermatomyosite sur la santé bucco-dentaire des enfants : étude clinique et prise en charge

S. Kachti (1), M. Chalbi (1), M. Nefzaoui (1), F. Awled Brahim (1), MA. Chemli (1).

odontologie pédiatrique hopital la rabta (1).

P9 - A propos de 2 cas : SydromeKlippelTrenaunay

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Laadhar (2), M. Hsiari (1), F. Safi (2), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).Reanimation pediatrique sfax hedi chaker (2).

P10 - Dental care provided to pediatric sickle cell anemia patients.

A. Bouabid (1), M. Chalbi (1), M. Nefzaoui (1), I. Jazi (1), J. Zaroui (1), MA. Chemli (1).

odontologie pédiatrique et prévention (CHU la Rabta) (1).

P11 - Management of two types of mucosalpathology in pediatricdentistry.

A. Bouabid (1), M. Chalbi (1), M. Nefzaoui (1), I. Jazi (1), J. Zaroui (1), MA. Chemli (1).

odontologie pédiatrique et prévention (CHU la Rabta) (1).

P12 - Mucopolysaccharidosis type VI in a 7-year-old girl: oral manifestations and management: A case report and review of the literature.

A. Labidi (1), M. Chalbi (1), S. Kachti (1), M. Nafzaoui (1), I. Jazi (1), J. Zaroui (1), MA. Chemli (1).

Odontologie pédiatrique -CHU la Rabta (1).

P13 - Palatal orthosis in childrenwithmaxillarycleft: Case report

A. Labidi (1), M. Nafzaoui (1), A. Bouabid (1), I. Jazi (1), J. Zaroui (1), MA. Chemli (1).
Odontologie pédiatrique - CHU la Rabta (1).

P14 - Kohlschutter-Tonzsyndrome:pediatric dental management: first case report in northAfrica

A. Labidi (1).
Odontologie pédiatrique - CHU la Rabta (1).

P15 - Les troubles de rythme cardiaque à l'âge pédiatrique

M. Ammar (1), Y. Achich (1), R. Daoud (1), A. Kammoun (1), R. Gargouri (2), A. Mahfoudh (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).Cardiologie CHU Hédi Chaker (2).

P16 - Erythème polymorphe en pédiatrie : à propos de 2 cas

S. Zedini (1), S. Yahyaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1). Service de pediatrie C hopitald'enfant (1).

P17–Fibrodysplasieossifiante progressive (syndrome de Münchmeyer) : undéfi diagnostique et thérapeutique.

A. Guerrioui (1), R. Kebaili (1), A. Tej (1), M. Abedlberi (1), H. Ben Belgacem (1), N. Jaballah (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), N. Chouchene (2), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
service de pediatrie CHU Farhat hached (1).service de radiologie CHU Farhat hached (2).

P18 - Les Intoxications médicamenteuses accidentelles chez les enfants

I. Gouiaa (1), B. Maalej (1), Y. Achich (1), M. Hsairi (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1). Service de pédiatrie B , CHU Hedi Chaker ,Sfax (1).

P19 - Morbidité hospitalière dans un service universitaire de pédiatrie en Tunisie : quels changements décanaux ?

N. Missaoui (1), I. Kerkeni (1), R. Ben Rabeh (1), S. Atitallah (1), S. MazighMrad (1), S. Boukthir (1).Médecine infantile C Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

P20 - Torticolis fébrile chez l'enfant : à propos 13 cas

M. Cherif (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

P21 - Les anomalies des arcs aortiques : à propos de 10 observations

N. Ghabi (1), A. Tej (1), H. Ayed (1), R. Kbaili (1), M. Guedria (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (2), S. Tilouche (3), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
Service Pédiatrie Farhat HachedSousse (1).Service Pédiatrie Farhat (2).Service Réanimation Pédiatrie Farhat Hached Sousse (3).

P22 - Morbidité et facteurs de risque de mortalité néonatale précoce des prématurés dans une maternité périphérique

BY. Oumeima (1), W. Barbaria (1), O. Elgoula (1), M. Bourcheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).
Pédiatrie et néonatologie-Hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P23 - Le syndrome de QT long chez l'enfant

M. Jendoubi (1), H. Ben Hamedou (1), F. Safi (2).
pediatrie B sfax (1). Reanimationpediatriquesfaxhedichaker (2).

P24 - Circonstances de découverte des cancers en pédiatrie

S. Kbaier (1), M. Bouaben (1), A. Ben Hammouda (1), S. Hamouda (1), I. Belhadj (1), K. Boussetta (1).service de pédiatrie B hôpital d'enfants de Tunis (1).

P25 - Profil épidémiologique des intoxications aigues en pédiatrie

S. Kbaier (1), B. Jerbi (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), K. Boussetta (1).
service de pédiatrie B hôpital d'enfants de Tunis (1).

P26 - Maladie des griffes du chat : à propos d'une observation pédiatrique

N. Tarhouni (1), S. Kmiha (1), M. Abid (2), R.Kolsi (1), Y. Mkhinini (1), R. Belhadj (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).

Service de Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax (1).Service de Dermatologie, CHU Hédi Chaker de Sfax (2).

P27 - Two cases of congenitalaorticarch anomalies presentingwithrespiratorysymptoms

A. Messaoudi (1).
Department of pediatrics "A", Hedi Chaker University Hospital of Sfax, Tunisia. (1).

P28 - Syndrome d'Alström : une cause rare de cardiomyopathie dilatée chez l'enfant

S. Mechlia (1), T. Ghedira (1), E. Sfar (1), R. Hadj Salem (1), Y. Smaoui (1), S. Chouchane (1).
Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (1).

P29 - Des gingivostomatites récurrentes chez un enfant : Et si c'était un érythème polymorphe post herpétique

F. Mejri (1), J. Jendoubi (1), F. Ben Taher (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).
service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P30 - Les pneumonies chimiques chez l'enfant

A. Bechikh (1).
Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

ChirurgiePédiatrie

P31 - Post-TraumaticPancreaticPseudocyst in Children:Whatis the Optimal Management?

S. Kharrat (1), M. Belhaj Mansour (1), W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), A. Isseoui (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).

P32 - Circumcisedhypospadias:whichsurgical technique to choose?

S. Kharrat (1), M. Belhaj Mansour (1), W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), A. Isseoui (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).

P33 - Testicular trauma – issurgical exploration necessary?

S. Kharrat (1), M. Belhaj Mansour (1), W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), A. Mssedi (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).

P34 - Impact of Age at Surgery on Persistent Hydronephrosis Following PediatricPyeloplasty

S. Kharrat (1), M. Zouari (1), W. Rhaiem (1), M. Belhajmansour (1), E. Jmal (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).

P35 - Le délai diagnostic et thérapeutique affecte-t-il le pronostic du volvulus sur anomalie de la rotation ?

Y. Houas (1), NB. Ghaddab (1), NEH. Ben Alaya (1), H. Oueslati (1), R. Jouini (1).
Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1).

P36 - Pneumatose gastrique isolée chez un nouveau-né à terme

Y. Houas (1), F. Thamri (1), NEH. Ben Alaya (1), H. Oueslati (1), R. Jouini (1).
Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1).

P37 - Surgical management of a giantsacrococcygealteratomaprenatallydiagnosed:a case report

Y. Houas (1), H. Oueslati (1), NEH. Ben Alaya (1), A. Zouaoui (1), R. Jouini (1).
Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1).

P38 - BowelPlication as a rare cause of Acute Bowel Obstruction

Y. Houas (1), NEH. Ben Alaya (1), H. Oueslati (1), S. Houidi (1), R. Jouini (1).
Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1).

P39 - A rare cause of Hematuria in Children:lowerurinary tract fibroepithelialpolyps

Y. Houas (1), H. Oueslati (1), A. Missaoui (1), NEH. Ben Alaya (1), . (2).
Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1). (2).

P40 - Giant paratubalcysts in adolescents

H. Oueslati (1), Y. Houas (1), NEH. Ben Alaya (1), S. Smaoui (1), R. Jouini (1).
Chirurgie pédiatrique A Hôpital d'enfant (1).

P41–Laparoscopicperitonealdialysiscatheterplacement:atwo-portsimplified technique

H. Oueslati (1), Y. Houas (1), NEH. Ben Alaya (1), A. Missaoui (1).
Chirurgie pédiatrique A Hôpital d'enfant (1).

P42 - Surgical management of "Penoscrotal inversion"

H. Oueslati (1), A. Daib (1), S. Kacem (1), C. Saadi (1), R. Ben Abdallah (1), A. Jabloun (1), F. Trabelsi (1), Y. Hellal (1).
Chirurgie pédiatrique Hôpital Habib Thamer (1).

P43 - Pain duration of lessthan 24 hoursisindependentlycorrelatedwithtesticular torsion. A prospective pediatriccohort.

W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Hbaieb (1), E. Jmal (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1). Department of pediatricsurgeryHedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P44 - Ultrasonographic Evidence of Bladder Wall Thickening as a Prognostic Indicator of Adverse Outcomes Following Ureteroneocystostomy

W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Hbaieb (1), E. Jmal (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1). Department of pediatricsurgeryHedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P45 - Optimizing Timing for Distal Hypospadias Repair: Evidence of Increased Risks withOlder Age

W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Belhajmansour (1), E. Jmal (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1). Department of pediatricsurgeryHedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P46 - Clinical, Biological and RadiologicalOutcomes of NeonatalPosteriorUrethral Valve

W. Rhaiem (1), M. Belhaj Mansour (1), A. Issaoui (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).
Department of pediatricsurgeryHedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P47 - Testicular appendage torsion in children

W. Rhaiem (1), M. Belhaj Mansour (1), A. Issaoui (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).
Department of pediatricsurgeryHedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P48 - Traumatic scrotal injuries in children

W. Rhaiem (1), M. Belhaj Mansour (1), A. Issaoui (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).
Department of pediatricsurgeryHedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P49 - Association BetweenComorbidities and Mortality in NeonatesUndergoing Major Association BetweenComorbidities and Mortality in NeonatesUndergoing Major

S. Kharrat (1), M. Zouari (1), E. Jmal (1), M. Belhajmansour (1), W. Rhaiem (1), M. Ben Dhaou (1), N. Hmida (2), R. Mhiri (1).
chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).neonatologiehedichakersfax (2).

P50–Shouldweremove all lipomas in Cowdensyndrome? A case report withliteraturereview

S. Houidi (1), F. Thamri (1), S. Aouadi (2), H. Oueslati (3), Y. Houas (3), Y. Kerkeni (3), S. Sahli (3), R. Jouini (3).
service de chirurgie pédiatrique A-hopital d'enfants de tunis (1).service d'anesthsiereanimation-hopital d'enfants de Tunis (2).service de chirurgie A-hopital d'enfants de tunis (3).

P51 - Overview of pediatricgynecological emergencies

S. Houidi (1), F. Thamri (1), NEH. Ben Alaya (1), S. Smaoui (2), Y. Houas (2), Y. Kerkeni (2), S. Sahli (2), R. Jouini (2).
service de chirurgie pédiatrique A-Hopital d'enfants de Tunis (1).service de chirurgie A-hopital d'enfants de tunis (2).

P52 - DuodenalAtresia:FromDiagnosis to Treatment

F. Chaabouni (1), F. Trabelsi (1), A. Ben Younes (1), A. Jabloun (1), C. Saadi (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Hellal (1).
chirurgiepédiatriquehopitalhabibthameur (1).

P53 - TOTAL COLONIC AGANGLIONOSIS IN NEWBORN: A RARE FORM OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

F. Chaabouni (1), C. Saadi (1), A. Ben Younes (1), A. Jabloun (1), F. Trabelsi (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Hellal (1).

chirurgiepédiatriquehopitalhabibthameur (1).

P54 - Prise en charge de la torsion de l'ovaire sur masse chez l'enfant de la période néonatale à l'adolescence : Etude multicentrique

S. Houidi (1), F. Thamri (1), A. Missaoui (1), Y. Houas (1), Y. Kerkeni (1), S. Sahli (1), R. Jouini (1).

chirurgie pédiatrique "A", Hopital d'enfants de Tunis (1).

P55 - Dealing with failed feminizing genitoplasty

S. Houidi (1), F. Thamri (1), Y. Houas (1), R. Jouini (1).

service de chirurgie "A", Hopital d'enfants de Tunis (1).

P56 - A rare etiology of caecal perforation in a newborn

W. Rhaiem (1), S. Ammar (1), H. Zitouni (1), M. Hbaieb (1), S. Kharrat (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P57 - Conservative management of a rare case of blunt Paediatricpancreatic trauma involving the main pancreaticduct

W. Rhaiem (1), S. Ammar (1), H. Zitouni (1), M. Belhajmansour (1), N. BennourGhadhab (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P58 - Hydatid Cysts In Children Under 3 Years Old: A Case Series

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), S. Ammar (1), MA. Mseddi (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P59 - Delayed presentation of posterior urethral valve

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), S. Ammar (1), A. Issaoui (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P60 - Management of intussusception in children: Whatis the role of laparoscopicsurgery?

F. Chaabouni (1), F. Trabelsi (1), R. Ouaghleni (1), A. Jabloun (1), C. Saadi (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Hellal (1).

chirurgie pédiatrique hopitalhabibthameur (1).

P61 - Management of gastroesophageal reflux disease in children.

F. Chaabouni (1), A. Daib (1), S. Laarif (1), C. Saadi (1), A. Jabloun (1), F. Trabelsi (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Hellal (1).

chirurgie pédiatrique hopitalhabibthameur (1).

P62 - Prévalence et devenir des ingestions de corps étrangers

J. Elhem (1), M. Bourchada (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

P63 - Risk factors for Hickman-Broviaccathetercomplications: the experience of a Tunisianhospital.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), A. Missoui (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

P64–Broviaccatheter versus percutaneous central venouscatheter in neonates and younginfants:a prospective observationalstudy.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), O. Fakhfakh (1), S. Ben Ayed (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

P65 - Cancer de la thyroïde chez l'enfant : particularités cliniques et thérapeutiques

S. Mezri (1), E. Abid (1), M. Rebhi (2), H. Ben Farhat (2), H. Barakizou (2).

ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

P66 - LES TUMEURS MALIGNES DU MASSIF FACIAL CHEZ L'ENFANT

S. Mezri (1), E. Abid (1), H. Ben Farhat (2), M. Rebhi (2), H. Barakizou (2).
ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

P67 - Otoplastie dans les microties chez l'enfant

S. Mezri (1), E. Abid (1), H. Ben Farhat (2), M. Rebhi (2), H. Barakizou (2).
ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

P68 - OUTCOME OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF URETEROCELE

Y. Elmansouri (1), F. Trabelsi (1), F. Chaabouni (1), A. Jabloun (1), C. Saadi (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Gharbi (1), Y. Hellal (1).
chirurgiepédiatriquehopitalhabibthameur (1).

P69–Endoscopictreatment in high-grade vesicoureteralreflux:isitworth a shot?

Y. Elmansouri (1), C. Saadi (1), S. Laarif (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), A. Jabloun (1), F. Trabelsi (1), Y. Hellal (1).
chirurgiepédiatriquehopitalhabibthameur (1).

P70 - A SimplifiedScoring System for Acute Appendicitis in Children

Y. Elmansouri (1), S. Sahli (1), R. Jouini (1).
chirurgie pédiatrique "A" Hopital d 'enfant de Tunis (1).

P71 - Massive Pneumomediastinum, SubcutaneousEmphysema and tracheal rupture Secondary to Foreign Body Aspiration

A. Ghorbali (1), N. Jammeli (1), A. Ben Hassen (1), B. Mahjoub (1).
service de pediatriemahdia (1).

P72 - PostoperativeRecurrence of CysticHydatidosis in Children:What Are the PredictiveFactors?

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), S. Kharrat (1), N. BennourGhadhab (1), R. Mhiri (1).
Department of pediatricsurgeryHedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P73 - Prévention des complications infectieuses post opératoire de l'appendicite compliquée chez l'enfant : Comparaison de deux protocoles d'antibioprophylaxie

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), S. Ammar (1), A. Issaoui (1), R. Mhiri (1).
Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P74 - Open Inguinal herniotomy in children : comparison of surgical techniques

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), A. Issaoui (1), MA. Mseddi (1), R. Mhiri (1).
Department of pediatric surgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

P75 - Management of Residual Cavity and Cysto-Biliary Fistulas in Pediatric Hepatic Hydatid Cyst

W. Rhaiem (1), S. Ammar (1), M. Kammoun (2), H. Zitouni (1), M. Hbaieb (1), H. Ketata (2), A. Jarraya (3), R. Mhiri (1).
Department of pediatric surgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).Departement of Pediatric Anesthesiology, HediCheker Hospital Sfax-Tunisia (2).Departement of Pediatric Anesthesiology, Hedi Chaker University Hospital Sfax, Tunisia (3).

Endocrinologie

P76- Acidocétose diabétique inaugurale chez l'enfant : facteurs de risque de sévérité

S. Zedini (1), R. Ben Rabeh (1), F. Mejri (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de pediatrie C hopitald'enfant (1).

P77 - Insuffisance surrénalienne à révélation tardive : étude de 13 cas

Y. Smaoui (1), S. Kmiha (1), F. Charfi (1), R.Kolsi (1), I.Chabchoub (1), H. Aloulou (1),T. Kammoun (1).
Service de pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax, Tunisie. (1).

P78 - Activité physique chez l'enfant diabétique :

W. Hbaieb (1), A. Marzouk (2), A. Kefi (2), R. Thabti (2), L. Jallouli (2), F. Friha (2), A. Bouaziz (2).
service de pédiatrie hopital régional Ben Arous (1).service pédiatrie hôpital régional Ben Arous (2).

P79 - A propos de 2 cas : Diabete insipide central

H. Ben Hamedou (1), I. Moalla (1), M. Weli (1), M. Hsiari (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
pediatrie B sfax (1).

P80 - Puberté précoce révélatrice d'une tumeur germinale testiculaire régressive : à propos d'un cas

S. Hannachi (1), M. Ben Rhaiem (1), S. Nouir (1), S. Mabrouk (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).
pédiatriesahloulsousse (1).

P81 - Etat hyperosmolaire hyperglycémique : A propos de trois observations pédiatriques

S. Ben Ahmed (1), E. Cherif (1), R. Amdouni (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A (1).

P82 - Etat hyperosmolaire hyperglycémique révélant un diabète mitochondrial. Savoir y penser !

S. Ben Ahmed (1), E. Cherif (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A (1).

P83 - Les hyperthyroïdies en pédiatrie : profil clinique et évolutif

N. Haddad (1), W. Mkaouar (1), A. Zouaoui (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
Service de pédiatrie, Urgences et consultations , Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

P84 - Le cortico-surrénalome : une cause rare de puberté précoce

L. Essadem (1), K. Ben Mansour (1), W. Mkaouer (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
service de Pédiatrie Urgences et Consultations externes de l'Hôpital d'Enfants de Tunis (1).

P85 - Le syndrome des 3M : une cause rare de retard statural

L. Essadam (1), J. Ayari (1), A. Zouaoui (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
pédiatrie D hôpital d 'enfants (1).

P86 - Transition des patients diabétiques : expérience du service de pédiatrie Farhat Hached de Sousse.

R. Kebaili (1), A. Guerrioui (1), Y. Hasni (2), N. Jaballah (3), N. Soyah (4), A. Tej (4), H. Ben Belgacem (4), M. Ben Abedlbari (4), M. Ben Guedria (4), J. Bouguila (4), S. Tilouche (5), L. Boughamoura (4).
servicepediatrie CHU Farhat hachedsousse (1).service d'endocrinologie CHU Farhat hachedsousse (2).service pediatrie CHU Farhat hached (3).service de pediatrie CHU Farhat hached (4).service de réanimation médicale pédiatrique CHU Farhat hached (5).

P87 - Déficit hypophysaire multiple congénital syndromique

M. Bouaziz (1), E. Ben Arab (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khlif (1), M. Ammous (1), A. Guizani (1), I. Selmi (1), E. Marmech (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie Hôpital Mongi slim, la Marsa (1).

P88 - Hyperinsulinisme congénital diagnostiqué à la période néonatale : à propos de 6 cas.

M. Barka (1), I. Guellim (1), M. Taamli (1), N. Soyed (1), D. Brahem (1), O. Mghirbi (1), N. Mahdhaoui (1).
Service de néonatologie, CHU Farhat Hached de Sousse. (1).

P89 - Syndrome de Cushing Iatrogène Infantile : à propos de 3 cas

A. Zouaoui (1).
Pédiatrie D , Hôpital d'Enfants El Bechir Hamza (1).

P90 - Association de diabète type 1 et maladies auto-immunes: à propos de 8 cas

S. Miled (1), S. Khlif (1), C. Minyar (1), J. Ben Hefaiedh (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de Pédiatrie et Néonatologie- Hôpital Mongi Slim La Marsa (1).

P91 - Insuffisance surrénalienne à révélation tardive : étude de 13 cas

Y. Smaoui (1), S. Kmiha (1), F. Charfi (1), R. Kolsi (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).

Service de pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax, Tunisie. (1).

P92 - Dysgénésie gonadique mixte : à propos d'un cas

R. Kebaili (1), A. Guerrioui (1), O. Mandhouj (2), N. Soyah (3), A. Ksia (4), M. Abedlbari (2), N. Jaballah (2), H. Ben Belgacem (2), M. Ben Guedria (2), S. Tilouche (5), A. Tej (2), L. Boughamoura (2).

servicepediatrie CHU Farhat hachedsousse (1).service de pediatrie CHU Farhat hached (2).service pediatrie CHU Farhat hached (3).service de chirurgie pediatrique Monastir (4).service de reanimationmedicalepediatrique (5).

P93 - Le foie métabolique : Syndrome de Mauriac pédiatrique A propos d'un cas

O. Mandhouj (1), R. Kebaili (1), B. Ferchichi (1), A. Tej (1), N. Jaballah (1), M. Abdelbari (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).

service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

P94 - Apport des appareils de mesure de la glycémie par système flash dans la prise en charge de l'enfant diabétique. : Expérience d'une unité d'endocrinologie

L. Essadem (1), A. Bouzidi (1), Y. Balti (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Service de médecine infantile D, Hôpital d'enfant de Tunis (1).

P95 - Pathologies associées au diabète de type 1 chez l'enfant : étude rétrospective

O. Hammami (1), D. Ben Nasser (1), H. Hlel (1), A. Ourari (1).

pédiatriehopitalregionalmenzelbourguiba (1).

P96 - Progression d'une maladie de basedow vers une thyroïdite de Hashimoto: A propos d'un cas pédiatrique

A. Maachaoui (1), J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).

service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P97 - DIABETE INSIPIDE CENTRAL DE L'ENFANT : EXPERIENCE DU SERVICE DE PEDIATRIE A DE SFAX

S. Dayegue (1), O. Ghariani (1), K. Roeya (1), H. Aloulou (1), F. Charfi (1), M. Bahloul (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1).

Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker Sfax (1).

P98 - Puberté précoce centrale : Analyse clinique et impact du traitement par analogues de la GnRH

M. Wejden (1), L. Essadem (1), O. Bahlous (1), N. Haddad (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

P99 - Évaluation des connaissances parentales sur l'obésité infantile

M. Tliba (1), A. Marzouk (2), M. Mejri (2), R. Thabti (2), L. Jallouli (2), F. Friha (2), A. Bouaziz (2).

service de pédiatrie hopital régional Ben Arous (1).service pédiatrie hôpital régional Ben Arous (2).

P100 - Syndrome de McCune-Albright : Manifestations cliniques et approche diagnostic (à propos de 2 cas)

W. Mkaouer (1), L. Essadem (1), O. Bahlous (1), K. Ben Mansour (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

P101 - La sitostérolémie : à propos d'un cas en pédiatrie

NEH. Gabsi (1), H. Ouarda (2), S. Khelif (2), J. Ben Hafaiedh (2), J. Kanzari (2), M. Amous (2), E. Ben Arab (2), O. Azzabi (2), N. Siala (2).

Service de pédiatrie et de néonatologie, Mongi Slim La Marsa (1).Service de pédiatrie, Mongi Slim, La Marsa (2).

Gastroentérologie ,Nutrition,Hépatologie

P102 - Cholangite sclérosante néonatale révélée par une cholestase : à propos d'un cas

S. Atitallah (1), N. Jelalia (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1).

P103–AutoimmuneHepatitis in Children: A Study of 13 Cases

S. Hannachi (1), I. Marzouk (1), N. Selsabil (1), S. Mabrouk (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).
pédiatriesahloulsousse (1).

P104 - L'ingestion d'eau de javel en vrac chez l'enfant

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

P105 - A propos de 2 cas du syndrome de la pince aorto-mésentérique

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Ammar (1), H. Zitouni (2), R. Mhiri (3), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
pediatrie B sfax (1).chirurgie pediatriquesfax (2).chirurgie pediatrique (3).

P106 - Hépatite auto-immune séronégative : A propos de deux cas

O. Batbout (1), R. Hadj Salem (1), E. Sfar (1), A. Daya (1), S. Daldoul (1), S. Chouchane (1).
Service de pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba Monastir (1).

P107 - Les hépatopathies auto-immunes : expérience d'un service de pédiatrie

S. Miled (1), E. Ben Arab (1), M. Bouaziz (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khlif (1), M. Ammous (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie Hôpital Mongi slim, la Marsa (1).

P108 - Prise en charge médicochirurgicale du cavernome porte de l'enfant : Expérience du CHU de Monastir

R. Haj Salem (1), E. Amdouni (1), S. Ben Youssef (2), S. Sfar (2), C. Chardot (2), T. Ghedira (1), M. Abdelaali (3), M. Maatouk (3), J. Saad (3), A. Zrig (3), L. Sahnoun (2), S. Chouchene (1).
Service de Pédiatrie de Monastir (1).Service de Chirurgie Pédiatrique de Monastir (2).Service de Radiologie de Monastir (3).

P109 - Atrésie des voies biliaires : Une Pathologie toujours d'actualité

R. Mhiri (1), J. Kanzari (1), S. Khelif (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), E. Mermech (1), I. Selmi (1), A. Guizani (1), O. Azzabi (1), S. Helioui (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie- Hôpital Mongi Slim, la marsa (1).

P110 - Efficacité de la cholangiographie avec lavage thérapeutique au sérum salé dans le traitement du syndrome de bile épaissie

S. Atitallah (1), O. Rojbani (1), W. Ben Othmen (1), F. Kaddour (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (2).
Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1).Service de Pédiatrie C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (2).

P111 - Association of AutoimmuneHepatitis and CeliacDisease : Role of Gluten-Free Diet in ReversingLiverDysfunction

B. Meriem (1), R. Hadj Salem (1), E. Sfar (1), T. Ghedira (1), R. Neguez (1), C. Ben Mariem (1), S. Chouchane (1).
Service de pédiatrie de Monastir (1).

P112- AtypicalPresentation of AlagilleSyndrome:NeonatalCholestasiswith Normal Gamma-Glutamyl Transferase Levels

S. Atitallah (1), W. Ben Othmen (1), H. Jilani (2), N. Pottier (3), F. Kaddour (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
PediatricDepartment C, Bechir Hamza Children'shospital, Tunis, Tunisia (1).Geneticdepartment, Mongi Slim Hospital, Marsa, Tunisia (2).Genopathies and toxicologydepartment, CHRU Lille, France (3).

P113 - L'ingestion de caustique :_x000B_Aspects cliniques et évolutifs

J. Elhem (1), R. Zairi (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).
Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P114 - L'ingestion de produits caustiques chez l'enfant: une urgence menaçante

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

P115 - Cholestases à début néonatal: à propos de 26 cas

M. Yatouji (1), S. Khlif (1), H. Ouarda (1), NH. Gabsi (1), J. Ben Hefaiedh (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de Pédiatrie et Néonatologie- Hôpital Mongi Slim La Marsa (1).

P116 - Une étiologie rare d'une ascite de grande abondance chez un enfant

A. Radouani (1), J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).
service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P117 - Diarrhée glairo-sanglante persistante chez un nourrisson en rapport avec un syndrome Crohn-like : quel diagnostic à envisager ?

Y. Mkhinini (1), S. Kmiha (1), R. Belhadj (1), F. Charfi (1), N. Tarhouni (1), H. Aloulou (1), R. Kolsi (1), T. Kammoun (1).
Service de Pédiatrie A, C.H.U Hedi Chaker de Sfax (1).

P118- Purpura rhumatoïde de l'enfant : particularités de l'atteinte digestive

S. El Euch (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rebhi (1), S. Mosbeh (1), H. Barakizou (1).
Service de Pédiatre Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

P119 - Ingestion caustique catastrophique: enjeu thérapeutique

O. Rojbani (1), N. Jelalia (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebeh (1), O. Bouyahya (1), S. MazighMrad (1), S. Boukthir (1).
Pédiatrie C HôpitalBechir Hamza (1).

P120- Une cause inattendue d'un ictère cholestatique: A propos d'un cas pédiatrique de pancréatite auto-immune

J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), R. Karoui (1), I. Khamassi (1).
service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P121 - Hépatite et Cytopénies auto-immunes : A propos d'un cas

S. Mechlia (1), R. Hadj Salem (1), I. Zmanter (1), S. Zayani (1), R. Naguez (1), O. Batbout (1), S. Chouchane (1).
Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (1).

P122 - Microangiopathie thrombotique induite par le tacrolimus après une transplantation hépatique à propos d'un cas

S. Mechlia (1), A. Daya (1), R. Hadj Salem (1), O. Batbout (1), S. Zayani (1), S. Chouchane (1).
Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (1).

P123- Les atteintes hépato biliaires atypiques au cours des hépatites virales aigues A de l'enfant

S. Zedini (1), O. Bouyahya (1), Z. Trabelsi (1), R. Ben Rabeh (1), N. Missaoui (1), S. Atittalah (1), S. Yahyaoui (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de pediatrie C hopitald'enfant (1).

P124 - Cholestases Génétiques Rares : à propos de 9 cas

M. Bouaziz (1), S. Khlif (1), NH. Gabsi (1), J. Ben Hefaiedh (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de Pédiatrie et Néonatologie- Hôpital Mongi Slim La Marsa (1).

P125 - Intérêt du dosage des métabolites de la thiopurine chez les enfants atteints de maladie Crohn : Vers une approche proactive pour optimiser le traitement

R. Ben Rabeh (1), S. Mazigh (1), O. Rojbani (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahya (1), S. Boukthir (1).
Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

Génétique

P126 - Le syndrome fémoro-facial: à propos de deux observations

H. Maalaoui (1), I. Chelly (1), W. Barbaria (1), M. Bourcheda (1), L. Kraoua (2), I. Khamassi (1).
Pédiatrie générale de l'hôpital Habib Bougatfa Bizerte (1).Service des maladies héréditaires et congénitales, Hôpital Charles Nicolle (2).

P127 - Expression clinique du syndrome facio-génito-poplité à travers d'une observation

H. Maalaoui (1), B. Ferchichi (1), W. Barbaria (1), M. Bourcheda (1), I. Chelly (1), I. Khamassi (1).
Pédiatrie générale de l'hôpital Habib Bougatfa Bizerte (1).

P128 - Les dysmorphies crânio-faciales révélant une mutation du gène FGFR2 : une comparaison entre les syndromes d'Apert et de Crouzon

M. Rebhi (1), A. Kammoun (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1).
de pédiatrie de l'hôpital militaire de première instruction de tunis (1).

P129 - Syndrome de Kabuki: à propos d'un cas

N. Haddad (1), A. Zouaoui (1), L. Essaddam (1), W. Mkaouar (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
Service de pédiatrie, Urgences et consultations , Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

P130 - Association syndrome VACTREL/VATER et troisième membre inferieur : À propos d'un cas

M. Chouikha (1), N. Jelalia (1), A. Mseddi (1), Y. Sdiri (1), W. Belhadj (1), N. Ben Abba (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), S. Kacem (1).
Service de néonatologie, Centre de maternité et de néonatologie de Tunis (1).

P131 - Syndrome de Di-George : à propos de 8 cas

C. Ben Mahmoud (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Mdaini (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

P132 - Syndrome de Wolf-Hirschhorn

B. Briki (1), B. Elakermi (1).
Pédiatrie Kairouan (1).

P133 - Association diabète de type 1 et épilepsie révélant un syndrome déletionnel : à propos d'une observation

N. Ghabi (1), A. Tej (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), R. Kbaili (1), H. Ben Belgacem (1), M. Guedria (1), S. Tilouche (2), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
Service Pédiatrie CHU Farhat HachedSousse (1).Service Réanimation Pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (2).

P134 - Anomalies facio-cutanées du Syndrome de Costello : à connaître !

S. El Ouertani (1), M. Zribi (1), H. Boudabous (1), L. Kraoua (2), A. Ben Chehida (1), MS. Abdelmoula (1).
service de pédiatrie, CHU La Rabta (1).Service de maladies congénitales et héréditaires CHU Charles Nicolles (2).

P135 - Le syndrome de Bardet-Biedl : à propos d'un cas

O. Mandhouj (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), M. Abdelbari (1), R. Kebaili (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), L. Boughamoura (1).
service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

P136 - Le syndrome de DiGeorge (22q11.2) de la génétique à une prise en charge personnalisée : étude de 6 observations

D. Laouini (1), N. Soyah (1), R. Kebaili (1), M. Abdelberi (1), H. Benbelgacem (1), N. Jaballah (1), M. Benguedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), N. Mahdhaoui (2), A. Tej (1), L. Boughamoura (1).
Pediatrie Farhat HachedSousse (1).Neonatologie Farhat Hached Sousse (2).

P137 - Le syndrome de Prader Willi : un syndrome complexe au carrefour de la génétique et de l'endocrionologie : A propos de 4 observations

D. Laouini (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), M. Abdelberi (1), H. Benbelgacem (1), N. Jaballah (1), M. Benguedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (2), N. Mahdhaoui (3), R. Kebaili (1), L. Boughamoura (1).

Pediatrie Farhat HachedSousse (1).Réanimation Pédiatrique Farhat Hached Sousse (2).Neonatologie Farhat Hached Sousse (3).

P138 - Syndrome de Crouzon dans sa forme néonatale : A propos de deux observations.

M. Barka (1).

Service de Néonatologie CHU Farhat Hached Sousse. (1).

P139 - Cataracte congénitale : à propos d'un cas secondaire à un Syndrome de Nance-Horan

O. Mandhouj (1), N. Jemmeli (1), M. Beji (1), M. Jouili (1), A. Marzouki (1), O. Sonnara (1), O. Mars (1), R. Sakka (1), B. Mahjoub (1).

service de pédiatrie, hopital Taher Sfar Mahdia (1).

Hématologie ,Oncologie ,Immunologie

P140 - Infections mycobactériennes dans la maladie granulomateuse chronique : caractéristiques cliniques et prise en charge

M. Gouja (1), I. Ben Fraj (1), G. Khattech (1), A. Ben Taleb (1), S. Rekaya (1), M. Ben Khaled (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1).

Service d'immuno-hématologie pédiatrique. Centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. (1).

P141 - Hépatoblastome de l'enfant en Tunisie : caractéristiques cliniques et pronostiques sur une période de 18 ans

F. Hassine (1), E. Jbebli (2), S. Ben Ahmed (2), R. Amdouni (2), F. Fedhila (2), S. Rhayem (2), M. Khemiri (2).

Hôpital Monji Slim (1).Médecine infantile A hôpital d'enfants de Tunis (2).

P142 - Infections ostéo-médullaires dans la granulomatose septique chronique : Une urgence diagnostique et thérapeutique

M. Gouja (1), I. Ben Fraj (1), A. Ben Taleb (1), S. Rekaya (1), M. Ben Khaled (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1).

Service d'immuno-hématologie pédiatrique. Centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. (1)

P143 - Anémie ferriprive chez l'enfant : un défi diagnostique et stratégie de de prise en charge

R. Hsasna (1), M. Bahri (1), E. Azza (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie infantile, Hopital Aziza Othmana (1).

P144- Trisomie 18 associée à une leucémie aigüe : à propos de 3 cas

R. Hsasna (1), E. Azza (1), M. Bahri (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie infantile, Hopital Aziza Othmana (1).

P145 - Aspergillose pulmonaire invasive chez les enfants traités pour leucémies aigues : A propos de 14 cas

S. Khirallah (1), E. Azza (1), M. Bahri (1), R. Hsasna (1), R. Ben Lakhel (2), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie infantile, Hopital Aziza Othmana (1).Hématologie clinique, Hopital Aziza Othmana (2).

P146 - Caractéristiques des rechutes neuro-méningées des LAL chez les enfants et les adolescents

E. Ben Othmen (1), E. Azza (1), M. Bahri (1), R. Hsasna (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie infantile, Hopital Aziza Othmana (1).

P147 - Révolution thérapeutique dans l'aplasie médullaire acquise pédiatrique : Les défis de la transplantation des cellules souches hématopoïétiques en haplo-identique

F. Hassine (1), M. Ben Khaled (2), A. Ben Taieb (2), S. Rekaya (2), M. Bejaoui (2), F. Mellouli (2), I. Ben Fradj (2), M. Ouederni (2).

HopitalMonji Slim (1).service de pédiatrie immuno-hématologie centre national de greffe de la moelle osseuse (2).

P148 - Maladie de Willebrand type II à révélation néonatale : à propos d'une observation

S. Ben Ahmed (1), O. Cherif (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

médecine infantile A (1).

P149 - Greffe de cellules souches hématopoiétique Haplo-Identique en Tunisie : Transformer l'avenir des enfants avec un déficit immunitaire primitif

F. Hassine (1), M. Ben Khaled (2), A. Ben Taieb (2), S. Rekaya (2), M. Bejaoui (2), F. Mellouli (2), I. Ben Fradj (2), M. Ouederni (2).

HopitalMonji Slim (1).service de pédiatrie immuno-hématologie centre national de greffe de la moelle osseuse (2).

P150 - Profil épidémiologique des tumeurs solides chez l'enfant : expérience de 10 ans au service de pédiatrie Sahloul

M. Ben Rhaiem (1), M. Sameh (1), S. Nouir (1), S. Hannechi (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).

Service de pediatrie CHU sahloul , Sousse (1).

P151 - Infections respiratoires aiguës chez des enfants suivis pour une hémopathie : profil épidémiologique, clinique et microbiologique.

A. Abid (1), M. Bahri (1), Y. Chelbi (2), E. Azza (1), R. Hsasna (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie Clinique Infantile , Hôpital Aziza Othmana (1).Service de Microbiologie , Hôpital Aziza Othmana (2).

P152 - Lymphome hodgkinien et auto-immunité chez l'enfant

E. Jbebli (1), S. Ben Moussa (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

P153 - Greffe de cellules souches hématopoiétiques en haploidentique pour les hémopathies malignes : Avancées et défis actuels en Tunisie

F. Hassine (1), M. Ben Khaled (2), A. Ben Taieb (2), S. Rekaya (2), M. Bejaoui (2), F. Mellouli (2), I. Ben Fradj (2), M. Ouederni (2).

HopitalMonji Slim (1).service de pédiatrie immuno-hématologie centre national de greffe de la moelle osseuse (2).

P154 - A propos d'un cas d'anémie par carence en vitamine B12

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Chaari (2), R. Doued (1), B. Maalej (1), L. Gargouei (1).

pediatrie B sfax (1).Laboratoire hematologiesfaxhedichaker (2).

P155 - A propos d'un cas d'une hémoglobinopathie type OArab

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), R. Mallek (2), M. Ammar (1), M. Elloumi (2), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).hematologiehedichakersfax (2).

P156 - A propos d'un cas d'anémie sidéroblastique congénitale

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), I. Frikha (2), M. Ammar (1), M. Elloumi (2), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).hematologiehedichakersfax (2).

P157 - A propos d'un cas d'histiocytose chez l'enfant

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), I. Moalla (1), S. Trichilli (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

P158 - A propos d'un cas d'anémie par carence en vitamine B12

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Chaari (2), R. Daoued (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).Laboratoire hematologiesfaxhedichaker (2).

P159 - Le déficit en Trans cobalamine type II : une erreur innée de métabolisme et de l'immunité

M. Weli (1), M. Nakti (1), H. Ben Hamedou (1), A. Kammoun (1), M. Tira (2), I. Ben Mostpha (3), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).institut pasteur tunis (2).Intstitutit Pasteur (3).

P160 - Les troubles congénitaux de la glycosylation : un rapport de cas

M. Weli (1), M. Nakti (1), H. Ben Hamedou (1), A. Kammoun (1), M. Tira (1), I. Ben Mostpha (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

P161 - Déficit congénital en facteur XIII: expérience du service de pédiatrie B

I. Moalla (1), M. Weli (1), H. Ben Hamedou (1), S. Trichilli (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

P162 - Le Xanthogranulome juvénile : Une pathologie bénigne qui simule un cancer

R. Zairi (1), S. Rhayem (1), E. Jebabli (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

Service de médecine infantile A , Hôpital d'Enfants Bechir Hamza de Tunis (1).

P163- L'interaction inattendue de la drépanocytose et rectocolite hémorragique (RCH) : à propos d'un cas

A. Biha (1), A. Feil (2), S. Niang (3), A. Horma Babana (4), MH. Babana (4), S. Mohamed Brahim (5), N. Mamadou (6).

de Pédiatrie, Centre Hospitalier National (CHN) de Nouakchoutt (1).de Pédiatrie de CHN de Nouakchoutt, Mauritanie (2).de Pédiatrie de CHN, Nouakchoutt, Mauritanie (3).Service Hepatogastroenterologie à la Clinique Chiva, Nouakchott, Mauritanie (4).Unité de recherche et enseignement, Centre National d'Oncologie (CNO), Nouakchoutt, Mauritanie. (5).Service de consultation externe, CHN de Nouakchott, Mauritanie (6).

P164 - Eczéma persistant: Pensez au déficits immunitaires!

S. Zedini (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitalah (1), N. Missaoui (1), R. BneRabeh (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

Service de pédiatrie C. Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P165 - Présentation atypique d'un rhabdomyosarcomecongénital: à propos d'une observation exceptionnelle

S. Zedini (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitalah (1), N. Missaoui (1), R. BneRabeh (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

Service de pediatrie C hopitald'enfant (1).

P166 - Les neutropénies sévères chez l'enfant : Profil étiologique et évolutif

M. Ammar (1), Y. Achich (1), A. Kammoun (1), R. Daoud (1), M. Hsairi (1), M. Weli (1), A. Mahfoudh (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

P167 - Lymphome hodgkinien et auto-immunité

S. Benmoussa (1), E. Jbebli (1), R. Amdouni (1), S. Ben Ahmed (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1).

Service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P168 - Granulomatose septique chronique et sphérocytose héréditaire : quand deux affections rares se croisent

M. Gouja (1), I. Ben Fraj (1), A. Turki (1), A. Ben Taieb (1), S. Rekaya (1), M. Ben Khaled (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1)

Service d'immuno- hématologie pédiatrique. Centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. (1).

P169 - Central venouscatheters placement for hematology-oncologychildrenhavingseverethrombocytopenia : a prospective observationalresaerch.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), A. Missoui (1), M. Hbaieb (2), A. Jarraya (1).
Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

P170 - Percutaneous central venouscatheters for leukemicchildren: the role of aplasticanemia in increasing the risk of complications.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), O. Fakhfakh (1), S. Ben Ayed (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).
Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

P171 - Syndrome hémophagocytaire compliquant une pneumopathie nécrosante : Faut-il penser au déficit immunitaire ?

E. Trabelsi (1), A. Braiek (1), S. Kbaier (1), I. Trabelsi (1), I. Bel Hadj (1), K. Boussetta (1).
Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza (1).

P172 - Les lymphomes lymphoblastiques chez les enfants,les adolescents et les jeunes adultes : aspects cliniques et résultats thérapeutiques

M. Rebah (1), E. Azza (1), M. Bahri (1), R. Hsasna (1), R. Benlakhal (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).
hématologie clinique (1).

P173 - Manifestations dermatologiques des déficits immunitaires primitifs chez l'enfant

M. Ammar (1), M. Weli (1), M. Nakti (1), R. Daoud (1), A. Kammoun (1), A. Mahfoudh (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

P174 - Syndrome d'Evans chez l'enfant, à propos d'un cas.

A. Dhanbri (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).
Pédiatrie Habib BougatfaBizerte (1).

P175 - Pancytopénie révélant un déficit immunitaire par Mutation du Gène NFKB1 : À propos d'un cas

I. Ben Fraj (1), R. Naffeti (1), M. Ben Khaled (1), A. Betaib (1), A. Garbaa (1), A. Bouraoui (1), F. Malouli (1), M. Ouederni (1).
CNGMO (1).

P176 - Un syndrome myélodysplasique compliquant une aciduriéméthylmalonique: A propos d'un cas

S. El Ouertani (1), M. Zribi (1), S. Khatrouche (1), A. Ben Chehida (1), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1).
Service de pédiatrie, CHU La Rabta (1).

P177 - Une révélation atypique d'un déficit en facteur X chez un nourrisson

N. Tarhouni (1), S. Kmiha (1), R. Kolsi (1), Y. Mkhinini (1), R. Belhaj (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).
Service de Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax (1).

P178 - Lymphohistiocytose Familiale : Urgence Diagnostique et Thérapeutique

M. Ben Khaled (1), R. Naffeti (1), E. Bouzidi (1), I. Ben Fraj (1), A. Ben Taieb (1), S. Rekaya (1), R. Kouki (1), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1).
CNGMO (1).

P179 - PTT Congénital : Un Diagnostic Trompeur, des Perspectives Thérapeutiques en Évolution

A. Ben Taieb (1), A. Bouraoui (1), I. Ben Fraj (1), S. Rkaya (1), A. Merdassi (1), F. Mallouli (1), M. Bejaoui (1), M. Ouederni (1).
PediatrieCNGMO (1).

P180 - Une impotence fonctionnelle révélant un neuroblastome métastatique chez un enfant : A propos d'un cas

R. Daoud (1), I. Allela (1), M. Ammar (1), A. Kammoun (1), A. Mahfoudh (1), M. Hsairi (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

P181 - Déficit en pyruvate kinase à révélation néonatale : à propos d'un cas

A. Radhouani (1), S. Abdelmoula (1), A. Maachaoui (1), T. Frigui (1), W. Ben Abdallah (1), M. Ouaer (1), H. Ben Hmida (1).

Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité du CHU Monastir (1).

P182 - Le Sirolimus, un traitement miracle du Blue RubberBlebSyndome

A. Ben Fraj (1), H. Cherif (1).

Hématologiepédiatrique (1).

P183 - Quality of Life in Children and Adolescents withHemophilia

N. Jaballah (1), S. Chaari (1), R. Kebaili (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), A. Tej (1), S. Tilouche (1), J. Bouguila (1), M. Ben Guedria (1), R. Zaoui (2), FZ. Hrizi (2), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).

pédiatrie Farhat Hached Sousse (1).ecole supérieure des sciences et techniques de la santé de sousse (2).

Immuno-allergologie

P184 - Manifestations d'hypersensibilité aux médicaments courants chez l'enfant : À propos de 20 cas

A. Kammoun (1), R. Boubaker (1), R. Daoud (1), M. Ammar (1), M. Hsairi (1), A. Mahfoudh (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU Hedi Chaker Sfax (1).

P185 - Le syndrome DRESS : Une synergie infection à EBV-bêtalactamines

R. Daoud (1), M. Weli (1), A. Kammoun (1), M. Ammar (1), K. Sellami (2), A. Mahfoudh (1), H. Turki (2), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).Dermatologie CHU Hédi Chaker (2).

P186 - Allergies alimentaires IgE médiées chez l'enfant

S. Dayegue (1), S. Ben Ameur (1), F. Chaari (1), R. Belhaj (1), H. Aloulou (1), I. Maaloul (1), T. Kammoun (1).

Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker Sfax (1).

Infectieux

P187 - Hydatidose pulmonaire, hépatique et cérébrale : A propos 11 cas

H. Ben Hamedou (1), I. Moalla (1), S. Trichilli (1), M. Weli (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

P188 - Méningite néonatale tardive à Streptocoque B : difficultés de prise en charge

G. Cherif (1), S. Yahyaoui (1), S. Hammami (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebah (1), O. Bouyahia (1), S. MazighMrad (1), S. Boukthir (1).

Service de Pédiatrie C. Hôpital d'enfants Béchir Hamza d'enfant de Tunis (1).

P189 - Leishmaniose viscérale sans fièvre chez un enfant immunocompétent : un défi diagnostique

G. Cherif (1), N. Missaoui (1), S. Hammami (1), M. Khalifa (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), S. MazighMrad (1), O. Bouyahia (1), S. Boukthir (1).

Service de Pédiatrie C. Hôpital d'enfants Béchir Hamza d'enfant de Tunis (1).

P190 - Leishmaniose viscérale infantile : Profil épidémio-clinique et thérapeutique

S. Hammami (1), N. Missaoui (1), G. Cherif (1), R. Ben Rabeh (1), M. Assidi (1), S. Atitallah (1), S. MazighMrad (1), O. Bouyahia (1), S. Boukthir (1), S. Cheikhrouhou (2), K. Kallel (2).

Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).Laboratoire de parasitologie, Hôpital la Rabta (2).

P191- Coqueluche : Profil épidémio-clinique et thérapeutique

S. Hammami (1), N. Missaoui (1), G. Cherif (1), R. Ben Rabeh (1), M. Assidi (1), S. Atitallah (1), S. MazighMrad (1), O. Bouyahia (1), S. Boukthir (1), K. Mefteh (2), A. Bouafsoun (2), H. Smaoui (2).
Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).Laboratoire de microbiologie, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (2).

P192 - Les méningo-encéphalites herpétiques de l'enfant : diagnostic et pronostic

M. Ammar (1), A. Bechikh (1), B. Maalej (1), A. Kammoun (1), R. Daoud (1), A. Mahfoudh (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

P193- Infection à West-Nile virus chez l'enfant : À-propos 3 cas

B. Maalej (1), M. Weli (1), M. Zribi (1), S. Trichilli (1), Y. Achich (1), M. Hsairi (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B, CHU Hédi Chaker, Sfax. (1).

P194 - Abcès pulmonaire chez l'enfant : étude de 25 cas

Y. Achich (1), S. Trichili (1), I. Moalla (1), M. Hsairi (1), M. Wali (1), A. Mahfoudh (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
Service de pédiatrie B, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (1).

P195 - Paludisme chez l'enfant en Tunisie : à propos de trois cas

A. Bechikh (1), B. Maalej (1), M. Weli (1), M. Hsairi (1), I. Maala (1), L. Gargouri (1).
Pediatrie B CHU HediCheker (1).

P196 - Co-infection méningée Streptococcus pneumoniae et Herpès Simplex chez un nourrisson ?

O. Kchaou (1), O. Fendri (1), I. Maaloul (1), S. Dayeg (1), H. Aloulou (1), S. Ben Ameur (1), T. Kammoun (1).
Pédiatrie A (1).

P197 - Impact des infections nosocomiales sur la morbi-mortalité des nouveau-nés prématurés : étude transversale sur 4 ans

R. Naffeti (1), M. Elouaer (2), S. Ben Amar (2), S. Abdelmoula (2), R. Faleh (3), H. Ben Hmida (2), K. Moanstiri (2).
service de néonatologie de Monastir (1).néonatologie Monastir (2).service de gynécologie obstétrique de Moanstir (3).

P198 - Fièvre aux antibiotiques : un diagnostic à ne pas oublier

W. Chebaane (1), J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).
service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P199 - Exophtalmie révélatrice d'une tuberculose nasosinusiene

A. El Eferni (1), M. Rebhi (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (2).
pediatrie HMPIT (1).peditarie HMPIT (2).

P200 - Profil clinique et bactériologique des infections néonatales bactériennes précoces

T. Donia (1), W. Barbaria (1), F. Maatouk (1), M. Bourcheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).
Pédiatrie et néonatologie-Hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P201 - Le zona chez l'enfant : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. Service de pédiatrie et des maladies métaboliques de l'Hôpital la Rabta de Tunis

R. Ben Amor (1), S. Khatrouch (1), M. Zribi (1), A. Ben Chhida (1), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1).
Service de pédiatrie et des maladies métaboliques de l'Hôpital la Rabta de Tunis (1).

P202 - Facteurs de risque des infections urinaires aux entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi

R. Amdouni (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), R. Farhat (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), S. Rehayem (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A, hôpital d'enfants Béchir hamza (1).

P203 - Fièvre aigue chez l'enfant : profil clinique et étiologique

S. Kbaier (1), B. Jerbi (1), E. Trabelsi (1), S. Hamouda (1), I. Belhadj (1), K. Boussetta (1).
service de pédiatrie B hôpital d'enfants de Tunis (1).

P204 - Quand la tuberculose digestive déjoue le diagnostic : un véritable défi en pédiatrie

A. Marzouki (1), M. Jouili (1), N. Jammeli (1), M. Beji (1), O. Sonara (1), O. Mandhouj (1), B. Mahjoub (1).
pédiatrie Taher sfarMahdia (1).

P205 - Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la méningite du nourrisson et de l'enfant

R. Thabti (1), E. Ben Hassine (1), F. Friha (1), L. Jallouli (1), A. Kéfi (1), Z. Najar (1), F. Krifi (1), A. Marzouk (1).
service de Pédiatrie et de Néonatologie de l'hôpital de Ben Arous (1).

P206 - Purpura fulminans de l'enfant: expérience de service de pédiatrie Mahdia

O. Sonnara (1), M. Jouili (1), M. Beji (1), N. Jemmali (1), A. Marzouki (1), A. Ben Hfaiedh (1), O. Mandhouj (1), B. Mahjoub (1).
Pédiatrie Mahdia (1).

P207 - Mononucléose infectieuse compliquée chez l'enfant

R. Saidene (1), S. Khattrouch (1), M. Zribi (1), A. Ben Chehida (1), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1).
Service de pédiatrie hôpital La Rabta (1).

P208 - Shigellose en milieu pédiatrique : Aspects clinico- biologiques et évolutifs

S. Rhayem (1), M. Bourcheda (1), R. Amdouni (1), E. Jbabli (1), S. Ben Ahmed (1), BF. Faten (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1), H. Smaoui (1).
Service de pédiatrie A (1), Hôpital d'enfants de Tunis (1).

P209 - Tuberculose extra-pulmonaire en pédiatrie

M. Cherif (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

P210 - Tableau pseudo tumoral révélant une brucellose : à propos d'un cas pédiatrique

S. Dayegue (1), I. Chabchoub (1), F. Chaari (1), F. Charfi (1), R. Kolsi (1), S. Ben Ameur (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).
Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker Sfax (1).

P211 - Le kyste hydatique en pédiatrie : une pathologie toujours d'actualité en Tunisie

L. Essaddam (1), M. Meddeb (1), A. Bouzidi (1), H. Houcem (1), Z. Fitouri (1).
pediatrie D HET (1).

P212 - Empyème sous-dural pédiatrique

M. Feki (1), M. Loukil (1), I. Elleuch (1), A. Elleuch (1), F. Safi (1).
réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

P213 - Candidose œsophagienne : quelles étiologies a suspecté ?

N. Jelalia (1), R. Ben Rebeh (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahya (1), S. MazighMrad (1), S. Boukthir (1).
PédiatrieC ,HôpitalBechir Hamza (1).

P214 - Endocardite infectieuse: à propos d'une série pédiatrique

O. Sonnara (1), M. Jouili (1), N. Jemmeli (1), M. Beji (1), M. Ben Ali (1), J. Aloulou (1), B. Mahjoub (1).
Pédiatrie Mahdia (1).

P215 - Otomastoidite aigue : série pédiatrique

R. Saidene (1), S. Khattrouch (1), M. Zribi (1), A. Ben Chehida (1), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1).
Service de pédiatrie hôpital La Rabta (1).

Maladies héréditaires du métabolisme

P216 - Une cardiomyopathie dilatée révélant un déficit primaire en carnitine

S. Ben Ahmed (1), E. Cherif (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A (1).

P217- Gangliosidose à GM1 : A propos d'un cas

W. Jrad (1), R. Hadj Salem (1), I. Zmanter (1), E. Sfar (1), Y. Smaoui (1), K. Laamiri (1), F. Thabet (1), S. Chouchane (1).
Pédiatrie , CHU Fattouma Bourguiba Monastir (1).

P218 - L'ANÉMIE MÉGALOBLASTIQUE THIAMINE DÉPENDANTE: À PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS PÉDIATRIQUES

S. Ben Ahmed (1), S. Rihane (1), R. Amdouni (1), E. Jbabli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).
service de médecine infantile A (1).

P219 - Le déficit en carnitine : Une cause rare mais réversible de cardiomyopathie dilatée chez l'enfant

S. Dayegue (1), S. Ben Ameur (1), M. Zouari (1), F. Charfi (1), M. Bahloul (1), S. Kmiha (1), R. Kolsi (1), I. Maaloul (1), R. Belhadj (1), H. Aloulou (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1).
Pédiatrie A CHU Hédi Chaker Sfax (1).

P220–AcidurieMéthylmalonique : à propos de 7 cas

A. Radhouani (1), N. Nouira (1), A. Maachaoui (1), H. Ben Hmida (1).
Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité du CHU Monastir (1).

P221 - Le profil évolutif des patients porteurs de déficit en néoglucogenèse : étude de 6 observations

N. Ghabi (1), N. Soyah (1), R. Kbaili (2), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), A. Tej (1), L. Boughamoura (1).
Service Pédiatrie CHU Farhat HachedSousse (1).Service Pédiatrie CHU Farhat Hached (2).

P222 - Retard du développement et dysmorphie faciale discrète : penser à la mucopolysaccharidose de type III – À propos d'un cas

E. Ben ElhajRhouma (1), M. Youssef (1), S. Hedhili (1), I. FekihRomdhane (1), M. Saidane (1), H. Ben Hammouda (1).
Service de néonatologie, Hôpital universitaire Tahar Sfar, Mahdia

Néonatologie

P223- Infectiousmorbidity in newborns of diabeticmothers C'est la meme série que l'abstract 3097. Je garderai plutôt l'abstract 3097, plus complet

Y. Sdiri (1), O. Jelassi (1), F. Hassine (1), B. Jerbi (1), H. Chourou (1), W. Belhajammar (1), S. Kacem (1), F. Ayari (1).
médecine et réanimation néonatale CMNT (1).

P224 - Complications à court et moyen terme des méningites néonatales

E. Ben ElhajRhouma (1), I. FekihRomdhane (1), S. Hedheli (1), A. Ben Hassen (1), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

P225 - Les aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques et thérapeutique de méningite néonatale

S. Hedhili (1), I. FekihRomdhane (1), E. Ben ElhajRhouma (1), H. Jaouadi (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

P226 - Facteurs maternels associés à la prématurité : étude de 65 cas de naissances prématurées au sein du service de néonatologie de Mahdia

H. Jaouadi (1), I. FekihRomdhane (1), J. Green (1), A. Ghorbali (1), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

P227 - LES PERLES D'EPSTEIN : UNE PATHOLOGIE BÉNIGNE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

B. Jerbi (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), W. Belhadj Ammar (1), Y. Sdiri (1), F. Ayari (1), S. Kacem (1).
Service de Médecine et Réanimation Néonatale du Centre de Maternité et de Néonatologie de Tunis (1).

P228- Détresse respiratoire néonatale : les malformations broncho-pulmonaires congénitales comme étiologie à ne pas méconnaître

B. Jerbi (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), W. Belhadj Ammar (1), N. Ben Aba (1), Y. Sdiri (1), F. Ayari (1), S. Kacem (1).
Service de Médecine et de Réanimation Néonatale Centre de Maternité et de Néonatologie de Tunis (1).

P229 - La malformation adénomatoïde kystique pulmonaire : à propos de deux cas

O. Kchaou (1).
Service de néonatologie de Sfax (1).

P230 - Manifestations et évolution d'une épidermolyse bulleuse néonatale : Rapport de cas

H. Guellouh (1), Z. Sabour (1), M. Belkacemi (1), F. Bendaoud (1).
Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

P231 - Cystostéatonécrose néonatale : Présentation d'un cas clinique

H. Guellouh (1), Z. Sabour (1), M. Haffad (1), F. Bendaoud (1).
Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

P232 - Mélanose pustuleuse néonatale transitoire : Pathologie bénigne ou source d'inquiétude ? Analyse de deux cas

H. Guellouh (1).
Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

P233 - Endochondromepériauriculaire bilatéral néonatal : Une anomalie isolée ou un signe d'alerte ?

H. Guellouh (1).
Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

P234 - Tâches café au lait multiples : Un signe révélateur de neurofibromatose ? À propos d'un cas

H. Guellouh (1).
Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

P235 - Observation clinique d'une aplasie cutis circonscrite du cuir chevelu : caractéristiques et prise en charge

F. Hassine (1), R. Ben Aziza (2), H. Chourou (2), W. Belhadj Ammar (2), S. Kacem (2).
Hôpital Monji Slim (1).Service de néonatologie centre de maternité et de néonatologie de Tunis (2).

P236 - Infections associées aux soins en unité de réanimation néonatale au centre de maternité et de néonatologie de Tunis

F. Hassine (1), R. Ben Aziza (2), H. Chourou (2), W. Belhadj Ammar (2), S. Kacem (2).
Hôpital Monji Slim (1).Service de néonatologie centre de maternité et de néonatologie de Tunis (2).

P237 - La rétinopathie du prématuré : étude rétrospective sur une période de six mois au CMNT

F. Hassine (1), R. Ben Aziza (2), H. Chourou (2), W. Belhadj Ammar (2), S. Kacem (2).
Hôpital Monji Slim (1).Service de néonatologie centre de maternité et de néonatologie de Tunis (2).

P238 - MORTALITÉ NÉONATALE PRÉCOCE DANS UN SERVICE DE PÉDIATRIE GÉNÉRALE : INCIDENCE ET ÉTIOLOGIES

E. Jbebli (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).
Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P239 - Observation d'une séquence de EIOS dans le cadre des maladies de brides amniotiques.

F. Maatouk (1), Y. Sdiri (1), N. Ben Aba (1), W. Belhaj Ammar (1), S. Kacem (1), A. Masmoudi (2), F. Ayari (1).
médecine et réanimation néonatale CMNT (1).fœtopathologie CMNT (2).

P240 - Syndrome IMAGe: A propos d'une observation

M. Ezzine (1), Y. Sdiri (1), S. Kacem (1).
Service de Réanimation Néonatale - centre de maternité et de néonatologie de Tunis(CMNT) (1).

P241 - Urinome néonatale révélant une valve de l'urètre postérieur : A propos d'une observation

M. Ezzine (1), Y. Sdiri (1), S. Kacem (1).
Service de Réanimation Néonatale - centre de maternité et de néonatologie de Tunis(CMNT) (1).

P242 - Impact de la thrombophilie maternelle sur les complications néonatales

M. El Ghali (1), T. Frigui (1), S. Abdelmoula (1), M. El Ouaer (1), H. Ben Hamida (1), M. Bizid (1).
service de réanimation et de médecine néonatale Monastir (1).

P243 - Prevalence and prognosis of newbornsborn to diabeticmothers in the TMNC :astudy of 246 cases

Y. Sdiri (1), O. Jelassi (1), S. Abaza (1), W. Belhaj Ammar (1), S. Kacem (1), F. Ayari (1).
médecine et réanimation néonatale CMNT (1).

P244 - Ostéochondrodysplasie létale de diagnostic prénatal : À propos d'un cas

N. Jelalia (1), M. Chouikha (1), F. Ayari (1), Y. Sdiri (1), W. Belhadj (1), N. Ben Abba (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), S. Kacem (1).
Service de néonatologie- Centre de maternité et de néonatologie de Tunis (1).

P245 - Hernie diaphragmatique congénitale gauche de diagnostic anténatal : À propos de 4 cas

E. Ben Kaddour (1), H. Fraj (1), S. Hannachi (1), M. Kitar (2), A. Merdaasi (1), F. Ben Salah (1), F. Ben Taher (1), H. Heni (1), E. Karoui (1), B. Khelifa (2), S. Blibech (1).
Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale, HMPIT (1).Service de Chirurgie Général, HMPIT (2).

P246 - Forme sévère d'incompatibilité plaquettaire allo-immune néonatale dans le système HPA-15 associée à une perforation digestive : quelle causalité ?

F. Ben Taher (1), F. Ben Salah (1), S. Hannachi (1), H. Fraj (1), H. Heni (1), E. Karoui (1), S. Blibech (1).
Service de néonatologie et de réanimation néonatale de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

P247 - Convulsion néonatale révélatrice d'un déficit en protéine D-bifonctionnelle. À propos de deux nouvelles mutations en Tunisie

M. Hassiki (1), F. Ben Salah (1), S. Hannachi (1), H. Fraj (1), C. Letaief (1), A. Bouzouita (1), S. Blibech (1).
Service de néonatologie et de réanimation néonatale de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

P248 - Ascite chez un nouveau-né prématuré : à propos d'un cas Service de réanimation néonatale Hôpital Charles Nicolle de Tunis

R. Ben Amor (1), M. Bouslema (1), W. Hannechi (1), S. Jaouhari (1), M. Ben Ali (1), E. Ben Hmida (1).
Service de Néonatologie hôpital charlesnicolle de Tunis (1).

P249 - La détresse respiratoire néonatale chez les prématurés : étiologies et prise en charge thérapeutique

J. Green (1), I. FekihRomdhaneIbtihel (1), H. Jaouadi (1), E. Ben ElhajRhouma (1), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

P250 - La réanimation en salle de naissance chez les nouveau-nés prématurés

H. Jaouadi (1), I. FekihRomdhane (1), J. Green (1), S. Hedhili (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

P251 - ArteriaLusoria : à propos d'un cas

H. Jaouadi (1), I. FekihRomdhane (1), J. Green (1), N. Rahmouni (1), I. Chamtouri (2), K. Ben Hamda (2), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia(1).Service de Cardiologie B, Hôpital Universitaire Fatouma Bourguiba, Monastir (2).

P252 - Etude analytique des césariennes électives et programmées avant 39 semaines d'aménorrhées Service de Néonatologie, Hôpital Charles Nicole

M. Tigorti (1), M. Bousslema (1), MW. Hannachi (1), S. Jaouhari (1), M. Ben Ali (1), E. Ben Hmida (1).
Néonatologie ,Hopital Charles Nicole (1).

P253 - Evolution de la mortalité néonatale entre 2007 et 2019 dans un service de pédiatrie en Tunisie

N. Missaoui (1), I. Kerkeni (2), M. Khalifa (2), R. Ben Rabeh (2), S. Atitallah (2), S. Yahiaoui (2), S. MazighMrad (2), S. Boukthir (2).
Service de médecine infantile C Hôpital d'enfants Béchir Hamza (1).Médecine infantile C Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (2).

P254 - Panaris néonatal : à propos d'un cas

N. Rahmouni (1), I. FekihRomdhane (1), A. Ben Hassen (1), J. Green (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Taher Sfar, Mahdia (1).

P255 - Kystes bilatéraux du plexus choroïde : à propos d'un cas avec diagnostic anténatal

E. Ben ElhajRhouma (1), I. FekihRomdhane (1), S. Hedhili (1), J. Green (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

P256 - Chromosome 6 en Anneau et Polykystose Rénale : Une Association aux Confins de la Génétique. À propos d'un cas

H. Heni (1), A. Merdassi (1), H. Fraj (1), S. Hannachi (1), F. Ben Salah (1), E. Karoui (1), E. Ben Kaddour (1), F. Ben Tahar (1), S. Blibech (1).
Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

P257 - Les cardiopathies congénitales à révélation néonatale

RL. Merchaoui (1), A. Guizani (1), M. Cherif (1), E. Marmech (1), K. Lassoued (1), E. Ben Arab (1), M. Ammous (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hefaiedh (1), S. Khlif (1), H. Ouarda (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), I. Selmi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie Mongi Slim Marsa (1).

P258 - Evolution à court et moyen terme des nouveau-nés prématurés

J. Green (1), I. FekihRomdhane (1), H. Jaouadi (1), E. Ben ElhajRhouma (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

P259 - Infections néonatales bactériennes précoces chez les prématurés : diagnostic, prise en charge et évolution

J. Green (1), I. FekihRomdhane (1), H. Jaouadi (1), N. Rahmouni (1), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

P260 - Mort fœtale in utero : caractéristiques cliniques et anatomopathologiques

Y. Ben Romdhane (1), E. Chaabane (1), MW. Hannachi (1), M. Bouslama (1), M. Ben Ali (1), S. Jaouhari (1), E. Ben Hmida (1).
Néonatologie ,Hopital Charles Nicole (1).

P261 - Méningite néonatale à Candida albicans : A propos d'un cas

A. Rajhi (1), MW. Hannachi (1), M. Bouslama (1), M. Ben Ali (1), S. Jaouhari (1), E. Ben Hmida (1).
Néonatologie ,Hopital Charles Nicole (1).

P262 - Predictors of postoperativemortalityamongneonatesaftermajor-risksurgery:a one-yearexperiencefrom a Tunisianhospital.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), A. Missoui (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).
Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

P263 - Cardiomyopathie hypertrophique du nouveau-né de mère diabétique :Service de réanimation et de médecine néonatale, du Centre de Maternité du CHU Monastir

M. El Ghali (1), N. Nouira (1), T. Frigui (1), S. Ben Ammar (1), S. Abdelmoula (1), M. El Ouaer (1), M. Bizid (1), H. Ben Hamida (1).
service de réanimation et de médecine néonatale Monastir (1).

P264 - Prise en charge de la bronchiolite aigue en milieu de réanimation néonatale : A propos de 66 cas

A. Bouzouita (1), S. Hannachi (1), F. Ben Taher (1), H. Fraj (1), F. Ben Salah (1), A. Merdassi (1), M. Hassiki (1), C. Letaif (1), S. Blibech (1).
Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

P265 - Thrombose artérielle étendue sur cathéter chez un prématuré : Succès du traitement médical

E. Oumayma (1), W. Barbaria (1), J. Jandoubi (1), M. Bourcheda (1), I. Khamessi (1).
Pédiatrie-Néonatologie Hopital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P266 - Transpostion des gros vaisseaux : une série de huit patients

S. Mahmoud (1), S. Jaouhari (1), A. Miled (1), E. Ben Hamida (1).
Néonatologie- Hôpital Charles Nicolle (1).

P267 - Expérience de la dérivation ventriculaire externe en néonatologie

C. Rouis (1), S. Sbai (1), S. Ben Amar (1), S. Abdelmoula (1), M. Elouer (1), M. El Ghali (1), M. Bizid (1), H. Ben Hamida (1).
Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité du CHU Monastir. (1).

P268- Le syndrome de Fraser : à propos d'un cas

S. Sbai (1), C. Rouis (1), M. Elouer (1), S. Abdelmoula (1), S. Ben Amar (1), M. El Ghali (1), M. Bizid (1), H. Ben Hamida (1).

P269 - Hypertension artérielle pulmonaire Persistante du nouveau-né en réanimation néonatale

A. Rajhi (1), S. Jaouhari (1), E. Ben Nejma (1), E. Ben Hamida (1).
Néonatologie- Hôpital Charles Nicolle (1).

P270 - La non-compaction du ventricule gauche : à propos de trois cas

N. Rahmouni (1), I. FekihRomdhane (1), A. Ben Hassen (1), F. Mokrani (1), I. Chamtouri (2), K. Ben Hamda (2), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).Service de Cardiologie B, Hôpital Universitaire Fatouma Bourguiba, Monastir (2).

P271 - Blépharophimosis congénitale : À propos d'un cas

A. Ghorbali (1), M. Youssef (1), I. FekihRomdhane (1), M. Saiden (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Taher Sfar, Mahdia, Tunisie (1).

P272 - Le syndrome de Prader - Willi : de la période néonatale à l'âge adulte

K. Oueslati (1), H. Ben Hamida (2), S. Abdelmoula (2), M. El Ouaer (2), S. Ben Amar (2), M. Bizid (2), M. Ghali (2).
Néonatologie de Monastir (1).Néonatologie (2).

P273 - Les rhabdomyomescardiaques

A. Maachaoui (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), W. Ben Haj Ammar (1), N. Ben Abba (1), F. Ayari (1), Y. Zdiri (1), S. Kacem (1).
Centre de maternité et néonatologie Tunis (1).

P274 - Tératomes orbitaires congénitaux: ''une rareté clinique relevée par deux cas''

A. Maachaoui (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), W. Ben Haj Ammar (1), N. Ben Abba (1), F. Ayari (1), Y. Zdiri (1), S. Kacem (1).
Centre de maternité et néonatologie

P275 - Ostéoarthrite Néonatale Bilatérale Abcédée : À Propos d'un Cas Rare et Compliqué

A. Ghorbali (1), I. FekihRomdhane (1), F. Mokrani (1), S. Hedhili (1), I. Haddada (2), W. Langar (2), A. Fekih (3), A. Abid (3), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Taher Sfar, Mahdia (1).Service de Médecine physique, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (2).Service de chirurgie orthopédique ,Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba Monastir (3).

P276 - Etiologicalspectrum and management of neonatalhypocalcemia at the Tunis maternity and neonatologycenter:a 4-year retrospectivestudy

Y. Sdiri (1), S. Ouerghi (1), I. Bouebdelli (1), F. Hassine (1), S. Kacem (1), F. Ayari (1).
médecine et réanimation néonatale CMNT (1).

P277 - LA MASTOCYTOSE CONGENITALE : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS NEONATALES.

M. Barka (1), I. Guellim (1), S. Chaieb (1), M. Taamli (1), N. Soyed (1), D. Brahem (1), O. Mghirbi (1), N. Mahdhaoui (1).
Service de Néonatologie CHU Farhat Hached Sousse. (1).

P278 - L'agénésie colique totale: à propos d'un cas rare

F. Mokrani (1), I. Fekih Romdhane (1), A. Ghorbali (1), S. Hedhili (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Néphrologie

P279 - Néphroclacinose de l'enfant : à propos 37 cas

H. Ben Hamedou (1), I. Moalla (1), S. Trichilli (1), M. Weli (1), M. Hsiari (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
pediatrie B sfax (1).

P280 - Facteurs prédictifs de réponse à la ciclosporine dans le syndrome néphrotique idiopathique cortico-résistant de l'enfant

C. Bouassida (1), O. Naija (1), E. Cherif (1), T. Sayari (1), Y. Hami (1), T. Gargah (1).
Pédiatrie Hôpital Charles Nicolle (1).

P281 - La vessie neurologique de l'enfant : Etude de 16 cas

A. Kallel (1), B. Maalej (1), A. Kammoun (1), M. Weli (1), A. Mahfoudh (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B CHU Hedi Chaker Sfax (1).

P282 - A propos d'un cas : syndrome casse-noisette

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Zouari (2), A. Kammoun (1), R. Mhiri (3), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
pediatrie B sfax (1).chirurgie pediatriquesfaxhedichaker (2).chirurgie pediatrique (3).

P283 - La neurofibromatose type1 : une cause rare d'HTA chez l'enfant

B. Maalej (1), I. Moalla (1), M. Hamdeni (1), H. Ben Hmado (1), S. Trichili (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B Hedichaker (1).

P284 - Hypercalcémie persistante chez le nourrisson : Quand la vitamine D fait trop de mal

S. Atitallah (1), G. Cherif (1), F. Kaddour (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

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

P285 - Tableau inhabituel des valves de l'urètre postérieur

R. Mhiri (1), S. Khlif (1), M. Yatouji (1), M. Ammous (1), J. Ben Hefaiedh (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de Pédiatrie et Néonatologie- Hôpital Mongi Slim La Marsa (1).

P286 - Le reflux vesico-urétéral de l'enfant : Etude de 24 cas

H. Ben Hamedou (1), B. Maalej (1), Y. Achich (1), H. Zitouni (2), R. Mhiri (2), M. Weli (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).chirurgie pediatriquesfax (2).

P287 - Syndrome Hémolytique et Urémique atypique: à propos d'une série pédiatrique

A. Marzouki (1), M. Jouili (1), N. Jammeli (1), M. Beji (1), O. Mars (1), O. Sonara (1), B. Mahjoub (1).

pédiatrie Taher sfarMahdia (1).

P288 - Syndrome Hémolytique et Urémique atypique: à propos d'une série pédiatrique

A. Marzouki (1), M. Jouili (1), N. Jammeli (1), M. Beji (1), O. Mars (1), O. Sonara (1), B. Mahjoub (1).

pédiatrie Taher sfarMahdia (1).

P289- Réactivation du cytomégalovirus associée à une co-infection par le virus Epstein-Barr et le Parvovirus B19 après transplantation rénale :à propos d'un cas

T. Sayari (1), E. Elmannai (1), M. Ferjani (1), S. El Guerchi (1), T. Gargah (1).

Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).

P290 - Maladie à cytomégalovirus réfractaire aux antiviraux aprés transplantation rénale : à propos d'un cas

E. Elmannai (1), T. Sayari (1), M. Ferjani (1), S. El Guerchi (1), T. Gargah (1).

Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).

P291 - Infection urinaire chez l'enfant : Profil clinique et bactériologique

E. Trabelsi (1), H. Landolsi (1), A. Ben Hamouda (1), S. Kbaier (1), I. Trabelsi (1), F. Khalsi (1), S. Hamouda (1), I. Bel Hadj (1), K. Boussetta (1).

Médecine infantile B (1).

Neurologie

P292 - L'encéphalomyélite aigue disséminé de l'enfant : Etude de 19 cas

B. Maalej (1), I. Gouiaa (1), A. Bechikh (1), I. Moalla (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).

Service de pédiatrie B , CHU Hedi Chaker ,Sfax (1).

P293 - Troubles Neurologiques Paroxystiques : Étude d'un Cas d'Hémiplégie Alternante de l'enfance

O. Mandhouj (1), N. Jemmeli (1), M. Beji (1), M. Jouili (1), A. Marzouki (1), O. Mars (1), O. Sonnara (1), B. Mahjoub (1).

P294 - La méningo-encéphalomyélite à West Nile Virus : Difficultés diagnostiques

O. Mandhouj (1), M. Ben Rhaiem (1), L. Marcheoui (1), Z. Ben Aouanallah (1), B. Briki (1), H.METJAOUEL(1)

service de pédiatrie, hopital Ibn Jazzar Kairouan (1).

P295- Syndrome de pointes ondes continues du sommeil lent compliquant une sclérose hippocampique : A propos d'un cas

O. Mandhouj (1), A. Tej (1), M. Abdelbari (1), R. Kebaili (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

P296- La maladie de Moya Moya : à propos de 3 cas

H. Ben Hamedou (1), I. Moalla (1), M. Weli (1), M. Hsiari (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
pediatrie B sfax (1).

P297- Un hématome sous frontal révélant une fistule intra crânienne chez un enfant: à propos d'un cas

S. Achoura (1), S. Hannachi (2), D. Yedeas (1), K. Radhouen (1), R. Chkili (1).
Neurochirurgie-Hopital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).Neonatologie-Hopital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (2).

P298- Tumeur Rhabdoïde du système nerveux central: A propos d'un cas et revue de la littérature

S. Achoura (1), S. Hannachi (2), F. Akrout (1), K. Radhouen (1), R. Chkili (1).
Neurochirurgie-Hopital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).Neonatologie-Hopital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (2).

P299 - Etat de mal convulsif néonatal et Syndrome de Dravet : À propos d'un cas

MHassiki (1), H. Fraj (1), S. Hannachi (1), F. Ben Salah (1), C. Letaief (1), A. Bouzouita (1), I. Dachraoui (1), S. Blibech (1).
Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale, HMPIT (1).

P300 - Encéphalomyélite aigue disséminée : Discordance clinico-radiologique

R. Amdouni (1), R. Zairi (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), R. Farhat (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), S. Rehayem (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A, hopital d'enfants de Tunis (1).

P301 - Causes rares de détresse neurologique à la période néonatale.

M. Barka (1), I. Guellim (1), M. Taamli (1), N. Soyed (1), D. Brahem (1), O. Mghirbi (1), N. Mahdhaoui (1).
Service de néonatologie, CHU Farhat Hached de Sousse. (1).**:**

P302 - Méningite lymphocytaire aseptique révélatrice d'un lymphome de Burkitt : à propos d'un cas

H. Ben Belgacem (1), D. Laouini (1), A. Tej (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Guedria (1), S. Mdimagh (2), S. Tilouche (2), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (1).Service de réanimation pédiatrique CHU Farhat Hached Sousse (2).

P303- Un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible révélateur d'une glomérulonéphrite aigue post infectieuse : A propos d'un cas

S. Daldoul (1), L. Ghedira (1), T. Ghedira (1), R. Hadj Salem (1), E. Sfar (1), I. Zmantar (1), A. Daya (1), F. Thabet (1), S. Chouchane (1).
Service de pédiatrie de Monastir (1).

P304 - Paralysie faciale périphérique chez l'enfant

E. Mezri (1), E. Abid (1), M. Abdrabou (2), M. Rebhi (2), H. Barakizou (2).
ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

P305 - Surdité chez l'enfant : étiologies, répercussions et prise en charge

S. Mezri (1), E. Abid (1), M. Abdrabou (2), M. Rebhi (2), H. Barakizou (2).
ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

P306 - Une association fatale d'un syndrome de Dandy Walker, rétinite pigmentaire et thrombose veineuse cérébrale : observation familiale

M. Chihaoui (1), J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).
service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P307 - Pan encéphalite sclérosante subaigüe post-rougeole : A propos de 3 cas

S. Daldoul (1), L. Ghedira (1), T. Ghedira (1), F. Thabet (1), O. Batbout (1), S. Chouchane (1).
Service de pédiatrie de Monastir (1).

P308 - Amyotrophie Spinale antérieure (ASA) type Ib : à propos d'une observation

S. Ben Ahmed (1), M. Bourcheda (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).
service de médecine infantile A (1).

P309 - Encéphalite auto-immune (EAI) d'une encéphalite herpétique(EH) : à propos d'un cas

S. Ben Ahmed (1), M. Bourcheda (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).
service de médecine infantile A (1).

P310 - Maladie de Moyamoya

B. Elakermi (1), B. Briki (1), H METJAOUEL
Pédiatrie Kairouan (1).

P311 - Tableaux encéphalitiques chez l'enfant : pensez aussi au virus ourlien

O. Mandhouj (1), A. Tej (1), I. Bdioui (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

P312 - La leucodystrophie métachromatique : à propos d'un cas

A. Gader (1), R. Farhat (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), E. Jbebli (1), S. Rehayem (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A, hôpital d'enfants Béchir hamza (1).

P313 - L'Epilepsie à pointes centro-temporales (EPCT) maligne compliquée d'un syndrome de pointes ondes continues du sommeil (POCS) : étude de deux observations

F. Bouaziz (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelberi (1), N. Jabalah (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), R. Kebaili (1), L. Boughamoura (1).
Service de pédiatrie CHU Farhat HachedSousse (1).

P314 - L'Encéphalite auto-Immune chez l'enfant : Diagnostic et prise en charge

M. Wejden (1), A. Daya (1), S. Zayani (1), S. Mechlia (1), R. Hadj Salem (1), S. Chouchene (1).
service de pediatriefattoumabourguibamonastir (1).

P315 - La méningite à Salmonelle en pédiatrie : à propos de 2 cas

S. Mechlia (1), A. Daya (1), R. Hadj Salem (1), Y. Smaoui (1), S. Zayani (1), S. Chouchane (1).
Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (1).

P316 - 1 / 1 Association syndrome de Dandy Walker, rétinite pigmentaire et Thrombose veineuse cérébrale: observation familiale

M. Chihaoui (1), W. Barbaria (1), R. Chihaoui (2), I. Khamessi (3).
Pediatriebizerte (1).Gynécologiemahdia (2).Pediatrie (3).

P317 - Encéphalite aiguë chez les enfants : à propos de 7 cas

M. Feki (1), M. Loukil (1), I. Elleuch (1), A. Elleuch (1), F. Safi (1).
réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

P318 - Régression psychomotrice chez un nourrisson : un diagnostic inattendu d'un syndrome de Perrault

Y. Mkhinini (1), S. Kmiha (1), I. TabarkiMelaiki (2), R. Belhadj (1), N. Tarhouni (1), H. Aloulou (1), R. Kolsi (1), T. Kammoun (1).
Service de Pédiatrie A, C.H.U Hedi Chaker de Sfax (1).Service de Pédiatrie, Prince Sultan MilitaryMedical City, Arabie Saoudite (2).

P319 - Une cause rare de leuco-encéphalopathie traitable: à propos d'un cas

O. Sonnara (1), M. Jouili (1), M. Beji (1), N. Jemmali (1), O. Mars (1), F. Gandi (1), A. Marzouki (1), B. Mahjoub (1).
Pédiatrie Mahdia (1).

Pédiatrie ambulatoire

P320- Congenitalhypomagnesemia : case report

Z. Trabelsi (1), H. Barakizou (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rabhi (1).
service de pédiatrie hopital militaire (1).

P321 - Une méningoencéphalite révélant le syndrome de sturge weber krabbe : à propos d'un cas

Z. Trabelsi (1), M. Rabhi (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1).
service de pédiatrie hopital militaire (1).

P322 - MENINGOENCEPHALITE OU SYNDROME DE BEBE SECOUE ?: A PROPOS D'UN CAS

Z. Trabelsi (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rabhi (1), H. Barakizou (1).
service de pédiatrie hopital militaire (1).

P323 - Impact d'une vidéo éducative sur l'éducation thérapeutique des mères concernant la diarrhée aiguë du nourrisson

S. Atitallah (1), S. Zedini (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1).

P324 - Maladie de Castleman : A propos d'un cas

O. Hammami (1), D. Ben Nasser (1), H. Hlel (1), M. Jelassi (1), J. Marrakchi (2).
Pediatriemenzelbourguiba (1).ORLmenzelbourguiba (2).

P325 - Intoxication medicamenteuse à l'apixiban

O. Hammami (1), D. Ben Nasser (1), H. Hlel (1).
Pediatriemenzelbourguiba (1).

P326 - La paralysie périodique hypokaliémiante (Maladie de Westphall): A propos d'un cas

A. Oualha (1), R. Kebaili (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), N. Gammoudi (2), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), L. Boughamoura (1).
CHU Farhat Hached / Pédiatrie (1).service de neurophysiologie , CHU Sahloul Sousse. (2).

P327 - LES INTOXICATIONS AUX HYDROCARBURES: EXPÉRIENCE D'UN SERVICE DE PÉDIATRIE À TUNIS

J. Elhem (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).
Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P328 - Les intoxications aux organophosphorés. Expérience d'un service de pédiatrie à Tunis

J. Elhem (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).
Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P329- L'intoxication par le monoxyde de carbone (CO) en Pédiatrie : Aspects cliniques et évolutifs

J. Elhem (1), H. Jouini (1), R. Amdouni (1), S. Ben Ahmed (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).
Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P330 - Glycogénose hépatique (syndrome de Mauriac) : à propos de 2 cas

RL. Merchaoui (1), J. Kanzari (1), M. Cherif (1), M. Ammous (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khlif (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), H. Ouarda (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie Mongi Slim Marsa (1).

P331 - Coma hyperosmolaire : manifestation inaugurale d'un diabète insipide central chez un enfant aux antécédents de méningite à E.Coli

R. Amdouni (1), M. Bourcheda (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), R. Farhat (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), S. Rehayem (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A, hôpital d'enfants Béchir hamza (1).

P332 - Le déficit en hormone de croissance chez l'enfant

M. Bouaziz (1), M. Ammous (1), J. Kanzari (1), H. Ouerda (1), S. Khelif (1), E. Ben Arab (1), J. Ben Hefaiedh (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie Mongi Slim Marsa (1).

P333 - Cataracte congénitale : profil épidémiologique et résultats thérapeutiques

M. Ferjani (1), E. Elmannai (1), T. Gargah (1).
Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).

P334 - Estimation du cout de la prise en charge des accidents domestiques chez l'enfant

J. Elhem (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).
Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P335 - Leucocorie chez le nourrisson : aspects épidémiologiques et étiopathogéniques

E. Elmannai (1), M. Ferjani (1), S. El Guerchi (1), T. Gargah (1), M. Mekni (2).
Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).Service d'ophtalmologie A,Institut national d'ophtalmologie HédiErraies (2).

P336 - syndrome de hemiconvulsion-hémiplégie-épilepsie : manifestation clinique, radiologique, prise en charge et suivi .

Z. Trabelsi (1), M. Assidi (1), S. Zeddini (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), S. Yahiaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Boukthir (1).
pediatrie C hopital d'enfant Bechir Hamza de Tunis (1).

P337 - SYNDROME DE ROGERS : Diabète thiamine-sensible

R. Saidene (1), S. Khattrouch (1), M. Zribi (1), A. Ben Chehida (1), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1).
Service de pédiatrie hôpital La Rabta (1).

Pédopsychiatrie

P338 - Profil épidémiologique des tentatives de suicide chez l'enfant : Expérience du service de pédiatrie Sahloul

S. Baccouch (1), M. Hamrouni (1), S. Nouir (1), S. Mabrouk (1), S. Hannechi (1), H. Mokni (1), H. Ajmi (1), JE. Chemli (1).
pédiatrieSahloul (1).

P339 - Les aspects psychologiques du suivi en pédiatrie générale : L'intervention de la psychologue dans le service

R. Zairi (1), R. Farhat (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), E. Jebabli (1), S. Rhayem (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1).
Service de Médecine Infantile A, Hôpital d'enfants Tunis (1).

Pneumologie

P340 - Facteurs de mauvais pronostic d'une bronchiolite aiguë chez les trisomiques 21

S. Hamouda (1), B. Jerbi (1), D. Drissi (1), S. Kbaier (1), I. Bel Hadj (1), K. Boussetta (1).
Service de Médecine Infantile B, Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P341 - Aspects cliniques de l'épidémie de pneumopathie à mycoplasme chez l'enfant en 2024

Y. Achich (1), M. Abdelberi (1), H. Ben Belgacem (1), N. Jaballah (1), S. Tilouch (2), L. Boughamoura (1).
Servie de pédiatrie Farhat Hached Sousse (1).Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse (2).

P342 - La dilatation des bronches chez l'enfant : expérience du service de pédiatrie B

Y. Achich (1), S. Trichili (1), I. Moalla (1), M. Hsairi (1), B. Maalej (1), A. Mahfoudh (1), M. Wali (1), L. Gargouri (1).

La dilatation des bronches chez l'enfant : expérience du service de pédiatrie B (1).

P343 - Particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la bronchiolite chez le nouveau né : Etude rétrospective de 70 cas

M. Ezzine (1), R. Thabti (1), A. Marzouk (1), F. Farida (1).

Service de Pédiatrie et de néonatologie – Hôpital régional de Ben Arous, Tunisie (1).

P344 - Bronchiolite aigue : Point sur l'épidémie 2024-2025

A. Kammoun (1), Y. Achich (1), M. Zribi (1), M. Ammar (1), R. Daoud (1), B. Maalej (1), A. Mahfoudh (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU Hedi Chaker Sfax (1).

P345 - Vitamine D chez l'enfant asthmatique d'âge scolaire

O. Bahlous (1), H. Barakizou (1).

Service de pédiatrie, hôpital militaire d'instruction de Tunis (1).

P346 - Severe Inhalation Pneumonia Following Vitamin D Aspiration in Newborns: A Case Series

S. Zedini (1), M. Youssef (1), I. FekihRomdhane (1), L. Ferchichi (1), M. Saiden (1), H. Ben Hamouda (1).

service de néonataologiehopitaltahersfarmahdia (1).

P347 - Hernie rétro-costo-xyphoïdienne: Cause inhabituelle de dyspnée sifflante chez le nourrisson

S. Zedini (1), W. Barbaria (1), M. Boucheda (1), J. Jendoubi (1), I. Chelly (1), I. Khamassi (1).

Service de pédiatrie et de néonatologie- Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P348 - Le stridor : Un symptôme qui peut cacher un diagnostic alarmant

E. Trabelsi (1), M. Bouabene (1), M. Ben Romdhane (1), I. Trabelsi (1), I. Bel Hadj (1), K. Boussetta (1).

Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza (1).

P349 - Syndrome de Lyell compliqué par une bronchiolite oblitérante : à propos d'un cas clinique

H. Ben Belgacem (1), M. Ben Mbarek (1), N. Soyah (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Guedria (1), S. Mdimagh (2), S. Tilouche (2), J. Bouguila (1), A. Tej (1), L. Boughamoura (1).

Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (1).Service de réanimation pédiatrique CHU Farhat Hached Sousse (2).

P350 - L'inhalation de corps étranger: Aspects cliniques et évolutives

J. Elhem (1), R. Zai (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

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

P351 - Les exacerbations d'asthme chez l'enfant

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), R. Mhiri (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

P352 - Quand une simple bronchiolite révèle l'impensable : Découverte fortuite d'une agénésie pulmonaire

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

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

P353 - la prise en charge des exacerbations d'asthme: A propos 32 cas

R. Thabti (1), G. Tekari (2), L. Jallouli (2), F. Friha (2), A. Kefi (2), Z. Najjar (2), F. Krifi (2), A. Marzouk (2).

service de pédiatrie hopital régional Ben Arous (1).service pédiatrie hopital régional Ben Arous (2).

P354 - Prise en charge de bronchiolites chez des nourrissons porteurs des cardiopathies congénitales : à propos de 11 cas

M. Ben Guedria (1), N. Ghabi (1), H. Ayedi (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), R. Kebaili (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), S. M'dimegh (2), J. Bouguila (1), S. Tilouche (2), L. Boughamoura (1).

Service Pédiatrie Farhat HachedSousse (1).Service Réanimation Pédiatrie Farhat Hached Sousse (2).

P355 - Les facteurs déclenchants d'une exacerbation d'asthme chez l'enfant

S. Kbaier (1), E. Trabelsi (1), O. Jelassi (1), A. Berrazaga (1), F. Khalsi (1), I. Trabelsi (1), K. Boussetta (1).

service de pédiatrie B, Hôpital d'enfants de Tunis (1).

P356 - L'apport du score de wang dans l évaluation pronostique de la bronchiolite , expérience d'un service d'oncologie pédiatrique

C. Skandrani (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rebhi (1), H. Barakizou (1).

Service de Pédiatre Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

P357 - Evaluation des connaissances maternelles et sensibilisation sur la bronchiolite aiguë en post-partum immédiat

R. Thabti (1), R. Khalifa (1), A. Kéfi (1), F. Friha (1), H. Hasni (1), A. Garbaa (1), S. Ben Nejma (1), R. Tizaoui (1), L. Jallouli (1), A. Marzouk (1).

Service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital régional de Ben Arous (1).

P358 - Bronchiolite sévère profil clinique, thérapeutique et évolutif : expérience d 'un service de pédiatrie générale

R. Thabti (1), H. Hasni (1), A. Kefi (1), L. Jellouli (1), F. Friha (1), F. Krifi (1), Z. Najjar (1), A. Marzouk (1).

Service de pédiatrie et néonatalogie de l'hôpital régional ben arous (1).

P359 - Caractéristiques cliniques et thérapeutiques des exacerbations sévères d'asthme dans un service de pédiatrie générale

F. Mejri (1), W. Barbaria (1), M. Bourecheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).

service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P360 - Asthme de l'adolescent : particularités cliniques et thérapeutiques

F. Chaari (1), S. Ben Ameur (1), S. Dayege (1), H. Ben Hamedou (1), H. Aloulou (1), S. Kmiha (1), T. Kammoun (1).

Pédiatrie A , CHU HEDI CHAKER (1).

Rhumatologie et Maladie de système

P361 - Lupus érythémateux systémique pédiatrique : Un tableau clinique aux multiples facettes

K. Ben Mansour (1), H. Guichana (1), H. Hrizi (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1).

service de Pédiatrie Urgences et Consultations externes de l'Hôpital d'Enfants de Tunis (1).

P362 - Arthrite juvénile idiopathique : Expérience d'un service de pédiatrie.

Y. Achich (1), I. Moalla (1), S. Trichili (1), B. Maalej (1), A. Mahfoudh (1), L. Gargouri (1).

Service de pédiatrie B, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (1).

P363 - L'histiocytose langerhansienne chez l'enfant : une série de 15 cas

S. Hannachi (1), I. Marzouk (1), S. Nouir (1), S. Mabrouk (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).

pédiatriesahloulsousse (1).

P364 - La FibrodysplasieOssifiante Progressive : A propos d'un cas de la maladie de Münchmeyer

N. Haddad (1), H. Hrizi (1), L. Essaddam (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie, Urgences et consultations , Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

P365 - Arthrite juvénile idiopathique dans sa forme précoce

O. Bahlous (1), K. Ben Mansour (1), H. Hrizi (1), L. Essaddam (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

P366 - Arthrite juvénile idiopathique dans sa forme précoce : Profil thérapeutique

O. Bahlous (1), W. Mkaouar (1), H. Hrizi (1), L. Essaddam (1), Z. Fitouri (1).
Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

P367 - Rhumatisme articulaire aigu(RAA) chez la population pédiatrique : Expérience du service de pédiatrie B de Sfax.

B. Maalej (1), Y. Achich (1), M. Zribi (1), I. Moalla (1), R. Gargouri (2), L. Abid (2), M. Wali (1), L. Gargouri (1).
Service de pédiatrie B, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (1).Service de cardiologie, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (2).

P368 - Purpura Rhumatoïde chez l'enfant: une pathologie bénigne mais attention aux complications

R. Helali (1), L. Jallouli (1), W. Hbeib (1), R. Thabti (1), A. Kefi (1), F. Farida (1), A. Marzouk (1).
pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital régional de Ben Arous (1).

P369 - Purpura rhumatoïde de l'enfant (PR)

R. Mhiri (1), J. Kanzari (1), M. Bouaziz (1), J. Ben Hfaiedh (1), M. Ammous (1), H. Ouerda (1), A. Guizani (1), E. Mermech (1), I. Selmi (1), S. Helioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie- Hôpital Mongi Slim, la marsa (1).

P370 - Maladie de Kawasaki chez l'enfant : Étude comparative des formes classiques et non classiques

S. Atitallah (1), S. Yahyaoui (1), N. Jelalia (1), O. Rojbani (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1).

P371 - Maladie de kawasaki : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs

R. Mhiri (1), J. Kanzari (1), J. Mdaini (1), M. Ammous (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khelif (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), H. Ouerda (1), E. Mermech (1), I. Selmi (1), S. Helioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie- Hôpital Mongi Slim, la marsa (1).

P372 - Lupus monogénique : à propos d'un cas

A. Zouaoui (1), N. Haddad (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
Pédiatrie D , Hôpital d'Enfants El Bechir Hamza (1).

P373 - Variation du gène NLRP12 chez un patient ayant un syndrome de Sotos : à propos d'un cas

A. Zouaoui (1), J. Ayari (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
Pédiatrie D , Hôpital d'Enfants El Bechir Hamza (1).

P374 - La sclérodermie systémique : A propos de deux cas pédiatriques

O. Mandhouj (1), N. Jaballah (1), A. Tej (1), A. Guerrioui (1), M. Abdelbari (1), R. Kebaili (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

P375 - Particularités cliniques et thérapeutiques de l'uvéite associée à l'arthrite juvénile idiopathique oligo-articulaire

H. Hrizi (1), Y. Balti (2), A. Bouzidi (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1).
service de médecine infantile D de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).Service de médecine infantile D, Hôpital d'enfant de Tunis (2).

P376 - Dermatomyosite juvénile : diagnostic et évolution

H. Ben Farhat (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rebhi (1), H. Barakizou (1).
Service de Pédiatre Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

P377 - les modalités évolutives de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

F. Chaari (1), H. Hrizi (1), A. Bouzidi (1), Z. Fitouri (1).
pédiatrie D, Hôpital d'enfants de Tunis (1).

Urgence et Réanimation

P378 - Syndrome de CHARGE: à propos d'un cas

O. Kchaou (1), M. Feki (1), O. Fendri (1).
Réanimation pédiatrique Sfax (1).

P379 - Cardiomyopathie dilatée pédiatrique: Quelles étiologies ?

N. Jelalia (1), O. Rojbani (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebeh (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Pédiatrie C.Hôpital d'enfant Bechir Hamza (1).

P380 - Pediatric Delirium Awareness and Management in Pediatric Intensive Care Units: A National Survey

J. Mounira (1), T. Farah (1).
pédiatrie Monastir (1).

P381 - Une année d'expérience d'un nouveau service de Réanimation Médicale Pédiatrique Tunisien

N. Ghabi (1), M. Abdelbari (2), S. M'dimegh (1), N. Soyah (2), H. Ben Belgacem (2), I. Zmantar (1), A. Tej (2), R. Kbaili (2), N. Jaballah (2), M. Guedria (2), J. Bouguila (2), S. Tilouche (1), L. Boughamoura (2).
Service de réanimation médicale pédiatrique du CHU Farhat Hached Sousse (1).Service de Pédiatrie du CHU Farhat Hached Sousse (2).

P382 - HTA MALIGNE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 3 CAS

Y. Achich (1), I. Maaloul (1), F. Charfi (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1).
Service de pédiatrie A, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (1).

P383 - Hémorragie cérébrale chez un nourrisson : ne pas conclure trop vite au diagnostic de bébé secoué

S. Atitallah (1), Z. Trabelsi (1), E. Maalej (1), F. Kaddour (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (2).
Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1).Service de Pédiatrie C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (2).

P384 - Risk factors for a failed first attempt at pediatricsubclavian central venouscatheters and the role of single-shot placement in reducingcatheter-relatedmorbidity:a prospective observationalstudy.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), O. Fakfakh (1), M. Bel Haj Mansour (2), A. Jarraya (1).
Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

P385 - Risk Factors for difficult intubation in peadiatric population

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), O. Fakfakh (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).
Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

P386– Percutaneousinfraclavicularsubclavianveincatheters in paediatric cancer patients in comparisonwithcriticallyillchildren:a one-yearexperiencefrom a Tunisianhospital

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), A. Missoui (1), M. Bel Haj Mansour (2), A. Jarraya (1).
Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

P387 - Pathologie diaphragmatique secondaire en réanimation pédiatrique : à propos de 4 cas

S. Salah (1), A. Miraoui (1), Y. Koumi (1), A. Borgi (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
réanimation pédiatrique polyvalente , Hôpital d'enfants de Tunis (1).

P388 - Échographie pulmonaire en réanimation pédiatrique et néonatale : un état des lieux national

A. Chargui (1), A. Miraoui (1), J. Hassine (1), Y. Koumi (1), A. Borgi (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
Réanimation pédiatrique polyvalente, hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

P389 - Les cathéters veineux centraux en pédiatrie : Profil épidémiologique et complications dans un service de pédiatrie générale

H. Maalaoui (1), W. Barbaria (1), O. Elgoula (1), M. Bourcheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).
Pédiatrie et néonatologie-Hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

P390 - La péricardite aiguë chez l'enfant

I. Moalla (1), S. Tighlet (1), M. Hamdeni (1), S. Trichili (1), H. Ben Hmadou (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B Hedichaker (1).

P391 - Bronchiolite Sévère Traînante révélant une Dysplasie Bronchopulmonaire Kystique

M. Loukil (1), M. Dabbeche (1), M. Feki (1), I. Elleuch (1), M. Laadhar (1), F. Safi (1).
réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

P392- Noyades chez l'enfant

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

P393 - La douleur thoracique aux urgences pédiatriques

R. Daoud (1), A. Kammoun (1), M. Ammar (1), M. Hsairi (1), A. Mahfoudh (1), B. Maalej (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

P394 - Apport de l'échographie cardiaque au cours de la tachypnée transitoire du nouveau-né

O. Bahlous (1), A. Miraoui (1), H. Heni (1), Y. Koumi (1), A. Louati (1), A. Borgi (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
Réanimation polyvalente, hôpital d'enfants Bechir Hamza de Tunis (1).

P395 - Coqueluche grave en réanimation pédiatrique

M. Mhenni (1), A. Miraoui (2), A. Louati (1), Y. Koumi (1), A. Borji (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
réanimation pédiatrique polyvalente (1).réanimation pédiatrique polyvalente,HET (2).

P396 - Myocardite à Cytomégalovirus grave chez le nourrisson révélant un déficit immunitaire. Difficultés diagnostique et thérapeutique : A propos d'un cas.

I. Dachraoui (1), H. Fraj (1), S. Hannachi (1), A. Merddassi (1), F. Ben Salah (1), A. Bouzouita (1), C. Letaief (1), M. Hassiki (1), S. Blibech (1).
Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale, HMPIT (1).

P397 - Profil évolutif de la bronchiolite aiguë sur cardiopathie congénitale

S. Kbaier (1), A. Ben Hammouda (1), M. Bouaben (1), M. Ben Romdhane (1), F. Khalsi (1), I. Trabelsi (1), K. Boussetta (1).
service de pédiatrie B, Hôpital d'enfants de Tunis (1).

P398 - Actualités sur le traitement de la cardiomyopathie dilatée chez les enfants

M. Loukil (1), Y. Achich (2), M. Feki (1), I. Elleuch (1), F. Safi (1).
réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).service de pédiatrie B sfax (2).

P399 - Particularités de la bronchiolite virale chez les nourrissons présentant des cardiopathies congénitales

M. Loukil (1), K. Benamor (1), M. Feki (1), I. Elleuch (1), F. Safi (1).
réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

P400 - Stratégies de gestion du choc septique chez la population pédiatrique

M. Feki (1), M. Loukil (1), I. Elleuch (1), F. Safi (1).
réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

P401 - Etat de mal convulsif en milieu de réanimation: profil epidémiologique

O. Sonnara (1), M. Feki (1), M. Loukil (1), M. Ladhar (1), J. Aloulou (1), A. Elleuch (1), F. Safi (1).
Réanimation pédiatrique Sfax (1).

Vaccination

P402 - Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 12 à 23 mois en matière de vaccination du PEV dans la commune de Parakou en 2024

A. Noudamadjo (1), MC. Atchanhouin (2).
Unité de Néonatologie, Service de Pédiatrie, CHU départemental Borgou, Bénin (1).École Nationale de Formation des Techniciens Supérieurs en Santé Publique et Surveillance Épidémiologique (2).

RESUMES

35ème Congrès National de la STP
Les 09, 10 et 11 Mai 2025,
Hôtel Radisson Tunis

Résumés des Ateliers

Atelier N°1 : Règles de prescription des antibiotiques en pédiatrie
Modération (DR Monia KHEMIRI, DR Lamia BOUGHAMOURA) ;
Orateurs (DR Hanene SMAOUI, DR Chokri CHOUCHANE, DR Nadia GUELLOUZ)

La résistance aux antibiotiques ne cesse de poser de vrais problèmes de santé dans le monde. En effet, l'organisation mondiale de la santé (OMS) avait lancé une alerte que d'ici l'année 2050 l'antibiorésistance(AR) serait la première cause de décès avant les cancers si on n'intervient pas efficacement pour la stopper. L'AR est le résultat d'une utilisation abusive et inappropriée des antibiotiques qui exerce une forte pression de sélection de résistance associée à un manque de bonnes pratiques de contrôle des infections (Hygiène) qui favorise la transmission de ces bactéries résistantes et leur diffusion en milieu hospitalier et extrahospitalier. L'usage abusif des antibiotiques attribué à des traitements inutilement prescrits, comme pour des infections virales et un usage inapproprié notamment par l'utilisation d'antibiotiques à large spectre générateurs de résistance dans des situations qui ne le nécessitent pas ou d'une durée excessive contribuent à l'émergence des résistances bactériennes. Les recommandations actuelles soulignent l'importance d'un diagnostic précis, d'une prescription ciblée et d'une durée de traitement adaptée à chaque pathologie.La prévention de l'antibiorésistance passe également par l'éducation des familles sur l'usage raisonné des traitements, le respect des schémas thérapeutiques et la gravité de l'automédication. Cet atelier a pour objectif de sensibiliser les professionnels de santé aux bonnes pratiques en matière d'antibiothérapie chez l'enfant. À travers une approche basée sur des données probantes et des cas cliniques illustratifs, nous mettons en avant les stratégies permettant d'optimiser l'antibiothérapie pédiatrique tout en préservant son efficacité pour les générations futures.

Atelier N°2 : Atelier Simulation :« Situations critiques en Pédiatrie »
DR Aida BORGI ; DR Habib BESBES

Cet atelier de simulation se concentre sur la gestion des situations critiques en pédiatrie, notamment l'arrêt cardiorespiratoire chez le nourrisson. Les participants s'exercent à réaliser des gestes techniques essentiels tels que la ventilation, les compressions thoraciques, tout en utilisant un mannequins intelligent pour évaluer leur efficacité.

Atelier N°3 : Immunothérapie Allergénique (ITA) chez l'enfant
DR Imen BELHADJ, DR Jihed KANZARI

Les manifestations atopiques sont de plus en plus fréquentes dans la population générale. L'asthme et rhino-conjonctivite allergique représentent les principales manifestations atopiques de l'adulte et l'enfant. La prise en charge thérapeutique est bien codifiée avec des traitements de plus en plus efficaces. Cependant, si les traitements visent à contrôler les symptômes cliniques, l'immunothérapie allergénique peut changer l'évolution de la maladie atopique voir la guérir ou la prévenir. De nombreux progrès ont révolutionné l'immunothérapie, la rendant plus simple, plus accessible et plus efficace. Les indications et les modalités d'administration et de suivi sont bien codifiées, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Tout pédiatre qui prend en charge des enfants asthmatiques doit maitriser l'immunothérapie allergénique et la proposer dans la prise en charge de l'asthme allergique.

Atelier N°4 : Épuration extra-rénale en pédiatrie :Dialysepéritonéale / Hémodialyse et hémodiafiltration
Dr Sameh MABROUK ; Dr Abir BOUSSETTA

Objectifs pédagogiques :
À la fin de l'atelier, les participants seront capables de :
1) Comprendre les spécificités de la dialyse chez l'enfant
2) Identifier les indications et les modalités de dialyse en pédiatrie (hémodialyse vs dialyse péritonéale)
3) Maîtriser les techniques et la prescription de la DP
4) Reconnaître et gérer les complications courantes

L'épuration extra-rénale (EER) chez l'enfant est une technique cruciale dans le traitement des maladies rénales aiguës et d'autres urgences médicales. Plusieurs modalités sont possibles en particulier la dialyse péritonéale (DP), l'hémodialyse intermittente (HDi) et les méthodes d'EER continue (HF). Chacune des techniques présente des particularités en matière d'indication de prescription et de surveillance. Les praticiens pédiatres en particulier dans les unités de soins intensifs ont besoin de recourir à l'EER dans diverses situations en particulier l'IRA, le choc septique, certaines maladies neurologiques, métaboliques ou hématologiques.
Le choix de la technique dépend des spécificités liées au patient de réanimation, mais aussi de nombreuses autres considérations, comme les ressources techniques et les compétences disponibles dans chaque centre, les buts de l'épuration extrarénale et les avantages et inconvénients de chaque technique. La connaissance et la maitrise des indications et des différentes modalités est importante pour la formation de tout pédiatre, en particulier la DP dont l'application est simple.

1) Dialyse péritonéale :
Indications et avantages :
La DP est une technique largement utilisé en milieu pédiatrique, en particulier dans les pays en voie de développement et à ressources limitées. Il s'agit d'une modalité dont l'application est simple, peu couteuse, et ne nécessitant ni expertise ni plateau technique spécialisé. Elle est en plus mieux adaptée que l'HD aux jeunes enfants et en cas d'instabilité hémodynamique. Néanmoins, la DP ne permet qu'une déplétion hydrique très lente,

difficile à anticiper, et une équilibration métabolique plutôt lente et qui demeure souvent incomplète chez les patients de réanimation

Technique et modalités

La DP est réalisée via un KT intrapéritonéal de type Tenckoff inséré chirurgicalement. Elle se base sur les échanges effectués par diffusion et convection à travers la membrane péritonéale, entre la solution de dialyse et le sang du patient.

Deux modalités sont possibles :

- La DPCA ou DP continue ambulatoire : méthode manuelle
- La DPA: dialyse péritonéale automatisée réalisée moyennant un cycleur

Il existe plusieurs solutions de dialyse qui contiennent des concentrations variables de dexrose comme agent osmotique, utilisées en fonction de la situation clinique

2) Hémodialyse intermittente

L'HDi nécessite un équipement particulier lié à l'infrastructure de l'unité. Si elle est d'une grande efficacité, en termes de rapidité du contrôle de la balance hydrique et de l'équilibre métabolique, elle n'est souvent pas réalisable chez les patients de petits poids ou chez ceux dont l'état hémodynamique est précaire.

D'un point de vue physique, l'épuration est assurée par les échanges principalement diffusifs entre le sang et le dialysat circulants de part et d'autre d'une membrane semi-perméable. Elle nécessite un abord vasculaire solide de bon calibre, un filtre et un circuit extracorporel, en plus d'une anticoagulation, qui peut être problématique chez les patients en réanimation.

3) Techniques d'EER continue

Les moniteurs d'EER continue permettent l'hémodialyse veino-veineuse continue, l'hémofiltrationveino-veineuse continue et leur association, l'hémodiafiltrationveino-veineuse continue, avec un changement de méthode possible à tout moment.

Ces méthodes sont mieux adaptées que l'HDi en cas d'instabilité hémodynamique. Elles ne sont cependant pas disponibles dans tous les centres.

Atelier N°5 : Nouveautés dans la prise en charge du diabète de l'enfant

Modération :Drs SAIDA Ben Becher, Ons AZZABI, NancyELBARBARY

CGM : Principes et cas cliniques :

Dr Raoudha KEBAILI ; Dr Nesrine JABALLAH

Depuis quelques années, l'auto-surveillance glycémique a connu des bouleversements avec l'arrivée de dispositifs innovants : les systèmes de mesure du glucose en continu, appelés communément CGM (Continuons Glucose Monitors) . Ils permettent une surveillance de la glycémie interstitielle 24 heures/24, sans piqure des doigts, offrant ainsi plusieurs avantages : amélioration de l'équilibre glycémique, confort du patient, réduction des hypo et des hyperglycémies et même possibilités d'alertes à distance.

A travers cet atelier, nous allons décrire les principes des CGM, discuter leur place et leurs intérêt chez le patient Tunisien et expliquer les modalités pratiques d'usage de ce dispositif.

Atelier : Pompes à insuline dans le DT1 de l'enfant

Dr Sana KMIHA

Titre : Atelier pratique sur les pompes à insuline dans le DT1 de l'enfant
Objectif général : Familiariser les participants avec les principes, les indications et les paramètres de réglage des pompes à insuline, incluant les systèmes classiques et les systèmes en boucle fermée.

Contenu de l'atelier :

- Présentation des différents types de pompes à insuline (pompe classique, pompe avec capteur, boucle fermée/hybride).
-Indications et critères de sélection des patients.
- Paramètres de base à régler : débit basal, bolus, ratio insuline/glucides, facteur de sensibilité.
- Gestion des alarmes, des situations intercurrentes et de l'activité physique.
- Discussion de cas cliniques et démonstration pratique.

Atelier N°6 : Analyse de l'EPHb chez le nouveau-né et l'enfant: pièges diagnostiques
Dr Monia BEN KHALED

Introduction
L'électrophorèse de l'hémoglobine (EPHb) est un examen clé dans la détection et la surveillance des anomalies de l'hémoglobine. En pédiatrie, son interprétation est particulièrement délicate car les profils varient en fonction de l'âge, du contexte clinique, et des traitements reçus.

Dès la période néonatale, l'EPHb peut révéler des anomalies cliniquement silencieuses mais potentiellement graves. À mesure que l'enfant grandit, elle reste un outil essentiel dans l'exploration d'anémies chroniques, de syndromes drépanocytaires, et dans le suivi thérapeutique de certaines maladies.
Objectifs de l'atelier :
- Interpréter l'électrophorèse de l'hémoglobine chez l'enfant en tenant compte de l'âge et du contexte clinique.
- Identifier l'intérêt de l'EPHb dans le diagnostic et le suivi thérapeutique des pathologies hématologiques pédiatriques.

Contenu (sous forme de situations cliniques)
Cet atelier propose une approche pratique et interactive de l'EPHb, basée sur des situations cliniques représentatives de différentes tranches d'âge, du nouveau-né à l'adolescent.

En période néonatale, l'électrophorèse de l'hémoglobine permet un diagnostic précoce des hémoglobinopathies majeures, que ce soit dans le cadre du dépistage systématique ou en présence d'un contexte familial évocateur. Elle peut également révéler de manière inattendue des affections liées à des anomalies structurales ou quantitatives des chaînes globines. Chez le nourrisson et l'enfant plus âgé, l'EPHb contribue à l'exploration d'hémoglobinopathies par la mise en évidence d'anomalies quantitatives des chaînes globiniques, à la suspicion de formes plus rares comme les hémoglobinoses instables ou les méthémoglobinémies, ainsi qu'au diagnostic d'affections non strictement hématologiques mais à expression hématologique, telles que les aplasies constitutionnelles ou certains syndromes myélodysplasiques précoces. Enfin, dans le cadre du suivi thérapeutique, elle

permet de surveiller l'induction de l'hémoglobine fœtale (HbF) chez les patients traités par hydroxyurée.

Conclusion

L'électrophorèse de l'hémoglobine s'intègre dans une démarche globale de dépistage, de diagnostic et de suivi. En pédiatrie, la maîtrise de son interprétation permet un diagnostic précoce et fiable des hémoglobinopathies, ainsi qu'un suivi adapté et personnalisé, notamment dans les maladies chroniques telles que la drépanocytose et les thalassémies.

Atelier N°7 : Anticorps antinucléaire positifs chez un enfant : quelle attitude ?

DR Hajer ALOULOU ; DR Houssem HRIZI

Les anticorps antinucléaires (AAN) sont primordiaux pour le diagnostic, la classification, l'évaluation pronostique et la prise en charge des maladies auto-immunes (MAI) de l'enfant. De nombreuses situations peuvent faire évoquer une MAI mais la réalisation d'un bilan auto-immun sera réalisée après avoir éliminé les causes infectieuses et néoplasiques.
Les AAN sont fréquemment demandés, une situation souvent observée est leur positivité isolée c'est-à-dire sans spécificité et sans contexte clinique évident, en effet les AAN sont retrouvés chez 5 à 18% des enfants apparemment sains.

Objectifs :

- Déterminer la signification clinique et l'intérêt diagnostic de la positivité des AAN chez l'enfant.
- Interpréter le résultat du dosage des AAN selon le titre, l'aspect de fluorescence et le type des Auto-anticorps
- Evaluer la probabilité du diagnostic d'un lupus érythémateux systémique selon le typage des AAN
- Préciser la conduite à tenir devant une positivité isolée des AAN.
- Evaluer la valeur pronostique de la positivité des AAN selon la maladie auto-immunesuspectée

Observations :

Nous rapportons 4 observations ayant des AAN positifs, à travers lesquelles nous essayerons de répondre à ces objectifs :
Cas N°1 : il s'agit d'une fille âgée de 11 ans qui consulte pour un purpura des deux membres inférieurs associé secondairement à des arthrites des grosses articulations. Le bilan a montré une thrombopénie à 10000/mm3 avec une VS à 40. Les AAN étaient positifs à 1/1600.
Cas N°2 : Il s'agit d'une fille âgée de 2 ans qui consulte pour arthrite du genou droit associée à une fièvre. Les explorations ont conclu à un syndrome inflammatoire biologique avec hyperleucocytose à 20000/mm3 et une VS à 80 mm H1, des AAN positifs à 1/320.
Cas N°3 : Il s'agit d'une fille âgée de 12 ans est admise pour polyarthralgie intéressant les 2 genoux, les interphalangiennes proximales associés à une altération de l'état général, le tout évoluant dans un contexte apyrétique. Les explorations biologiques ont conclu à un syndrome inflammatoire et des AAN positifs à 1/320.
Cas N°4 : il s'agit d'un garçon âgé de 7 ans qui consulte pour des épigastralgies évoluant depuis 7 mois sans autres signes associés. Il a comme antécédent familial une mère suivie pour vitiligo. Le bilan ne montre pas de syndrome inflammatoire biologique et les AAN étaient positifs à 1/160.

Conclusion :

La positivité des AAN n'est jamais synonyme d'une MAI,mais peut traduire une auto-immunité latente sans jamais passer au stade de symptômes.Le diagnostic d'une maladie auto-immune chez l'enfant repose en premier lieu sur une bonne histoire clinique et un examen physique minutieuxqui permettent de mieux interpréter une positivité des AAN.

Atelier N°8 : Cas cliniques en Vaccinologie
Dr BOUGHAMOURA Lamia
Service de Pédiatrie CHU Farhat Hached- Sousse-

La vaccination est un moyen simple, sûr et efficace de vous protéger des maladies dangereuses, avant d'être en contact avec ces affections. Elle utilise les défenses naturelles de l'organisme pour créer une résistance à des infections spécifiques et renforcer le système immunitaire. Les vaccins sont sûrs et leurs effets secondaires sont en général mineurs et temporaires. Des effets indésirables plus sérieux sont possibles, mais extrêmement rares. L'objectif de cet atelier: assurer la prise en charge des situations particulières en vaccinologie. Dans la pratique vaccinale quotidienne en cabinet, dans les centres de soins de santé de base ou en milieu scolaire, des situations particulières et des incidents sont possibles allant du simple au compliqué. Le médecin doit savoir prendre en charge ces situations. Durant cet atelier, nous allons analyser plusieurs situations réelles, les discuter et proposer une conduite pratique en se basant sur les recommandations scientifiques internationales.

Atelier N°9 : Hypoglycémiede l'enfant
Dr Hela BOUDABOUSS
L'hypoglycémie est une situation fréquente en pédiatrie. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique car risque de séquelles neurologiques irréversibles voire de décès.
L'hypoglycémie survient lorsque l'organisme ne peut pas assurer une homéostasie glucidique.
Le diagnostic d'hypoglycémie nécessite une démarche rigoureuse reposant sur la connaissancedes signes évocateurs ainsi que les situations à risque afin de prévenir l'hypoglycémie et la dépister
Un diagnostic étiologique précis est nécessaire afin de proposer le traitement approprié de la maladie, de prévenirles récidives et pour éviter la récurrence de la même maladie dans la famille.
Pour pouvoir faire le bon diagnostic devant une hypoglycémie, La démarche diagnostique doit être méthodique et hiérarchisée orientée selon des éléments cliniques et biologiques clé
Toute hypoglycémie doit être confirmée par une glycémie au laboratoire et le bilan doit être réalisé avant le resucrage si l'état du patient le permet ou le plus proche possible de la décompensation
Outre le traitement symptomatique urgent, un traitement étiologique doit être instauré dès que possible à chaque fois et surtout devant des hypoglycémies sévères récidivantes pour pouvoir éviter la récidive de l'hypoglycémie et améliorer le pronostic
Le traitement préventif chez les sujets à risque reste la meilleure modalité de traitement.
Objectifs :
- Reconnaitre et corriger une hypoglycémie de l'enfant
- Etablir le diagnostic étiologique d'une hypoglycémie de l'enfant en suivant une démarche raisonnée et hiérarchisée

Atelier N°10 : Troubles de la marche chez l'enfant

Dr Amel TEJ

Les troubles de la marche, chez l'enfant, peuvent être d'origine centrale (contexte de souffrance fœtale aigue, association à une atteinte cognitive et à un syndrome pyramidal à l'examen) ou périphérique pouvant toucher, ainsi, le motoneurone de la corne antérieure de la moelle épinière, le nerf périphérique, la jonction neuromusculaire ou le muscle.

L'installation des troubles de la marche, chez l'enfant, peut être aigue/subaigüe ou lentement progressive. Les étiologies diffèrent selon le mode d'installation et certains diagnostics ne doivent pas être ratés.

Une anamnèse rigoureuse, et un examen neuro-orthopédique méthodique peuvent orienter le diagnostic étiologique et prioriser des examens complémentaires ciblés. Une approche multidisciplinaire est, souvent, nécessaire pour la prise en charge des enfants présentant ce type d'affection.

Les objectifs pédagogiques de l'atelier intitulé **« troubles de la marche chez l'enfant »** programmé le 11 Mai 2025 dans le cadre du 35ème congrès de la société tunisienne de pédiatrie prévu du 9 au 11Mai 2025 sont les suivants :

1. Différencier entre une origine centrale et une origine périphériquedevant des troubles de la marche chez l'enfant.
2. Evoquer les diagnostics à ne pas rater devant des troubles de la marche, d'installationaigue chez l'enfant.
3. Réunir les élémentsanamnestiques, cliniques et para cliniquesorientantversune origine neuromusculaire des troubles de la marche.

   Une série de cascliniques avec des vidéosillustrant les troubles de la marche, objectivés dans des contextescliniquesdifférents, serontprésentés et interprétés de manière interactive avec les participants.

   Un pré-test, ainsiqu'un post-test et un questionnaire d'évaluation de l'atelierseront remis aux inscrits à cet atelier.

Atelier 11 : Réanimation en salle de naissance

Dr Ines SELMI

Dr Emna MARMECH

Dr Marwa BOUSLEMA

Atelier interactif : Réanimation néonatale en salle de naissance

Public cible : Pédiatres et résidents en pédiatrie

Objectif général : Acquérir les compétences nécessaires pour initier et conduire une réanimation efficace à la naissance selon les recommandations ILCOR.

🔷 1. Objectifs pédagogiques

- Revoir les étapes de l'évaluation initiale du nouveau-né.
- Reconnaître les indications de réanimation néonatale
- Appliquer les gestes techniques adaptés à chaque étape.
- Mettre en pratique une réanimation néonatale efficace
- Pratiquer en simulation des scénarios réalistes.

🔷 **2. Déroulé de l'atelier**

⏱ Durée :

Séquence	Contenu	Méthode
Introduction	Préparation à la réanimation néonatale	Mini-exposé
Prétest	6 questions à choix multiple	Quiz interactif (Mentimeter / Kahoot)
Partie théorique	- Projection d'un scénario - Debriefing / critique / discussion - Présentation vidéo : retour sur scénario - Rappel des dernières recommandations de réanimation à la naissance	Présentation active avec vidéos illustrées
Simulation	Deux Scénarios de réanimation avec mannequin, rôles répartis, feedback	Simulation en petits groupes
Post-test	6 questions	Auto-évaluation et corrections
Discussion	Questions-réponses, cas vécus, mises au point pratiques	Échanges libres
Distribution des aides-mémoires	fiche pratique	Support papier/PDF

🔷 **3. Supports fournis**

- Aide-mémoire illustré (algorithme ILCOR simplifié)
- Quiz pré/post-test (10 QCM)
- 📊 Cas cliniques interactifs
- 👶 Pratique sur mannequin (si disponible)

🔷 **4. Messages clés**

- Ne pas retarder la **VPP** si critères non remplis à la naissance.
- La **fréquence cardiaque** guide toute la conduite.
- L'efficacité de la **ventilation** prime sur tout.
- La **coordination et la communication** en équipe sauvent des vies.

Atelier N°12 :Douleur chez l'enfant

Dr Ilhem JBEBLI

Cet atelier, axé sur la pratique clinique, est spécialement conçu pour renforcer les compétences des médecins de première ligne, avec un focus particulier sur les pédiatres, dans la gestion de la douleur chez l'enfant. Reconnaissant la complexité et l'impact significatif de la douleur aiguë et chronique sur la qualité de vie des enfants et de leurs familles, cet atelier propose une immersion à travers l'étude approfondie de cas cliniques variés. Les participants seront guidés à travers un processus d'évaluation intégrant des outils validés et adaptés aux différents stades de développement de l'enfant. Une attention particulière sera accordée à la distinction entre les mécanismes sous-jacents de la douleur nociceptive (résultant d'une lésion tissulaire) et neuropathique (due à une atteinte du système nerveux). L'atelier explorera ensuite l'élaboration de plans de prise en charge multimodaux, combinant des interventions pharmacologiques basées sur les dernières recommandations et des approches non médicamenteuses telles que les techniques psychologiques et physiques.

À l'issue de cet atelier, les participants seront en mesure de :

1. Distinguer les signescliniquesdifférentiels de la douleur nociceptive et neuropathiqueencontextepédiatrique.
2. Appliquer des instruments d'évaluation de la douleuradaptés aux différentes étapes du développement de l'enfant.
3. Élaborer des plans de priseen charge globale (pharmacologique et non pharmacologique) de la douleuraiguë et chronique chez l'enfant, basés sur les dernièresrecommandations.

Résumés des Communications :

C1- Intoxication au monoxyde de carbone en milieu pédiatrique

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie et de néonamtologie hôpital Mongi Slim (1).

Introduction:
L'intoxication au monoxyde de carbone (CO) est un problème majeur de santé publique en Tunisie. Elle est associée à une mortalité et une morbidité importantes. Bien que les enfants représentent la victime principale de l'intoxication au CO, peu d'études se sont intéressées à ce sujet dans la littérature.

Objectifs:
Décrire les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'intoxication au CO à travers l'expérience d'un service de pédiatrie générale.

Matériel et méthodes:
Etude rétrospective descriptive menée sur une période de 3 ans de 2022 à 2024, colligeant tous les enfants hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim la Marsa pour intoxication au CO.

Résultats:
Nous avons colligé 60 enfants avec un sex-ratio de 0,66 et un âge médian de 84 mois (2 mois – 174 mois). L'intoxication était collective dans 87 % des cas. Elle est survenue principalement durant l'hiver dans 58% des cas et durant le printemps dans 30%. Les sources de CO étaient un chauffe-bain à gaz (87%), un braséro (8%) ou une fumée d'incendie (5%). Les signes neurologiques prédominaient : perte de connaissance (72 %) avec une durée moyenne de 5 min, céphalées (53%), vertiges (28%) et des convulsions généralisées hypertoniques (8%). Des vomissements inauguraient le tableau clinique dans 25% des cas associés à des douleurs abdominales chez 10 patients. Des douleurs thoraciques transitoires étaient rapportées par 5 enfants avec un électrocardiogramme normal. Un dosage de carboxyhémoglobine (HbCO) a été pratiqué chez 33 patients, après un délai moyen de 2,48 heures post exposition au CO, et a montré un taux moyen de HbCO de 17,7% [1,3-39]. Aucune atteinte biologique hépatique, musculaire ou rénale n'a été rapportée. Un dosage de la troponine a été pratiqué chez 30 patients avec un taux transitoirement élevé chez 6 enfants. Tous les enfants ont reçu une oxygénothérapie normobare avec un recours à l'oxygénothérapie hyperbare (OHB) chez 26 enfants qui ont présenté des manifestations neurologiques. Nous n'avons pas noté de décès ou de séquelles à court terme. Trente-deux patients ont été adressés au service de neuropédiatrie pour un suivi post-intoxication.

Conclusion:
L'intoxication au CO constitue un problème de santé publique dans notre pays, responsable d'un taux important de morbidité et de mortalité ainsi que d'un coût non négligeable pour la santé. Il est ainsi important de renforcer les mesures préventives nécessaires afin de réduire leur incidence.

C2- La cardiomyopathie dilatée chez l'enfant : Experience du service de réanimation pédiatrique de Sfax

M. Loukil (1), Y. Achich (2), M. Feki (1), I. Elleuch (1), M. Laadhar (1), F. Safi (1).
Réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).service de pédiatrie B sfax (2).

Introduction:

La CMD est une maladie rare. Cependant, elle représente la cardiomyopathie la plus fréquente chez l'enfant. Elle est découverte principalement par un tableau d'insuffisance cardiaque. Ces étiologies sont multiples nécessitant une enquête étiologique bien orientée. Le traitement doit être instauré rapidement d'une façon adaptée et adéquate, il est à la fois symptomatique et étiologique.

Objectifs:

Analyser les différents aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques de la CMD chez une population pédiatrique, détailler la prise en charge thérapeutique et étudier les facteurs prédictifs de sévérité et de mortalité de la CMD.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analytique portant sur 28 cas de CMD de l'enfant colligés au sein du service d'urgence et de réanimation pédiatrique du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 13 ans (2012-2024).

Résultats:

Nous avons colligés 28 cas de cardiomyopathie dilatée. L'âge moyen du diagnostic positif était de 18 mois, avec une prédominance féminine et une sex-ratio de 1,33. La consanguinité était retrouvée dans la moitié des cas. Des antécédents familiaux de décès en bas âge étaient observés dans 25% des cas et de cardiopathie familiale dans 10,7%. Les signes cliniques les plus retrouvés étaient des signes respiratoires dans 71,4%. Le diagnostic est confirmé par l'échographie cardiaque. Les étiologies de la cardiomyopathie dilatée (CMD) étaient variées. Les causes génétiques étaient prédominantes, représentant 25 % des cas, suivies par les causes métaboliques et infectieuses, chacune représentant 10,7 % des cas. Une CMD secondaire à un trouble du rythme était observée dans 7,1 % des cas, tandis que les causes toxiques représentaient 3,6 %. Dans 39,3 % des cas, la CMD était classée comme idiopathique, c'est-à-dire sans cause identifiable. La durée moyenne d'hospitalisation était de 11,5 jours. L'évolution était favorable chez 9 enfants et défavorable pour 14 enfants.

Conclusion:

La connaissance du profil épidémiologique, clinique et paraclinique de la CMD pourrait permettre un diagnostic étiologique précoce et offrir une prise en charge spécifique qui améliorerait le pronostic de cette pathologie qui reste grave.

C3-L'immunothérapie orale dans l'allergie aux protéines de lait de vache

I. Bel Hadj (1), E. Trabelsi (1), S. Kbaier (1), M. Ben Romdhane (1), S. Hamouda (1), I. Trabelsi (1), K. Boussetta (1).
Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza (1).

Introduction:

L'allergie aux protéines de lait de vache (APLV) est l'allergie alimentaire la plus fréquente chez l'enfant en Tunisie. L'immunothérapie orale (ITO) représente une approche innovante et prometteuse. Elle a été récemment introduite dans la prise en charge des enfants ayant une APLV en Tunisie.

Objectifs:
L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives des enfants sous ITO.

Matériel et méthodes:
Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de Médecine Infantile B ayant inclus tous les enfants suivis pour APLV et ayant bénéficié d'une ITO entre janvier 2008 et juin 2024.

Résultats:
Nous avons colligé 149 enfants suivis pour APLV IgE médiée dont 21% ont eu une ITO, soit 31 enfants avec une prédominance masculine (sexe ratio de 2,1). L'âge médian du début de l'ITO était de 3,6 ans (8 mois-15 ans). Treize enfants (42%) avaient des tests cutanés positifs au lait de vache avant le début de l'ITO. Le protocole a été débuté avec du lait cuit dans tous les cas. La durée moyenne de l'ITO était de sept mois (5-14 mois). Cinq enfants (16%) ont présenté une réaction au cours de l'ITO à type de syndrome oral dans quatre cas et une urticaire dans un cas sans recours à l'adrénaline. L'acquisition d'une tolérance totale du lait de vache a été obtenue chez 90% des patients.

Conclusion:
L'ITO permet l'acquisition d'une tolérance, si ce n'est totale, partielle du lait de vache, améliorant nettement la qualité de vie des patients. Cette méthode mérite d'être élargie à plus de patients.

.

C4-Diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent : Etude de la qualité de vie et de ses déterminants

M. Ben Said (1), W. Barbaria (1), F. Mejri (1), M. Bourcheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).
Pédiatrie et néonatologie-Hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:
Le diabète de type 1 est une maladie chronique qui nécessite un traitement et un contrôle glycémique rigoureux, pouvant altérer la qualité de vie (QDV).

Objectifs:
Evaluer la QDV des enfants diabétiques de type 1 dans une population tunisienne et d'identifier les facteurs déterminants.

Matériel et méthodes:
Il s'agissait d'une étude monocentrique transversale, descriptive et analytique ayant concerné des enfants diabétiques âgés de plus que 8 ans suivis au service de pédiatrie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte sur une période de 6 mois, de juin à décembre 2023. La QDV a été évaluée par le questionnaire PedsQL™, traduit en arabe.

Résultats:
Nous avons inclus 60 enfants, Le sexe ratio était à 1,14 et l'âge médian était de 13,5 ans [8,5-16]. Le score moyen de la QDV générale était de 81,48 tandis que celui de la QDV liée au diabète était de 73,44. L'analyse univariée a montré que les facteurs déterminants d'une bonne QDV générale étaient : un diabète de courte durée d'évolution (p=0,012), une faible fréquence d'hospitalisation (p=0,019), un indice de masse corporelle bas (p=0,045), le statut impubère (p=0,049), la pratique d'activité physique (p=0,05) et l'accès à une couverture sociale (p=0,05). Pour la QDV liée au diabète, les facteurs déterminants étaient : une catégorie socio-professionnelle favorable (p=0,047), la possession d'un domicile par les parents (p=0,026), la pratique d'activité physique (p=0,009), l'autosurveillance glycémique (p=0,033) et une durée d'hospitalisation courte (p=0,027). L'analyse multivariée a révélé que la pratique d'activité physique (OR :4,415), un indice de masse corporelle bas (OR :0,776) et l'accès à une couverture sociale (OR :5,922) étaient des facteurs indépendants

associés à une meilleure QDV générale. Concernant la QDV liée au diabète, seuls la pratique d'activité physique (OR :6,044) et une durée d'hospitalisation courte (OR :0,787) étaient associées à une meilleure QDV.

Conclusion:

Le diabète de type 1 dépasse les aspects clinico-biologiques, affectant profondément la qualité de vie. Nous préconisons une évaluation systématique de la QDV des enfants diabétiques, accompagnée d'un suivi psychologique et d'un programme d'éducation thérapeutique adapté, afin d'améliorer leur bien-être

C5- Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'atrésie des voies biliaires : A propos de 23 cas

R. Neguez (1), R. Hadj Salem (1), S. Ben Youssef (2), S. Sfar (2), T. Ghedira (1), E. Sfar (1), M. Ben Fredj (2), M. Abdelali (3), M. Maatouk (3), J. Saad (3), A. Zrig (3), L. Sahnoun (4), S. Chouchene (5).

Pédiatrie Monastir (1).chirurgie pédiatrique Monastir (2).Service d'Imagerie Médicale de Monastir (3).Service de Chirurgie Pédiatrique (4).Service de pédiatrie Monastir (5).

Introduction:

L'atrésie des voies biliaires (AVB) est une malformation congénitale résultant d'un processus inflammatoire, destructeur et sclérosant, affectant les voies biliaires intra et extra hépatiques. Ce processus mène à la fibrose et à l'oblitération des canaux biliaires, avec comme conséquence, le développement d'une cholestase, puis d'une cirrhose hépatique. Sans chirurgie, la mort est inéluctable, survenant dans les 19 premiers mois de vie, liée au développement d'une insuffisance hépatocellulaire et d'une hypertension portale.

Objectifs:

Le but de cette étude est d'évaluer les caractéristiques cliniques, biologiques, échographiques et thérapeutiques des nourrissons atteints d'atrésie des voies biliaires.

Matériel et méthodes:

C'est une étude rétrospective menée de janvier 2019 à février 2025 colligeant 23 cas d'atrésie des voies biliaires opérés à l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir.

Résultats:

Vingt-trois cas étaient colligés: 14 filles et 9 garçons. L'âge moyen de recours aux soins était de 20 jours avec des extrêmes allant de 1 jour à 3 mois. Le principal motif de consultation était l'ictère cutanéomuqueux présent dans tous les cas. La cytolyse hépatique était présente chez 22 cas. La cholestase était présente chez tous les patients. Le critère biologique commun était les valeurs franchement élevées des gamma glutamyl transpeptidases (GGT) avec une moyenne à 650 UI/L et des extrêmes allants de 110 à 1890 UI/L. Une échographie abdominale était effectuée chez tous les cas dont 2 étaient sans anomalies et 21 montraient des signes radiologiques en faveur de l'atrésie des voies biliaires. La prise en charge thérapeutique s'est basée sur la porto-entéro-anastomose « intervention de Kasaï ». L'âge moyen de l'opération était de 2 mois variant de 19 j à 3 mois et 22 j. Tous les nourrissons étaient mis sous acide ursodésoxycholique et vitaminothérapie ADEK.

Conclusion:

Les taux sériques des GGT jouent un rôle crucial dans le diagnostic de l'atrésie des voies biliaires, combiné aux caractéristiques échographiques conventionnelles. Cependant, une échographie abdominale normale n'élimine pas le diagnostic d'atrésie des voies biliaires.

C6- Diagnostic étiologique des cholestases néonatales: Etude sur 20 ans dans une unité d'hépatologie pédiatrique

R. Ben Rabeh (1), O. Bouyahia (1), N. Dridi (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), S. Yahyaoui (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

Introduction:

Les étiologies des cholestases néonatales sont multiples et restent non identifiables dans de nombreux cas. Les progrès de la biologie moléculaire durant la dernière décennie ont permis d'identifier plusieurs causes génétiques des cholestases intra-hépatiques. L'objectif était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives des cas de cholestase néonatale et d'évaluer l'intérêt de la biologie moléculaire dans le diagnostic étiologique.

Objectifs:

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive analytique monocentrique ayant inclus des patients suivis pour cholestase néonatale durant deux périodes (P) : P1 (2004-2013) et P2 (2014-2023). Nous avons comparé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutives de deux groupes (G) de patients (G1 inclus durant P1 et G2 inclus durant P2). Le séquençage a été réalisé sur un panel de 292 gènes impliqués dans la cholestase.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive analytique monocentrique ayant inclus des patients suivis pour cholestase néonatale durant deux périodes (P) : P1 (2004-2013) et P2 (2014-2023). Nous avons comparé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutives de deux groupes (G) de patients (G1 inclus durant P1 et G2 inclus durant P2). Le séquençage a été réalisé sur un panel de 292 gènes impliqués dans la cholestase.

Résultats:

Nous avons étudié 136 cas de cholestase néonatale. L'âge moyen à la première consultation était de 50,7±23,3 jours. La cholestase était complète dans 40,4% des cas. Les cholestases étaient d'origine extra-hépatique, intra et extra-hépatique et intra-hépatique dans 8,8%, 41,9% et 49,3% des cas respectivement. Une étude génétique a été réalisée dans 25 cas (18,4%) durant P2 révélant des variants pathogènes dans 17 cas et permettant d'établir un diagnostic certain dans 15 cas soit une performance diagnostique de 60%. L'atrésie des voies biliaires (AVB) représentait 53% et 33,3% des étiologies respectivement dans P1 et P2 (p=0,066). Une baisse significative de la fréquence des cholestases d'origine indéterminée a été notée durant P2 (p=0,006) et une augmentation significative de la fréquence des cholestases néonatales bégnines durant P2 (p=0,043). L'évolution vers la cirrhose a été notée dans 44,1% des cas. Une transplantation hépatique a été réalisée dans 5,1% des cas. Le taux de mortalité était de 23,5% des cas. La survie avec foie natif à 5 ans et à 10 ans pour l'AVB était de 62% et 44% respectivement.

Conclusion:

L'intégration des nouvelles techniques de biologie moléculaire dans la démarche diagnostique des cholestases néonatales a permis de réduire significativement la fréquence des cholestases de cause indéterminée.

C7- Transplantation de cellules souches hématopoïétiques haplo-identiques chez l'enfant en Tunisie : défis et perspectives

F. Hassine (1), M. Ben Khaled (2), A. Ben Taieb (2), S. Rekaya (2), M. Bejaoui (2), F. Mellouli (2), I. Ben Fradj (2), M. Ouederni (2).
Hôpital Monji Slim (1).centre de greffe et de moelle osseuse (2).

Introduction:

La transplantation des cellules souches hématopoïétiques est le seul traitement curatif de plusieurs maladies graves dont les déficits immunitaires primitifs, les aplasies médullaires et les hémopathies malignes. La greffe haplo-identique de moelle osseuse a connu des progrès ces dernières années en l'absence de donneur génoidentique avec les techniques de typage HLA pour un meilleur choix du donneur, les régimes de conditionnement à intensité réduite et la prophylaxie de la réaction du greffon contre l'hôte. Il est donc intéressant d'étudier les résultats de cette nouvelle alternative thérapeutique, les défis rencontrés et les perspectives d'avenir en Tunisie.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques (TSCH) en haploidentique en Tunisie, ses complications ainsi que la survie. Relever les défis thérapeutiques ainsi que les perspectives d'avenir en Tunisie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective entre 2015 et 2024 incluant les patients atteints d'aplasie médullaire acquise, d'hémopathie maligne et de déficit immunitaire primitif avec une indication à la TSCH au service d'immuno-hématologie pédiatrique du centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. Nous avons inclus les patients atteints d'AM acquises, de LA et de DIP ne disposant pas de donneur géno-identique intrafamilial, ayant une indication à la greffe de moelle et après consentement éclairé des parents. Les patients ayant des anticorps anti-HLA spécifiques du donneur ont été exclus de l'étude.

Résultats:

Soixante-dix-sept patients ont été inclus dont 38 filles et 39 garçons (sexe ratio à 1,02), répartis en trois groupes : aplasie médullaire (n=11), hémopathie maligne (n=27) et déficit immunitaire primitif (n=39). L'âge moyen au moment de la TSCH était 39,4 mois ± 48(1 mois-16 ans). La source des cellules souches hématopoïétiques a été la moelle osseuse. Le donneur était intrafamilial haplo-identique dans tous les cas. Le volume moyen du greffon était 263 ml ± 147,1 (91-700), le nombre moyen de CMN était 8x108/Kg± 4,7 (1-22), et le nombre moyen de CD34 était 7,7x106/Kg ± 4,8(0,9-18,6). Une prise de greffon était obtenue dans 87% des cas. Dans notre étude, dix patients n'ont pas eu de sortie d'aplasie dont 3 cas d'aplasie médullaire très sévère, un cas d'ostéopetrose maligne, quatre SCID, un cas de neutropénie congénitale sévère et un déficit en HLA classe II. Parmi ces patients, quatre ont été greffés de la moelle osseuse en haploidentique pour la deuxième fois mais aucune prise de greffon n'a été obtenue. Une patiente atteinte de neutropénie congénitale sévère a eu une sortie d'aplasie satisfaisante en autologue. Les patients étaient suivis sur une période moyenne de 29 mois ± 28,4 (3jours-7,5 ans). Après TCSH, 55 patients étaient vivants et guéris. La cause de décès était en rapport avec une maladie veino-occlusive dans 4 cas, une réaction greffon versus hôte dans un cas, une insuffisance cardiaque dans deux cas, une encéphalopathie hépatique dans un cas et une pneumopathie à VRS dans 3 cas. Le délai moyen pour atteindre un taux de lymphocytes T CD4+ supérieur à 200/mm3 était de 8,3 mois ± 6 (1-24). Les patients ont été suivis sur une période moyenne de 29 mois± 28,4 (3 jours-7,5 ans), avec une médiane de 18 mois. L'âge moyen des patients au dernier suivi était de 68 mois± 55 (2 mois- 20 ans). Les survies globales à 5 et 10 ans de tous les patients étaient de 65,1%. La survie sans évènement à 5 ans était de 66,3% et à 10 ans à 46,1%.

Conclusion:

Une stratégie émergente de greffe haplo-identique a été récemment développé dans les hémopathies malignes et non malignes basée sur la T-déplétion in vivo. Dans le monde, des séries pédiatriques limitées de greffe haploidentique avec T-déplétion in vivo ont été récemment publiés. Cependant en Tunisie, le seul service qui prend en charge ces enfants ne dispose que d'un nombre restreint de chambres à flux laminaires permettant de réaliser un nombre de greffes en deçà des besoins réels de la Tunisie. Les perspectives d'avenir sont prometteuses permettant de réduire le délai d'attente et ainsi améliorer le pronostic des patients, développer encore plus l'activité innovante de greffe haplo identique et étendre ses indications à d'autres pathologies qui ne sont actuellement greffés qu'en géno-identique telles que la maladie de Fanconi et les hémoglobinopathies.

C8- Fièvre prolongée chez l'enfant : un défi diagnostique et thérapeutique

R. Haggui (1), A. Tarchouna (2), S. Nouir (1), S. Hannachi (1), S. Mabrouk (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).
Pediatriesahloul (1).sahloul (2).

Introduction:

La fièvre prolongée constitue un défi diagnostique fréquent en pédiatrie et peut être causée par une variété d'étiologies. Sa prise en charge repose sur une identification rapide et précise de la cause sous-jacente.

Objectifs:

Déterminer les étiologies de la fièvre prolongée au service de pédiatrie du CHU de Sahloul.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective à visée descriptive mené dans le service de pédiatrie du CHU Sahloul de Sousse de janvier 2020 à décembre 2024 où les patients hospitalisés pour fièvre prolongée étaient inclus.

Résultats:

90 patients étaient inclus, une prédominance masculine était notée avec un sexe- ratio à 1.14 L'âge moyen des patients était égal à 3 années ± 2.8, Le délai moyen de consultation était égal à 7.31 jours [06, 24 jours]. La durée moyenne de la fièvre était 9.98 jours. 8.6% des enfants étaient hospitalisés en secteur de réanimation pour mauvais état hémodynamique Les signes cliniques associés comprenaient principalement la toux (32.9%), des adénopathies (26%), une hépatomégalie (17.8 %) et des vomissements (13.7 %). Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé chez 39 patients (43.3 %) et un syndrome d'activation macrophagique dans 18.8% des cas. Des sérologies virales étaient pratiquées dans 46.7% de cas montrant une infection à CMV chez un patient, une infection COVID dans 7 % des cas, une infection à mycoplasme dans deux cas Les étiologies étaient dominées par les causes infectieuses virales 62.2 %. Une infection bactérienne retrouvé dans 39.2 % des cas comprenant un cas de tuberculose pulmonaire, un cas de tuberculose disséminée et un cas de mal de POTT et une infection parasitaire chez 5 patients diagnostiqués tous comme leishmaniose viscérale. Une maladie inflammatoire (maladie de KAWASAKI et MISC) était retrouvée chez 16 patients et une lymphohistiocytose dans 1 cas On a noté aussi un cas de leucémie et un cas de neuroblastome type trois L'évolution clinique a été favorable pour la majorité des patients (98.8 %), qui ont connu une résolution complète de la fièvre et une récupération sans complications au bout d'une durée moyenne de 3,5 jours. Une patiente était décédée dans un tableau d'état de choc septique

Conclusion:

La fièvre prolongée en pédiatrie reste un défi diagnostique majeur, nécessitant une approche clinique rigoureuse pour identifier la cause sous-jacente. Une prise en charge précoce est essentielle pour améliorer l'évolution des patients et prévenir les complications.

C9- Rare coagulation factor deficiencies: an experience of a pediatricdepartment

O. Mars (1), M. Jouili (1), N. Jammeli (1), M. Beji (1), A. Marzouki (1), B. Mahjoub (1).
Department of Pediatrics - Tahar SfarUniversity Hospital, Mahdia (1).

Introduction:

Rare coagulation factor deficiencies (RCDs) are a group of inheritedbleedingdisorderscharacterized by a deficiency or dysfunction of specific coagulation factors in the bloodclotting cascade. Whilehemophilia A, hemophilia B, and Von Willebrand disease are the mostwell-known and prevalent coagulation disorders, deficiencies in other coagulation factors are considerablylesscommon and often pose significant diagnostic and therapeutic challenges. These rare factor deficienciestypically follow an autosomal recessiveinheritance pattern, resulting in a higherprevalence in regionswhereconsanguineousmarriages are more common.

Objectifs:

The aim of thisstudyis to report and analyze the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of rare coagulation factor deficiencies.

Matériel et méthodes:

This is a retrospective descriptive studycarried out over the period of 28 years [1996-2024] in the PediatricDepartment of the Tahar Sfar Hospital in Mahdia including patients diagnosedwith a coagulation factor deficiency. Patients withhemophilia A, B and Von Willebrand diseasewereexcluded.

Résultats:

There were 14 patients, 4 males and 10 females (71.4%). The distribution of the patients withRCDswas as follows: 9 fibrinogendeficiency (64.3%), 3 FXIII deficiency (21.4%), 1 case of FVII deficiency and 1 of FXI deficiency (7.1%). The age of the patients at the time of diagnosisvarieddepending on the deficiency type with a mean of 1.7 years (range: 3 days to 5.8 years), whileafibroginemia patients werediagnosed on average at the age of 7 monthswith 66.7% being at the neonatalage, diagnosis of FVII, FXI and FXIII deficiencieswasmuchlater at a meanage of 3.5 years. Among the patients, 71.4% had a positive familyhistory, and the consanguinity rate was 85.7%, with 83.3% of themhaving parents whowereeither first or second cousins. The bleedingprevalence rates were as follows: persistent woundbleeding 85.7%, epistaxis 57.1%, menorrhagia 42.9%, hematoma 42.9%, oral cavitybleeding 35.7%, hemarthrosis 28.6%, Central nervous system bleeding (CNS) 28.6%, Hemoperitoneum 14.3% and gastrointestinal bleeding 7.1%. Umbilicalcordbleedingwas the leadingcircumstance of diseasediscoveryaccounting for 35.7% followed by persistent woundbleeding at 28.6%. Severeanemiawasnotedin 64.3% of the observations, and transfusion/hemostatic support wasrequired for 71.4% of the patients duringtheirlifetime. Primaryprophylaxiswasexclusivelyinitiated in preparation for surgeries, no routine prophylaxiswasadministered. Secondaryprophylaxiswasinitiatedin 2 patients, bothdiagnosedwith FXIII deficiency, following a CNS bleeding. Treatment and prophylaxisproductsusedwerefreshfrozen plasma and single-factor concentrates:pd-fibrinogen and rFVIIarespectively for afibroginemia and FVII deficiency. Surgerywasundergone by 3 patients (21.4%), of whom 2 had CNS bleeding and 1 hadhemoperitoneum. During follow-up, one deathwasreported for a patient whohad FXIII deficiency due to major intracranialhemorrhage.

Conclusion:

childrenwithRCDs can presentwithclinicallysignificantbleeding and are at risk of delayeddiagnosis or misdiagnosis due to the rare nature of thesedisorders. Having a richfamilyhistory, as seen in our cases, significantlyhelps by making the diagnosishighly probable based on the clinicalpresentationalone, and tests are specificallyused to confirm the diagnosis.

C10- Morbidité et mortalité néonatale au CHU départemental de Parakou de 2017 à 2023

A. Noudamadjo (1), TGP. Lovesse (2), J. Agossou (2).
Unité de Néonatologie, Service de Pédiatrie, CHU départemental Borgou, Bénin (1).Service de Pédiatrie, CHU départemental Borgou, Bénin (2).

Introduction:

: La mortalité néonatale reste élevée au Bénin, entretenue par trois principales causes directes que sont la prématurité, l'asphyxie périnatale et l'infection néonatale selon l'EDS-V Bénin.

Objectifs:

Décrire l'évolution de la structure des affections et la mortalité néonatales dans le service de pédiatrie du CHU départementale de Parakou

Matériel et méthodes:

Il s'est agi d'une étude rétrospective, transversale, descriptive couvrant la période allant du 1er Janvier 2017 au 31 décembre 2023. Elle a porté sur les dossiers des nouveau-nés hospitalisés dans l'unité au cours de la période à travers recensement systématique de tous les dossiers de nouveau-né admis. Les diagnostics et causes de décès sont retenus tels que renseignés dans les dossiers.

Résultats:

Un total de 7305 nouveau-nés ont été hospitalisés sur un ensemble de 29685 enfants reçus dans le service de pédiatrie au cours de la période d'étude soit un taux de morbidité néonatale de 26,95 %. Les diagnostics les plus fréquents étaient les infections néonatales (84,61%), la prématurité et le faible poids de naissance (33,86 %) et l'asphyxie périnatale (23,09 %). La mortalité globale était de 16,10 % dont 73,55 % survenue dans les 24 premières heures de vie. Les principales causes des décès étaient l'infection néonatale (83,25%), la prématurité et le faible poids de naissance (48,13 %), la détresse respiratoire (47,02 %), et l'asphyxie périnatale (37,50%).

Conclusion:

Un nouveau-né sur 6 admis dans l'unité mourait de trois principales causes que sont l'infection néonatale, l'asphyxie néonatale et la prématurité et ses complications. Tacler ces affections contribuerait à réduire la mortalité néonatale intra-hospitalière.

C11- La sclérose Tubéreuse de Bourneville à expression neurologique : Aspects cliniques et évolutifs, étude de 11 observations

D. Laouini (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), H. Benbelgacem (1), M. Bouden (1), M. Abdelberi (1), N. Jaballah (1), M. Benguedria (1), J. Bouguila (1), R. Kebaili (1), L. Boughamoura (1).
Pédiatrie Farhat HachedSousse (1).

Introduction:

La sclérose tubéreuse de Bourneville (STB) est une neuro-ectodermose à transmission autosomique dominante avec une pénétrance variable dont l'incidence dans le monde est estimée à 1/6000 naissance par an. Elle a une expression multi-systémique en rapport avec des localisations multiples d'hamartomes, résultant d'un défaut d'expression des gènes TSC1 ou TSC2, suppresseurs de tumeurs, responsables de prolifération cellulaire anormale. Au niveau du SNC, elle donne essentiellement des tubers et des hamartomes sous épendymaires, ainsi que des anomalies de la Substance Blanche, responsables d'épilepsies, et d'anomalies du développement neurologique

Objectifs:

Une étude rétrospective de 11 observations de patients suivis à la consultation de neuropédiatrie Farhat Hached depuis l'an 2000. Le diagnostic est retenu selon les critères diagnostiques de « US National TuberousSclerosis Association » (1998).

Matériel et méthodes:
Nous proposons de décrire les caractéristiques de l'atteinte neurologique des enfants atteints de STB, et de décrire les autres atteintes viscérales à dépister, qui peuvent alourdir la comorbidité de la maladie.

Résultats:
Il s'agit de 6 garçons et 5 filles. La consanguinité parentale a été trouvée chez 5 patients, une épilepsie dans la famille chez 2 patients, un adénofibrome de Pringle chez la mère d'un patient et des taches achromiques chez la fratrie d'un patient. L'épilepsie a débuté entre l'âge de 7 jours et 18 mois avec une moyenne = 4 mois ½, avec des spasmes infantiles révélateurs chez 5 patients, des crises focales chez 4 autres, et des crises polymorphes pour le reste. L'imagerie cérébrale initiale a été une IRM chez 10 patients montrant des tubers caractéristiques et un scanner chez un enfant (non anesthésiable) dont le diagnostic a été retenu devant des calcifications sous corticales et sous épendymaires multiples et des critères cliniques. Le vigabatrin a été le 1er médicament prescrit chez 10 patients. D'autres antiépileptiques ont été utilisés ou associés secondairement selon le type de crises. Tous les malades présentent à des degrès variables une déficience intellectuelle. Six présentent un trouble dans le spectre de l'autisme. L'atteinte cutanée a été un des critères du DC, retrouvée chez tous les enfants : taches achromiques et angiokératomes. L'échographie cardiaque a été normale chez tous les patients. L'échographie rénale a permis de révéler des kystes rénaux bilatéraux au cours du suivi d'un enfant. L'examen ophtalmologique a été aussi sans anomalies. Aucun cas n'a eu d'analyse génétique.

Conclusion:
La STB se caractérise par une grande diversité d'expression phénotypique neurologique et extra-neurologique avec une évolution très variable. Le pronostic dépend essentiellement de l'atteinte neurologique, particulièrement de l'équilibre de l'épilepsie. Si le conseil génétique reste extrèmement difficile à cause de la pénétrance de la maladie, l'analyse est actuellement intéressante pour proposer une thérapie ciblée basée sur les inhibiteurs de la mTOR (mammaliantarget of rapamycin), actuellement utilisés chez l'enfant dans le traitement des astrocytomes à cellules géantes et l'épilepsie pharmaco-résistante.

C12- Profil clinique, thérapeutique et évolutif de la Toxoplasmose congénitale dans un service de néonatologie

M. Beldi (1), M. Gatri (1), M. Benali (1), S. Jaouhari (1), E. Ben Hamida (1).
Service de néonatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).

Introduction:
La séroconversion toxoplasmique est une situation fréquente en Tunisie vu la séroprévalence élevée de la toxoplasmose sous nos climats. Ainsi beaucoup de fœtus sont à risque de toxoplasmose congénitale (TC) qui demeure une pathologie grave vu le risque d'atteinte cérébrale et ophtalmologique.
Objectifs:
Décrire les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la toxoplasmose congénitale

Matériel et méthodes:
Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, menée au service de néonatologie de l'hôpital Charles Nicole de Tunis, sur une période de 07 ans (2018-2024), incluant tous les nouveau-nés ayant une TC.

Résultats:

Parmi 42 cas de séroconversion toxoplasmique, une TC était confirmée dans sept cas (17%). La date présumée de séroconversion était respectivement le premier trimestre (n=2), le deuxième trimestre (n=2) et le troisième trimestre (n=3). Une PCR sur liquide amniotique a été pratiquée dans deux cas, revenant positive. Le diagnostic de la TC a été confirmé en anténatal par une PCR positive sur liquide amniotique (n=2) et par la détection des IgG néosynthétisés chez le nouveau-né (n=4). L'âge postnatal du diagnostic était J3 de vie dans deux cas et J10 de vie dans trois cas. L'âge médian du début du traitement était de 20 jours (7-75jours). Le traitement était à base de Pyriméthamine, Sulfadiazine et d'acide folinique, pendant 12 mois. Des effets indésirables du traitement ont été constatés chez quatre patients à type de neutropénie (n=3) et de cytolyse hépatique (n=1). Le bilan lésionnel a montré une atteinte cérébrale dans quatre cas, à type de calcifications cérébrales (n=2), de dilatation ventriculaire (n=1) et de kyste périventriculaire (n=2), et une choriorétinite bilatérale dans un cas. Le recul médian était de 16 mois (4-38 mois).

Conclusion:

Notre série a retrouvé un taux non négligeable de séroconversion toxoplasmique et de toxoplasmose congénitale avec des complications neuro-sensorielles dans plus que la moitié des cas soulignant la potentielle gravité de la maladie. La prévention passe par le dépistage et l'éducation des femmes séronégatives sur l'importance du respect des règles hygiéno-diététiques dès le début de la grossesse ainsi que le suivi sérologique pour une prise en charge périnatale optimale en cas de séroconversion.

C13-Facteurs influençant la qualité de vie des enfants asthmatiques

N. Bou Okkez (1), R. Thabti (1), A. Marzouk (1), A. Kefi (1), F. Fariha (1), A. Bouaziz (1).
Pédiatrie de l'hôpital régional Ben Arous (1).

Introduction:

L'asthme infantile est une maladie inflammatoire chronique fréquente qui touche 10 à 20 % des enfants dans le monde et 12 % en Tunisie, impactant leur qualité de vie et représentant un enjeu de santé publique.

Objectifs:

Evaluer la qualité de vie des enfants asthmatiques et déterminer les facteurs influençant son altération.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude transversale incluant des enfants asthmatiques suivis au service de pédiatrie à l'hôpital régional de Ben Arous. La qualité de vie a été évaluée à l'aide du PediatricAsthmaQuality of Life Questionnaire (PAQLQ) afin d'identifier les facteurs influençant son altération.

Résultats:

L'étude a inclus 111 enfants asthmatiques dont l'âge moyen était à 9.8±2.3 ans et le sexe ratio H/F=1,3. Le score moyen global du PAQLQ était de 4,8 ± 1,2. Par domaine, la limitation des activités avait une moyenne de 5,1 ± 1,2, les symptômes de 4,6 ± 1,4 et l'émotionnel de 4,7 ± 1,6. L'activité la plus limitée était la course (24,3 %), tandis que le principal symptôme rapporté était la difficulté d'endormissement (27 %). Sur le plan émotionnel, 32,4 % des enfants ressentaient une peur des crises. Les principaux déterminants de la qualité de vie identifiés étaient le degré de contrôle de l'asthme (asthme mal contrôlé, $p < 10^{-3}$), la sévérité de l'asthme (asthme sévère persistant, $p < 10^{-3}$), l'ancienneté de la maladie ($p = 0,008$), l'absentéisme scolaire ($p = 10^{-3}$) et l'obésité ($p = 0,049$). Des facteurs familiaux, tels que le niveau d'éducation des parents ($p = 0,004$), ainsi que des éléments liés à la prise en charge, incluant le palier 4 de traitement de fond ($p = 0,004$).

Conclusion:
L'évaluation de la qualité de vie par le PAQLQ met en évidence des déterminants clés influençant le bien-être des enfants asthmatiques. Une prise en charge adaptée tenant compte de ces facteurs est essentielle pour optimiser leur quotidien.

C14- Accidents domestiques chez l'enfant en Tunisie: un vrai problème de santé publique!

J. Elhem (1), M. Bourchada (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).
Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

Introduction:
Les accidents domestiques (AD) de l'enfant représentent un vrai problème de santé publique en raison de leur lourde mortalité et mortalité. En Tunisie, et depuis les confinements imposés par la pandémie due au SARS-COV2, nous avons constaté une augmentation considérable de l'incidence des accidents domestiques parmi la population pédiatrique.

Objectifs:
Etudier la prévalence des accidents domestiques dans un service de pédiatrie générale.

Matériel et méthodes:
Une étude retrospective monocentrique sur une période de 2 ans, 2020 et 2021, menée au service de médecine infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis, Tunisie

Résultats:
589 cas d'accidents domestiques chez l'enfant ont été coligés. Le sexe ratio était de 1.16 avec une prédominance masculine. L'âge moyen était de 59 mois [2 mois14 ans]. Les familes avaient un bas niveau socio-économique dans 43.8% des cas. L'accident est survenu dans 67,8% des cas au cours de la deuxième moitié de la journée avec un pic à 19h. Les accidents étaient plus fréquents durant la saison hivernale (51.9 %). Les intoxications au monoxyde d'azote étaient les accidents les plus fréquents (33.7%). L'intoxication médicamenteuse était en deuxième position (24,6%) dont les médicaments les plus fréquents étaient l'ingestion de benzodiazépine et l'intoxication au paracétamol. Par la suite en retrouve l'ingestion de caustique (20%), l'ingestion de corps étranger (7%), l'inhalation du corps étranger et l'ingestion de produits pétroliers (5.6% chacune).

Conclusion:
La pathologie accidente le reste dominée par les intoxications. Ele doit interpeler les acteurs de santé du fait de l'augmentation progressive de sa fréquence. Les facteurs favorisants sont liés au niveau socioculturel.

C15- 3314 - Bronchiolite aigue en réanimation pédiatrique : place du score échographique

A. Chebbi (1), A. Miraoui (1), S. Chaieb (1), Y. Koumi (1), A. Borgi (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
Service de réanimation pédiatrique polyvalente, hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

Introduction:
L'échographie pulmonaire a été proposée comme outil de diagnostic pour de nombreuses affections néonatales et pédiatriques. Jusqu'à présent, elle n'a pas été incluse dans les lignes directrices pour le diagnostic de la bronchiolite, bien que plusieurs données concernant son efficacité aient été publiées.

Objectifs:

Etudier la corrélation entre le score échographique (LUS) et la sévérité de la bronchiolite.

Matériel et méthodes:
Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans le service de réanimation pédiatrique polyvalente de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis entre le 1er janvier et le 28 février 2025. La sévérité de la bronchiolite a été jugée sur trois paramètres cliniques à l'admission ; le score de Wang modifié, la fraction inspirée en oxygène (FiO2) et le rapport saturation en oxygène sur fraction inspirée en oxygène (SF ratio) ainsi que le recours à la ventilation mécanique (VM), la durée de cette dernière ainsi que la durée d'hospitalisation. Le score échographique a été calculé en partageant chaque hémithorax en 6 zones et en attribuant à chaque zone un score de 0 à 3 pour un total de LUS de 0 à 36.

Résultats:
Nous avons colligé 81 cas durant la période de l'étude. Le sexe ratio était de 1,5. L'âge moyen était de 51 jours (±30) (min-max : 8 - 137). Le poids moyen à l'admission était de 4293 g (± 1271 g). Un antécédent de prématurité a été noté dans 19% des cas. Une assistance ventilatoire en période néonatale a été relevée chez 10% des nourrissons. L'examen clinique à l'admission a objectivé un score de Wang modifié moyen à 9 (± 1,9 ; min-max : 5-14), une FiO2 moyenne à 55% (± 28%) et un SF ratio moyen à 385 (± 68 ; min-max : 135 -476). Le score échographique (LUS) moyen était de 9 (± 6 ; min-max : 1 -29). Le virus le plus incriminé était le VRS (81%) et une surinfection bactérienne a été notée dans 29% des cas. Le recours à la VM a été indiqué dans 32% des cas avec une durée moyenne de 5,4 jours (± 1,6 ; min-max : 3 -11). La durée moyenne de ventilation non invasive était de 4 jours (± 2,5 ; min-max : 1 -15). La durée moyenne d'hospitalisation était de 5,9 jours (± 3,8 ; min-max : 1 -22). LUS avait une corrélation significative avec la FiO2 à l'admission (Pearson = 0,2 ; p = 0,04) et la durée d'hospitalisation (Pearson = 0,4 ; p < 0.001). Nous avons retrouvé une fiabilité du LUS dans la prédiction de la nécessité d'une VM, comme l'a montré une aire sous la courbe ROC égale à 0,78 (IC 95% : 0,67-0,88 ; p< 0,001) avec un seuil de 12,5.

Conclusion: Au-delà de sa valeur diagnostique dans la bronchiolite aigue, l'échographie pulmonaire a montré sa place dans la prédiction de la nécessité d'un support ventilatoire invasif et dans la prédiction de la durée d'hospitalisation. Ces paramètres étant largement influencés par plusieurs paramètres comme la surinfection bactérienne et l'existence ou non d'apnées, un échantillon plus large et homogène serait nécessaire pour définir un LUS seuil plus fiable.

C16-Profil thérapeutique de l'arthrite juvénile idiopathique dans sa forme polyarticulaire

O. Bahlous (1), W. Mkaouar (1), H. Hrizi (1), F. Chaari (1), L. Essaddam (1), Z. Fitouri (1).
Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:
L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est un groupe de maladies inflammatoires chroniques subdivisée en sept sous-groupes. L'AJI polyarticulaire représente la deuxième forme par ordre de fréquence et est caractérisée par l'atteinte de cinq articulations ou plus au cours des six premiers mois d'évolution de la maladie. Au cours des dernières années, il y a eu des progrès importants dans le traitement de cette maladie.

Objectifs:
Décrire le profil thérapeutique de l'arthrite juvénile idiopathique dans sa forme polyarticulaire.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique descriptive sur une période de 23 ans allant du premier Janvier 2000 au 30 juin 2024. Nouas avons inclus les patients atteints d'AJI polyarticulaire et suivis au service de pédiatrie D de l'Hôpital d'enfant BECHIR HAMZA de Tunis.

Résultats:

Nous avons colligé 40 patients. Le traitement de fond de première intention était indiqué chez 36 cas (90%). La molécule de choix était le méthotrexate. Le délai médian de début de traitement par rapport au diagnostic était estimé à 2 mois [1- 4 mois]. La dose moyenne thérapeutique était de 13mg/kg/semaine ±2,3. La voie d'administration de choix était la voie orale (n=25,69). Près de la moitié des patients montraient une rémission partielle (47,2%) et 44,4% présentaient une rémission complète après une durée moyenne d'utilisation de 49 mois±33. Le recours au traitement de fond de deuxième intention était décrit dans 12 cas (30%) devant une intolérance au méthotrexate (16.7%) ou une inefficacité du traitement de première intention. La molécule de premier choix était l'Etanercept (10 cas) à la dose de 0,8-1 mg/kg/semaine et celle de deuxième choix était l'Adalimumab (deux cas) à une dose entre 20 et 40 mg/14jours selon le poids. Le délai moyen de début de traitement de deuxième intention était de 31 mois±24,2. Un seul malade avait besoin d'un traitement de troisième intention devant une résistance aux alternatives thérapeutiques précédemment proposes après un délai de 12 mois. Il s'agissait de l'Infliximab La dose était de cinq mg/kg/j pendant une durée de 13 mois. En plus du traitement médicamenteux, treize patients, soit 32,5 % de la population, ont bénéficié d'une rééducation motrice. Le renforcement d'une activité physique adaptée était indiqué dans sept cas (17.5%).

Conclusion:

L'AJI polyarticulaire est une pathologie qui peut mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel par les atteintes articulaires et extra-articulaires qu'elle engendre. Une prise en charge adéquate avec les alternatives thérapeutiques actuelles permet un meilleur contrôle de la maladie et préserve une bonne qualité de vie de ces enfants.

C17 - Encéphalite aigue : Place des examens complémentaires dans le diagnostic positif

J. Ayari (1), Z. Trabelsi (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rabhi (1), H. Barakizou (1).
service de pédiatrie hopital militaire (1).

Introduction:

Introduction : les encéphalites aigues sont des affections inflammatoires cérébrales .le diagnostic d'encéphalite est parfois difficile alors que le délai de mise de traitement conditionne le pronostic

Objectifs:

Objectif : mettre le point sur la diversité des présentations cliniques de l'encéphalite aigue dans la population pédiatrique et l'apport des examens paracliniques dans le diagnostic positif .

Matériel et méthodes:

Matériels et méthodes : Nous rapportons une série de 22 enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie à l'hôpital militaire de Tunis entre janvier 2021 et mars 2024 .

Résultats:

Nous avons colligé 22 enfants d'âge moyen de 7 ans et 3 mois avec des extrêmes allant de 6 mois à 14 ans. Une prédominance masculine a été notée (sex-ratio = 1.1). La présentation clinique initiale est dominée par la fièvre, les convulsions (52 %), une hypertension intracrânienne dans , la somnolence (52%) et les troubles de la marche . Par ailleurs , d'autres symptômes ont été retrouvés : hallucinations dans quatre cas , troubles de comportement dans six cas . Un syndrome méningé est retrouvé dans trois cas . Une ponction lombaire a été normale dans 89% des cas .PCR viral dans le LCR n'est revenue positive que dans deux cas. L'IRM a été faite chez * patients, dans un délai moyen de 5.8 jours après le début des symptômes , revenue normale dans 57% des cas. L'EEG a été fait dans 94% des cas après 4.8 jour de début des symptômes ,revenu pathologique dans 52% des cas . Un agent causal a été retrouvé dans 10 cas : 2 cas sont dus au virus West Nile , 1 cas est rattaché au VZV , 2 cas sau HSV , 1 cas au rota virus isolé dans les selles , 1 cas au CMV , 1 cas au virus H1N1 Tous les patients ont été mis sous zovirax dans un délai de 0.8 jour par rapport à l'admission . L'évolution était favorable dans 18 cas avec amélioration des symptômes dans un délai de 2.2 jours . Deux cas ont été transféré en réanimation . On a pas noté de décès dans notre série .

Conclusion:

Le virus herpétique demeure l'étiologie la plus fréquente des encéphalites pédiatriques .pour cela , le traitement par aciclovir semble être le traitement à instaurer en urgence dés la suspicion du diagnostic meme en absence de toute orientation biologique ou radiologique .

Résumés des Posters Commentes :

Endocrinologie

PC1 - Prémature thélarche : expérience d'une unité d'endocrinologie pédiatrique

L. Essaddam (1), O. Bahlous (1), W. Mkaouar (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

La prémature thélarche correspond au développement isolé des seins chez la fillette avant l'âge de 8 ans. Cette affection bénigne est particulièrement fréquente au cours des deux premières années de la vie. Elle rentre dans le cadre des variantes de la normale et doit donc être différenciée d'une puberté précoce pathologique.

Objectifs:

Mettre en évidence les manifestations cliniques de la prémature thélarche ainsi que son évolution.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective menée au service de pédiatrie D de l'hôpital d'enfants de Tunis sur une période de 12 ans allant de Janvier 2012 au Décembre 2024.

Résultats:

Nous avons recensé 26 cas durant la période d'étude. L'âge moyen à la constatation du développement mammaire était de 22,2 mois avec des extrêmes allant de J1 de vie à 90 mois. L'hypertrophie des seins était bilatérale chez 16 patientes et asymétrique dans 10 cas. La taille des seins lors de première consultation était cotée S2 (n=9), S3 (n=15) ou S4 (n=2). L'évaluation de la pilosité pubienne et axillaire était respectivement à P1 et A1 pour toutes les patientes suivies. L'échographie pelvienne a montré des organes génitaux internes impubères avec absence de la ligne de vacuité chez toutes les filles avec une hauteur utérine moyenne de 25,5mm et des extrêmes allant de 15 mm à 37 mm. L'échographie mammaire a objectivé une ébauche de bourgeon mammaire chez trois filles et une hypertrophie du bourgeon mammaire chez le reste des patientes. L'âge osseux moyen était de 48,6 mois [24-96 mois] avec un âge chronologique moyen correspondant à 46,6 mois. La différence entre l'âge osseux et l'âge chronologique était en moyenne de 4,1 mois. Le dosage des oestrogénes, de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'hormone folliculostimulante (FSH) a été fait chez neuf patientes uniquement et est revenu sans anomalies. L'évolution a été marquée par la stabilisation de l'hypertrophie mammaire chez 6 patientes et l'involution spontanée chez le reste de la population avec un recul de suivi de 29,8 mois.

Conclusion:

La thélarche précoce inquiète les parents. Son diagnostic n'est retenu qu'après un examen minutieux, la réalisation d'une courbe de croissance et un bilan radiologique comportant un âge osseux et une échographie pelvienne. Elle ne nécessite pas de traitement. L'évolution se faisant le plus souvent vers l'involution spontanée avec toutefois quelques cas de puberté précoce centrale secondaire, le médecin doit rassurer les parents tout en continuant à suivre l'enfant en consultation.

PC2- Les formes d'hyperplasie congénitale des surrénales à révélation tardive : analyse clinique et biologique de 13 cas

S. Kmiha (1), Y. Smaoui (1), R. Belhaj (1), F. Charfi (1), O. Fendri (1), M. Bahloul (1), S. Ben Ameur (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), R. Kolsi (1), T. Kammoun (1).

Service de Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax (1).

Introduction:

L'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) à révélation tardive est une forme modérée du déficit en 21-hydroxylase, la cause la plus fréquente d'HCS. Elle se manifeste généralement par des signes d'hyperandrogénie d'intensité variable, pouvant retarder le diagnostic. Celui-ci repose sur le dosage du 17-hydroxyprogestérone (17OHP) et peut nécessiter une confirmation génétique.

Objectifs:

Cette étude vise à analyser les particularités cliniques et biologiques de 13 enfants atteints de cette forme tardive d'HCS afin de mieux préciser les critères diagnostiques.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur les enfants suivis pour HCS à révélation tardive au service de Pédiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax. La période d'étude s'étend sur 41 ans, du 1er janvier 1983 au 31 décembre 2024

Résultats:

Treize cas d'HCS à révélation tardive ont été recensés, correspondant à une incidence annuelle moyenne de 0,37 cas par an. Une consanguinité parentale a été retrouvée dans 76,9 % des cas. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 4,43 ans. Cliniquement, la puberté précoce était le motif de consultation principal (76,9 %), associée à une hypertension artérielle (HTA) dans 23 % des cas. Une avance staturo-pondérale a été notée chez 84 % des patients. Sur le plan biologique, aucun enfant ne présentait de syndrome de perte de sel ni d'hypoglycémie. Une élévation de la 17OHP été retrouvée chez 12 enfants, avec une moyenne de 126 ng/ml. La cortisolémie était effondrée chez tous les enfants (moyenne : 23,1 ng/ml). L'activité rénine plasmatique (ARP) était élevée chez deux enfants. Trois enfants présentaient une élévation du composé S et de la désoxycorticostérone (DOC), suggérant un déficit en 11β-hydroxylase. L'étude génétique a confirmé un déficit en 21-hydroxylase chez un enfant. Au terme du bilan étiologique, 10 cas (76,9 %) ont été attribués à un déficit en 21-hydroxylase et 3 cas (23 %) à un déficit en 11β-hydroxylase. Le traitement hormonal substitutif a été initié chez tous les enfants à un âge moyen de 4,1 ans. L'hydrocortisone a été prescrite à l'ensemble des patients, avec une dose moyenne de 25,2 mg/m²/j, et associée à la fludrocortisone dans 53,8 % des cas. Trois filles ont bénéficié d'une chirurgie féminisante à un âge moyen de 5,6 ans. Après un suivi moyen de 7,2 ans, 10 enfants étaient toujours sous traitement hormonal tandis que 3 avaient arrêté leur traitement. L'HTA était bien contrôlée chez deux enfants, tandis qu'un enfant nécessitait des hospitalisations fréquentes pour des poussées hypertensives sévères.

Conclusion:

L'HCS à révélation tardive est une pathologie endocrinienne rare qui doit être évoquée devant des signes d'hyperandrogénie ou de puberté précoce. Le diagnostic repose sur les dosages hormonaux et peut être confirmé par la biologie moléculaire. La prise en charge nécessite un suivi multidisciplinaire afin d'optimiser le traitement hormonal substitutif, prévenir les complications et assurer une transition efficace vers l'âge adulte.

PC3- Les facteurs associés à la sévérité de l'acido-cétose diabétique chez l'enfant

S. Kbaier (1), N. Helaoui (1), F. Khalsi (1), M. Ben Romdhane (1), I. Trabelsi (1), K. Boussetta (1).
service de pédiatrie B hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

L'acidocétose diabétique (ACD) est une complication aiguë du diabète, particulièrement fréquente chez l'enfant. Elle résulte d'une carence sévère en insuline, entraînant une hyperglycémie, une cétose et une acidose métabolique.

Objectifs:

Déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des enfants présentant une acido-cétose diabétique. Identifier les facteurs associés à la gravité du tableau clinique.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective, mono-centrique, descriptive et analytique menée au service de pédiatrie B de l'hôpital d'enfants de Tunis, sur une période de 2 ans allant du Janvier 2023 au décembre 2024, incluant tous les patients hospitalisés pour acidocétose diabétique.

Résultats:

Nous avons colligé 35 cas. L'âge médian était de 11 ans [1,5-17 ans]. Le sex-ratio était de 1,06. Treize parents (37,1%) avaient un bas niveau socio-économique. L'acidocétose était révélatrice dans 42,9% des cas. L'ACD était légère dans 28,8% des cas, modérée dans 34,4% des cas et sévère dans 37,1 % des cas. Le délai médian de consultation était de 5 jours. Une altération de l'état neurologique a été notée dans 20% des cas et une instabilité hémodynamique dans 42,9% des cas. La fièvre était présente chez 10 patients. La valeur médiane de la glycémie au doigt était de 4,65 g/l [2,6 g/l - 5,8g/l]. La glucosurie variait entre une croix et quatre croix avec une médiane de 3 croix, alors que la valeur médiane de l'acétonurie était de quatre croix. Le taux médian de la glycémie veineuse était de 23 mmol/l [14-49 mmol/l]. La valeur médiane du pH sanguin était de 7,18 [6,84-7,3]. Le taux moyen de bicarbonates était de 9 mmol/l [3,9-14mmol/l]. Des troubles ioniques ont été notés chez 22 patients (62,9%). Le facteur déclenchant était une infection chez 10 enfants. Parmi les 20 patients diabétiques connus, 19 avaient un écart de régime (95%), 8 avaient une mauvaise observance thérapeutique (40%), 10 avaient un suivi irrégulier (50%) et 12 avaient des zones de lipodystrophies (60%). Pour tous les patients, le taux médian de l'hémoglobine glyquée était de 14% [8 et 18,8%]. La durée médiane du protocole d'ACD était de 12 heures [4 – 25 heures]. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours. Les facteurs associés à la sévérité de l'ACD étaient : l'altération neurologique (p=0.001), la déshydratation (p=0.002), le taux de la glycémie veineuse (p=0.02), les troubles ioniques (p=0.2) et la présence d'une infection intercurrente (p=0.04). Le sexe, l'âge, le bas niveau socioéconomique, l'ancienneté du diabète, l'antécédent d'ACD, le délai de la consultation, le taux de l'hémoglobine glyqué et le taux de la glucosurie ainsi que de l'acétonurie n'étaient pas significatifs.

Conclusion:

L'acidocétose diabétique reste l'une des complications les plus graves du diabète chez les enfants. Elle nécessite une prise en charge urgente ainsi que des mesures de prévention axées sur la sensibilisation, l'information, l'éducation et la maitrise des facteurs de gravité.

PC4- Facteurs associés à la sévérité de l'acidocétose diabétique inaugurale chez l'enfant

R. Ben Rabeh (1), S. Zedini (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), S. Yahayoui (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

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

Introduction:

Le diabète est la première endocrinopathie chez l'enfant. Les données épidémiologiques montrent une constante augmentation de son incidence au niveau mondial. L'acidocétose diabétique est la complication aigue la plus redoutée et la cause la plus importante de morbi-mortalité.

Objectifs:

Identifier les facteurs associés à la sévérité de l'acidocétose diabétique inaugurale

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive incluant tous les cas d'acidocétose diabétique inaugurale colligés sur eux ans (janvier 2023– décembre 2024) dans le service de pédiatrie C hôpital d'enfant Béchir Hamza

.Résultats:

Nous avons colligé 29 cas d'ACD inaugurale. Le sexe ratio était de 0,6. L'âge moyen était de 12.1 ans (extrêmes 1 an-14 ans). Un terrain d'auto-immunité était présent dans 62% des cas avec un diabète type 1 dans 27% des cas , une dysthyroïdie auto-immune dans 33% des cas et une maladie cœliaque dans 11% des cas. Le motif de consultation était un syndrome polyuro-polydipsique dans 51% des cas, une dyspnée dans 17% des cas , des vomissements dans 10% des cas .Le délai de consultation moyen était de 3 semaines (extrêmes 2 jours-6 semaines). Les patients étaient hypotrophes dans 17% , la déshydratation était modérée dans 17% des cas et 14% des patients était en état de choc hémodynamique . Des troubles digestifs étaient constatés dans 24% des cas, une altération de l'état de conscience dans 21% et une dyspnée de Kusmaul dans 38%. La glycémie moyenne était de 4,1 g/l (extrêmes 2,3-6). Le pH moyen était de 7.2 (extrêmes 6.89-7.26). La durée moyenne de protocole de correction selon les recommandations de l'ISPAD était de 23 heures(extrêmes 10h-36h) et la durée d'hospitalisation était en moyenne de 12,5 jours (extrêmes 6 jours-23 jours).Le facteur déclenchant était souvent infectieux (70% des malades). Les facteurs de risque de sévérité étaient : l'âge < 5 ans , le délai de consultation supérieur à une semaine , la présence d'antécédent familial de maladie auto-immune.

Conclusion:

L'acidocétose diabétique constitue une urgence médicale qui peut mettre en jeu le pronostic vital par le biais de l'œdème cérébral . Sa gravité impose des mesures de prévention axées sur la sensibilisation, l'information, l'éducation des parents ainsi qu'une prise en charge précoce

PC5- Non poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois : prévalence et facteurs associés dans la commune de Parakou (Bénin) en 2024

A. Noudamadjo (1), AOD. Adjagba (2).

Unité de Néonatologie, Service de Pédiatrie, CHU départemental Borgou, Bénin (1).Ecole Nationale de Formation des Techniciens supérieurs en Santé publique et Surveillance Epidémiologique (2).

Introduction:

Les mères d'enfants devraient se conformer aux recommandations du concept des mille premiers jours de la vie et de l'OMS selon laquelle l'alimentation appropriée de l'enfant respecter la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 24 mois

Objectifs:

Identifier les facteurs associés à la non poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois à Parakou en 2024.

Matériel et méthodes:

Il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique incluant les couples mère d'enfants de 24 à 36 mois. La sélection a été faite par sondage aléatoire de 8 quartiers dans la commune de Parakou. Les données ont été collectées par entretien direct semi-structuré auprès des mères d'enfants âgés de 24 à 36 mois. La variable dépendante était la non poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois recherchée à travers une question ouverte.

Résultats:

Au terme de l'étude, 360 mères d'enfants ont été incluses. La prévalence de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois était de 10,83%. L'analyse bivariée montre une association significative entre le soutien insuffisant des professionnels de santé (P<0,007) ; les connaissances insuffisantes des mères sur les avantages de l'allaitement (P=0,01) ; la reprise du travail (P<0,04) et la non poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois.

Conclusion:

A peine un nourrisson sur dix recevait le lait maternel jusqu'au deuxième anniversaire. La connaissance des facteurs associés permettra de promouvoir ce volet de la nutrition de l'enfant.

PC6- Ingestion de pile bouton: Expérience d'un service de pédiatrie

I. Moalla (1), M. Wali (1), M. Hamdeni (1), M. Hsairi (1), H. Ben Hmadou (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B Hedichaker (1).

Introduction:

L'ingestion de piles boutons par les enfants constitue une urgence pédiatrique majeure en raison des complications graves qu'elle peut entraîner, notamment des lésions caustiques et des perforations dans l'œsophage.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives des enfants ayant ingéré une pile bouton.

Matériel et méthodes:

étude rétrospective portant sur une période allant de de 2015 à 2024 menée au service de pédiatrie B.

Résultats:

Il s'agit de 25 cas. La moyenne d'âge était de 4 ans. L'ingestion de la pile a été rapportée dans l'interrogatoire dans tous les cas. Il s'agit d'une pile dans 23 cas et 2 piles dans 2 cas. Tous les malades ont bénéficié d'une radiographie thoracique qui avait objectivé la présence d'une pile, siégeant aux différents segments du tube digestif. L'examen physique était normal chez tous nos enfants à part deux qui étaient fébriles avec notion de dysphagie. Une fibroscopie a montré une œsophagite stade IIa dans un cas. Une œsophagoscopie a montré une pile enclavée transversalement dans un autre cas avec une œsophagite stade III. L'extraction endoscopique était faite en urgence avec bonne évolution. Pour les autres une évacuation spontanée de la pile est survenue entre le premier et le cinquième jour suivant l'ingestion.

Conclusion:

La survenue de toute symptomatologie digestive dans les suites d'ingestion d'une pile nécessite une consultation en urgence.la prévention de ces accidents est cruciale.

PC7- Hématémèse en pédiatrie : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs

R. Mhiri (1), M. Ammous (1), J. Mdaini (1), J. Kanzari (1), H. Ouarda (1), S. Khelif (1), J. Ben Hfaiedh (1), E. Ben Arab (1), E. Mermech (1), A. Guizani (1), I. Selmi (1), S. Helioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de pédiatrie- Hôpital Mongi Slim, la marsa (1).

Introduction:

L'hématémèse, ou issue de sang par la bouche après un effort de vomissement représente une situation peu fréquente en pédiatrie. Cette manifestation clinique peut être le signe d'une pathologie sous-jacente bénigne ou d'une condition plus grave. Une prise en charge précoce ainsi qu'une enquête étiologique sont nécessaires pour entamer le traitement adéquat.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'hématémèse de l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au service de pédiatrie de l'Hôpital Mongi Slim sur une période de 4 ans : Du 01/01/2021 au 31/12/2024 recensant tous les patients admis pour hématémèse.

Résultats:

Nous avons colligé 21 patients au cours de la période d'étude avec un sex-ratio de 1,6. L'âge moyen était de 6,8 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 14 ans. Nous avons noté un cas avec un antécédent personnel de maladie de Caroli, un cas avec un antécédent d'atrésie des voies biliaires opéré et un cas avec une polypose rectale ayant nécessité une polypectomie. Une prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien précédent l'épisode était notée chez 2 patients. L'hématémèse était de faible abondance dans 76,2% des cas (n=16) et de moyenne abondance dans 19% des cas (n=3) et de grande abondance dans 4,8% des cas. Le tableau clinique était associé à des épigastralgies dans 47,6% des cas (n=10), à une fièvre dans 38,1% des cas (n=8) et à des vomissements abondants dans 90,5% des cas (n=18). Une hépatomégalie était notée chez 3 patients. Une splénomégalie était retrouvée chez 2 patients Tous les patients étaient stables sur le plan hémodynamique avec hémoglobine moyenne à 12 et un TP moyen à 90,9%. Une fibroscopie oeso-gastro duodénale a été faite chez 19 patients. Elle a conclu à une rupture de varices œsophagiennes (VO) dans 1 cas, à une œsophagite peptique dans 19% des cas (n=4), une gastrite congestive dans 19% des cas (n=4), une gastrite nodulaire dans 9,5% des cas (n=2) et normale dans 5 cas. Des biopsies gastriques étaient réalisées chez 8 patients. L'examen anatomopathologique a mis en évidenceune gastrite à Helicobacter Pylori (H.Pylori) dans 23,8% des cas (n=5). Le diagnostic retenu était le syndrome Mallory Weiss dans 42,8% des cas (n=9), une gastrite à HP dans 23,8% des cas (n=5) et une œsophagite peptique dans14,2% des cas (n=3) et une rupture de VO dans 1 cas. Une cure anti H.Pylori été instaurée chez 5 patients et 9 patients ont été mis sous IPP. L'évolution était favorable dans tous les cas avec absence de récidive de l'hématémèse.

Conclusion:

L'hématémèse en milieu pédiatrique peut mettre en jeu le pronostic vital. Elle doit être prise en charge en milieu hospitalier. L'examen endoscopique doit être réalisé le plus rapidement possible afin de détecter une étiologie et assurer une prise en charge adéquate.

PC8- Profil épidémiologique et clinique des hémopathies malignes chez l'enfant : Analyse rétrospective d'une cohorte de 28 patients

H. Ben Belgacem (1), H. Mkhinini (1), C. Chouchene (1), A. Tej (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Guedria (1), S. Mdhimagh (2), S. Tilouche (2), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).

Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (1).Service de réanimation pédiatrique CHU Farhat Hached Sousse (2).

Introduction:

Les hémopathies malignes sont les cancers les plus fréquents chez l'enfant, avec une incidence croissante. Ces pathologies représentent un défi majeur en termes de diagnostic et de prise en charge. Malgré leur prévalence élevée, les données épidémiologiques et cliniques spécifiques restent rares en Tunisie.

Objectifs:

Analyser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des hémopathies malignes pédiatriques diagnostiquées dans le service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse.

Matériel et méthodes:

Cette étude rétrospective a inclus 28 patients diagnostiqués avec des hémopathies malignes entre 2020 et 2023. Les données démographiques, cliniques, ainsi que les types d'hémopathies ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patients.

Résultats:

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 1 et 5 ans, avec un sexe-ratio (M/F) de 1,5. Des antécédents familiaux d'hémopathies malignes ont été rapportés dans 7,1 % des cas. Les modes de révélation les plus fréquents étaient les adénopathies (25 %), la fièvre prolongée (21,4 %) et le syndrome hémorragique (21,4 %). Les leucémies aiguës constituaient 78,6 % des cas, avec une prédominance de la leucémie aiguë lymphoblastique (LAL), suivies des lymphomes (10,7 %). La chimiothérapie a constitué le principal mode de traitement, cependant, un taux de rechute de 39,2 % a été observé, et une mortalité de 17,8 %.

Conclusion:

Les leucémies aiguës, en particulier la leucémie aiguë lymphoblastique, dominent les hémopathies malignes pédiatriques dans notre étude. Malgré des traitements basés principalement sur la chimiothérapie, les taux de rechutes et de mortalité demeurent élevés, soulignant la nécessité d'améliorer les stratégies thérapeutiques et de renforcer le suivi des patients pour optimiser les résultats cliniques.

PC9- Allogreffe des cellules souches hématopoiétiques au cours de l'aplasie médullaire: Entre espoir et défis

M. Ben Khaled (1), A. Bouraoui (2), R. Naffeti (2), I. Ben Fraj (2), A. Ben Taieb (2), S. Rkaya (2), R. Kouki (2), M. Bjaoui (2), F. Mallouli (2), M. Ouederni (2).

Pediatrie (1).Pediatrie CNGMO (2).

Introduction:

Les aplasies médullaires acquises (AMA) sévères ou très sévères nécessitent une prise en charge thérapeutique d'urgence en raison du risque élevé de complications infectieuses et hémorragiques mettant en jeu le pronostic vital. L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) représente une approche thérapeutique essentielle en présence d'un donneur génoidentique. En l'absence de donneur intrafamilial, l'allogreffe phénoidentique ou haploidentique constitue un traitement de sauvetage.

Objectifs:

Cette étude vise à évaluer les résultats de la GCSH chez des patients atteints d'AMA.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective sur 27 ans (1998-2025) menée au service de pédiatrie du Centre National de Greffe de Moelle Osseuse (CNGMO) de Tunis, incluant les enfants de moins de 18 ans suivis pour AMA et traités par greffe de moelle osseuse (GMO). La sévérité de l'AMA a été classée selon les critères de CAMITTA. Les protocoles de conditionnement et les complications ont été définis selon les critères de l'EBMT 2019.

Résultats:

Trente-trois patients allogreffés pour AMA dont 25 d'emblée (23 génoidentiques, 2haploidentiques) et huit après échec du traitement immunosuppresseur (4 génoidentiques et 4 haploidentiques). Le délai médian de sortie d'aplasie était de 22 jours (Q1=18 - Q3=39), sans différence significative entre les greffes génoidentiques et haploidentiques (23 vs. 22 jours, p=0,83). Une réponse complète a été observée dans 80 % des cas, tandis que 4 % des patients ont présenté une réponse partielle et 16 % un échec de greffe. Les complications les plus fréquentes étaient infectieuses (n=32), la maladie veino-occlusive (n=4), la microangiopathie thrombotique (n=3) et l'hypertension artérielle (n=4), GVH (n=5). Quatre patients sont décédés après une greffe haploidentique et un après une greffe génoidentique. Six patients ont présenté un rejet, dont 5 primaires et 1 secondaire, avec une prévalence plus élevée de rejet primaire en greffe haploidentique (n=4). La durée moyenned'hospitalisation était significativement plus longue pour les patients greffés en haploidentique (143 vs. 71 jours, p=0,003)

Conclusion:

La GCSH constitue une option thérapeutique essentielle pour les patients atteints d'AMA, permettant une récupération hématologique dans la majorité des cas. Cependant, elle reste associée à un risque non négligeable de complications, notamment infectieuses, hémorragiques et immunologiques.

PC10 - Evolution du syndrome néphrotique cortico résistant monogénique de l'enfant traité par ciclosporine

C. Bouassida (1), O. Naija (1), E. Cherif (1), T. Sayari (1), M. Ferjani (1), T. Gargah (1).
Pédiatrie Hôpital Charles Nicolle (1).

Introduction:

Le traitement par ciclosporine a permis de révolutionner la prise en charge du syndrome néphrotique cortico-résistant (SNCR) chez l'enfant. Toutefois, la rémission n'est obtenue que dans 50% des cas. En cas de résistance à la ciclosporine, il n'existe pas de consensus permettant de définir une stratégie thérapeutique standardisée.

Objectifs:

Analyser les aspects évolutifs du SNCR non monogénique traité par ciclosporine.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude descriptive, retrospective, monocentrique, au service de pédiatrie de l'Hopital Charles Nicolle de Tunis sur une durée de 21 ans du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2021. Nous avons inclus les patients âgés entre 1 et 12 ans au moment du diagnostic, ayant un SNCR idiopathoque et primaire, traités par ciclosporine en première intention, ayant un recul minimal de 12 mois. Les cas de SNCR génétique ont été exclus.

Résultats:

Trente-huit cas ont été colligés. L'âge médian au moment du diagnostic était de 3,1 ans, avec une prédominance masculine et un sex-ratio de 1,5. Après 6 mois de traitement, une rémission complète a été obtenue dans 58% des cas, une rémission partielle dans 21% des cas et une résistance dans 21% des cas. Parmi les 22 cas ayant une rémission complète, 13 cas ont présenté des rechutes dont huit ont été traités secondairement par MycophenolateMofetil (MMF). Pour ceux ayant eu une rémission partielle sous ciclosporine, 2 cas étaient des répondeurs tardifs et 5 ont été traités par MMF. Concernant les patients résistants, les alternatives thérapeutiques étaient le MMF dans 5 cas, le rituximab dans 1 cas, le cyclophosphamide dans 1 cas et l'échange plasmatique dans 1 cas. Après un recul moyen de 7 ans 4 mois ± 4 ans 10 mois, l'évolution vers l'insuffisance rénale chronique a concerné 40% des cas.

Conclusion:

Une rémission complète sous ciclosporine du SNCR non monogénique a été obtenue dans 58% des cas. L'évolution vers l'insuffisance rénale chronique a été notée dans 40 % des cas.

Résumés des POSTERS

P1- Évaluation de la Culture de Sécurité des Soins dans un Établissement Hospitalier : Perceptions et Axes d'Amélioration

B. Jerbi (1), R. Ben Aziza (1), O. Jelassi (1), W. Belhadj Ammar (1), N. Ben Aba (1), Y. Sdiri (1), F. Ayari (1), H. Chourou (1), S. Kacem (1).
Service de Médecine et de Réanimation Néonatale Centre de Maternité et de Néonatologie de Tunis (1).

Introduction:
La culture de sécurité des soins est essentielle pour réduire les erreurs et améliorer la qualité des services. Elle repose sur des pratiques organisationnelles favorisant la réduction des erreurs et l'amélioration constante des soins.

Objectifs:
Analyser la perception de la culture de sécurité des soins par les professionnels de santé et identifier les axes d'amélioration.

Matériel et méthodes:
Enquête transversale réalisée à l'aide un questionnaire évaluant l'expérience, la gestion des erreurs, la charge de travail et les pratiques collaboratives, menée au centre de maternité et de néonatale de Tunis (CMNT).

Résultats:
Nous avons collecté 94 réponses provenant de différents services : consultation externe (18,1 %), administration (19,3 %), gynécologie et réanimation néonatale (13,8 % chacun), urgences et pharmacie (9,6 % chacun), laboratoire (7,4 %), radiologie (4,3 %), anesthésie (3,2 %) et médecine du travail (1,1 %). Les infirmiers représentaient 31,9 % des répondants, suivis par les sage-femmes (9,6 %), techniciens de santé (8,5 %), médecins (3,2 %), aides-soignants (3,2 %) et autres (43,6 %). En termes d'expérience professionnelle, 50 % des répondants exerçaient depuis plus de 11 ans, alors que 18,5 % depuis moins de 3 ans. La majorité (78,7 %) travaillait dans l'établissement depuis plus de 6 ans, et 74,5 % dans le même service. Concernant le soutien mutuel, 47,8 % des répondants avaient une perception positive, tandis que 74,5 % estimaient que le personnel était insuffisant pour gérer la charge de travail. En situation de surcharge de travail, 86,2 % faisaient état d'une bonne coordination d'équipe, et 69,1 % percevaient des relations respectueuses entre collègues. Toutefois, 76,6 % considéraient que la charge de travail était trop élevée pour garantir une qualité optimale des soins. Concernant la gestion des erreurs, 56,4 % estiment que celles-ci avaient conduit à des améliorations, mais 50,2 % jugent que les erreurs étaient attribuées aux individus, et 46,8 % perçoivent les signalements comme des accusations personnelles. La déclaration des événements indésirables reste faible, avec 81,9 % des répondants n'ayant pas rempli de fiche en 12 mois. De plus, 42,6 % pensent que la direction réagissait uniquement après un incident. Enfin, 38,3 % jugent la coopération interservices insuffisante, et 36,2 % relèvent des problèmes dans la transmission des informations entre équipes. Le niveau de sécurité était perçu comme acceptable par 48,9 %, très bon par 19,1 %, mais faible ou défaillant par 23,4 %.

Conclusion:

Cette étude montre une culture de sécurité globalement acceptable, mais des lacunes persistent, notamment concernant la charge de travail, la communication et l'implication de la direction. Des actions ciblées sont nécessaires pour renforcer la sécurité et la qualité des soins.

P2 - Ostéopétrose infantile révélée par une anémie sévère : à propos d'un cas

G. Cherif (1), S. Yahyaoui (1), M. Khalifa (1), N. Missaoui (1), S. Atitallah (1), O. Bouyahia (1), M. Assidi (1), S. Boukthir (1).
Service de Pédiatrie C. Hôpital d'enfants Béchir Hamza d'enfant de Tunis (1).

Introduction:

L'ostéopétrose est une maladie osseuse héréditaire rare caractérisée par un défaut de résorption osseuse lié à un dysfonctionnement des ostéoclastes. Elle entraîne une hyperdensité osseuse pathologique, des complications hématologiques, neurologiques et orthopédiques.

Objectifs:

Rappeler les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de l'ostéopétrose infantile à partir d'un cas révélé par une anémie sévère.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective à propos d'un cas.

Résultats:

Nous rapportons l'observation d'un garçon âgé de 4 ans et 7 mois, suivi en neuropédiatrie pour macrocrânie avec scaphocéphalie et en orthopédie pour genu valgum depuis l'âge de 9 mois. Il est hospitalisé pour anémie sévère à 2,4 g/dl et thrombopénie à 120 000/mm³, découvertes fortuitement lors du bilan préopératoire du genu valgum. L'examen physique montre une dysmorphie faciale, une pâleur cutanéo-muqueuse intense et le nourrisson ne suivait pas le regard. Une transfusion de culot globulaire a été réalisée en urgence. Le bilan radiologique a révélé un aspect en "sandwich" des vertèbres, en "loup de carnaval" du crâne et aspect en "piles d'assiettes" des extrémités supérieures et inférieures évoquant le diagnostic de l'ostéopétrose. L'examen ophtalmologique a montré une atrophie optique totale. Vu le diagnostic tardif, la greffe de moelle n'était pas possible et le patient est sous traitement palliatif.

Conclusion:

L'ostéopétrose doit être évoquée devant une association de déformations osseuses et cytopénies inexpliquées. Son diagnostic repose principalement sur l'imagerie. Au stade de complications, la prise en charge est essentiellement palliative et la greffe de moelle reste le seul traitement curatif.

P3 - Profil descriptif des motifs de la consultation dermatologique aux urgences pédiatrique

M. Ammar (1), A. Kammoun (1), M. Hsairi (1), R. Daoud (1), A. Mahfoudh (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

Introduction:

Les consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs dermatologiques sont fréquentes et peuvent avoir un impact sur le pronostic vital ou fonctionnel.

Objectifs:

Notre objectif était d'évaluer la fréquence et les caractéristiques des différentes affections dermatologiques rencontrées aux urgences pédiatriques.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective monocentrique menée au sein des urgences pédiatriques du centre hospitalier universitaire Hédi Chaker de Sfax du 1er novembre 2024 au 28 Février 2025.

Résultats:

Sur une période de 4 mois, 93 patients ont consulté pour un motif dermatologique ; soit en moyenne 6 consultations par semaine. L'âge moyen était de 4,75 ans avec un sexe-ratio H/F de 1,38. La majorité des patients (93,5%) consulte avec leurs parents, reflet du principal mode d'entrée aux urgences. Les dermatoses infectieuses étaient le motif de consultation le plus observé (68.8 %) avec le syndrome main-pieds-bouche en tête de liste (20.4%), suivi par l'impétigo (18.3%). Seize pour cent des patients ont consulté pour des parasitoses (Gale et leishmaniose principalement). Les

dermatoses inflammatoire et immuno-allergiques étaient le deuxième groupe décrit (25.8%) principalement urticaire (16%), dermatite atopique (0.3%) et purpura rhumatoïde (3.2%). Le recours à un avis spécialisé au service de dermatologie du même CHU était fréquent (34.4%). Le traitement par voie locale était prescrit dans la majorité des cas (63.4%). Une sortie à domicile était autorisée dans 72% des cas. Une hospitalisation était indiquée dans 17.2% des cas et 10,8% des cas étaient adressés pour une consultation de suivi programmée. Le pronostic vital était mis en jeu chez 3 patients. Il s'agissait d'une anaphylaxie dans un cas et d'un purpura thrombopénique dans 2 cas.

Conclusion:

Notre étude a démontré que les plaintes dermatologiques occupent une place non négligeable au sein de l'activité des urgences pédiatriques. Une formation continue de l'équipe des urgences à la reconnaissance de ces tableaux aigues est indispensable pour assurer une prise en charge rapide et adaptée.

P4 - Dyspnée laryngée chronique chez l'enfant : À propos de deux cas.

LI. Kermi (1).

Service de pédiatrie- EPH Ali Mendjeli - Constantine Algérie (1).

Introduction:

La dyspnée laryngée est une difficulté respiratoire qui représente un symptôme reflétant le rétrécissement des voies aériennes supérieures, lié à une anomalie au niveau du larynx d'origine infectieuse, inflammatoire ou tumorale.

Objectifs:

Nous rapportons les observations de deux cas de dyspnée sifflante avec stridor chronique révélant un angiome sous glottique et un tératome médiastinal mature.

Matériel et méthodes:

Rapport de cas.

Résultats:

1ère Observation : Nourrisson de sexe féminin, âgé de 6 mois qui présente depuis l'âge de 2 mois des épisodes récurrents de dyspnée sifflante avec stridor de plus en plus rapprochés, sévères et prolongés. Traité intitialement comme laryngite aiguë puis comme allergie aux protéines de lait de vache et asthme sans amélioration. À l'examen clinique, on retrouve un petit angiome évolutif au niveau de la lèvre inférieure. Une laryngoscopie faite objective un angiome sous glottique. Le nourrisson est mis sous bétabloquant Propranolol par voie orale avec amélioration perceptible au bout de 1 mois de traitement. 2ème Observation : Fille de 4 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour dyspnée sifflante avec stridor et cornage évoluant depuis 3 mois et s'aggravant au fil du temps. Traitée comme des épisodes récurrents de laryngite aigue sans réponse probante. Une radiographie du thorax et une TDM thoracique objectivent une masse médiastinale antéro-superieure avec atélectasie des deux lobes supérieur et moyen droits évocatrice d'un tératome mature, la normalité des taux de Alpha FP et Béta HCG conforte le diagnostic de tératome mature. Après exérèse chirurgicale, l'étude histopathologique confirment le diagnostic.

Conclusion:

Les dyspnées d'origine laryngée représentent une entité vaste et polymorphe qui ne peut se résumer à la dyspnée laryngée aiguë ou laryngite aiguë.

P5 - Une infection à CoxiellaBurnetti révélée par une cardiomyopathie dilatée chez un enfant de 2 ans

Y. Achich (1), M. Loukil (2), M. Feki (2), I. Elleuch (2), M. Laadhar (2), A. Elleuch (2), F. Safi (2).

service de pédiatrie B CHU Hedi Chaker SFAX (1).réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (2).

Introduction:

Toute myocardite infectieuse peut potentiellement évoluer à une cardiomyopathie dilatée (CMD). L'implication de l'infection est clairement établie dans le développement de la CMD lorsque la dysfonction systolique survient pendant ou après une phase aiguë de myocardite.

Objectifs:

Etude des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives chez un enfant admis pour CMD secondaire à l'infection par CoxiellaBurnetti.

Matériel et méthodes:
Il s'agit d'un enfant de sexe masculin, âgé de 2 ans et 2 mois, sans antécédents familiaux particuliers, issu d'un mariage non consanguin, avec des antécédents de virose et éruption cutanée 14 jours avant l'hospitalisation. Il a consulté pour une dyspnée dans un contexte d'apyrexie.

Résultats:
L'enfant était apyrétique, polypnéique à 45 cycle / min avec désaturation à 88% à AA. Il avait des signes de luttes modérées avec une éruption urticarienne au niveau des membres inférieurs. Par ailleurs, il n'avait pas de signes d'insuffisance cardiaque aiguë. La radiographie thoracique a montré une cardiomégalie avec ICT = 0,65. L'échographie cardiaque a montré un ventricule gauche dilaté avec FEVG égal à 40%, une insuffisance mitrale modéré, une HTAP et la présence d'un épanchement péricardique de faible abondance. L'enquête étiologique a révélé une sérologie virale en faveur d'une primo-infection par CoxiellaBurnetti. Le traitement initial était basée sur un support ventilatoire, une restriction hydrique et le traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque aiguë (diurétique, IEC, bêtabloquant, etc...). La L-carnitine était aussi administrée vu la suspicion de maladie métabolique en association d'une antibiothérapie à base de cotrimoxazole et de rifampicine. Cette antibiothérapie était poursuivie pour une période de 12 mois. La durée totale de l'hospitalisation était de 90 jours.

Conclusion:
Ce cas illustre la complexité des interactions entre les infections et les maladies cardiaques. La fièvre Q, causée par Coxiellaburnetii, peut se manifester sous forme de divers symptômes, y compris des manifestations cardiaques telles que la myocardite ou la cardiomyopathie dilatée

P6 - Exfoliation dentaire précoce : une analyse des diagnostics potentiels

S. Kachti (1), M. Chalbi (1), H. Mhiri (1), F. Awled Brahim (1), MA. Chemli (1).
odontologie pédiatrique hopital la rabta (1).

Introduction:
La perte précoce des dents temporaires suscite des inquiétudes chez le pédodontiste pour un soucis de perte d'espace. Le premier réflexe étant de rechercher une étiologie carieuse ou traumatique. En absence de ces étiologies plusieurs autres diagnostics peuvent être évoqués entre pathologie générale et syndromes.Il est donc important d'avoir à l'esprit une démarche correcte pour arriver à un diagnostic précoce et savoir orienter le jeune enfant vers d'autres spécialistes.

Objectifs:
• Évaluer les causes possibles de la perte précoce des dents temporaires chez l'enfant, en excluant les traumatismes, caries ou autres pathologies évidentes. • Mettre en place un traitement précoce et adapté pour limiter la dégradation des tissus dentaires et parodontaux. • Restaurer la fonction masticatoire et l'esthétique dentaire après l'identification et la gestion des causes sous-jacentes de la perte des dents temporaires.

Matériel et méthodes:
• Cas 1 : Une patiente de 4 ans consulte pour une mobilité des incisives et molaires temporaires, sans antécédents de traumatismes ni de caries. L'examen dermatologique révèle une kératose. • Cas 2 : Un patient de 4 ans consulte pour une perte précoce des dents temporaires. Il présente une bosse frontale, un genou valgum et une déformation des doigts. • Cas 3 : Un patient de 10 ans consulte pour la perte de ses dents mandibulaires, sans signes généraux associés.

Résultats:
• Cas 1 : Le bilan d'hémostase est normal, avec une phosphatase alcaline, un phosphate et un calcium dans les normes. La vitamine D est insuffisante, sans signes généraux associés. Le diagnostic d'hypovitaminose D a été confirmé par le pédiatre. • Cas 2 : Le bilan d'hémostase est normal, la phosphatase alcaline est dans les normes, mais le taux de phosphore sérique est bas et la vitamine D insuffisante. Ces anomalies ont conduit au diagnostic de rachitisme hypophosphatémique, confirmé par un test génétique. • Cas 3 : Le bilan d'hémostase est normal, avec des phosphatases alcalines, des phosphates et du calcium dans les normes. La vitamine D est insuffisante, sans signes généraux associés. Le diagnostic d'hypovitaminose D a été confirmé par le pédiatre.

Conclusion:

Une revue de la littérature menée sur PubMed, incluant des articles publiés entre 2019 et 2023, a permis de classer les pathologies responsables de la perte précoce des dents en trois groupes principaux. La prise en charge des patients nécessitant un traitement pour la perte précoce des dents doit être multidisciplinaire. Dès l'apparition des premières dents, une hygiène bucco-dentaire rigoureuse est essentielle. La réhabilitation prothétique avec des prothèses amovibles est cruciale pour restaurer la fonction masticatoire et l'esthétique dentaire.

P7 - Endocardite infectieuse et soins bucco-dentaires : Nouvelles recommandations HAS et prise en charge des patients à risque

S. Kachti (1), M. Chalbi (1), F. Awled Brahim (1), A. Bouabid (1), MA. Chemli (1).
odontologie pédiatrique hopital la rabta (1).

Introduction:

L'endocardite infectieuse (EI) est une affection grave qui nécessite une attention particulière en odontologie, notamment pour les patients présentant des cardiopathies à risque. La Haute Autorité de Santé (HAS) a récemment révisé ses recommandations concernant la prise en charge bucco-dentaire de ces patients, remplaçant ainsi celles de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Ces nouvelles directives visent à optimiser la prévention de l'EI en limitant l'utilisation systématique de l'antibioprophylaxie, les extractions dentaires et en mettant un accent particulier sur l'hygiène bucco-dentaire.

Objectifs:

• Identifier les patients cardiaques à haut risque d'endocardite infectieuse. • Indiquer les précautions selon l'acte et les nouvelles recommandations.

Matériel et méthodes:

• Premier cas : Une petite fille de 9 ans consulte à la clinique de médecine dentaire pour des douleurs spontanées liées à la dent 84. Elle présente des antécédents d'endocardite infectieuse. • Deuxième cas : Une patiente de 6 ans, présentant une cardiopathie cyanogène complexe associée à un syndrome polymalformatif, a subi une chirurgie pour une communication atrio-ventriculaire partielle (CAV) et est porteuse d'un défibrillateur. Elle consulte pour des douleurs dentaires spontanées intenses • Troisième cas : Un enfant de 10 ans consulte en OP et prévention pour l'assainissement de sa cavité buccale dans le cadre d'une prophylaxie préopératoire. L'enfant présente une tétralogie de Fallot et une allergie à la pénicilline.

Résultats:

Les trois cas ont montré que la prise en charge selon les recommandations révisées par la HAS est tout à fait efficace dans la gestion des patients à risque d'endocardite infectieuse. L'absence de recours systématique à l'antibioprophylaxie, combinée à des mesures préventives adaptées telles que l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et la réalisation de soins dentaires appropriés, a permis de traiter les affections buccales chez ces patients.

Conclusion:

Cette révision repose sur des études récentes qui démontrent l'efficacité limitée de l'antibioprophylaxie systématique et les risques d'antibiorésistance. En revanche, la HAS met un accent particulier sur la prévention non médicamenteuse, en insistant sur l'éducation du patient à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire et la nécessité de consultations régulières.

P8 - Impact de la dermatomyosite sur la santé bucco-dentaire des enfants : étude clinique et prise en charge

S. Kachti (1), M. Chalbi (1), M. Nefzaoui (1), F. Awled Brahim (1), MA. Chemli (1).
odontologie pédiatrique hopital la rabta (1).

Introduction:

La dermatomyosite est une maladie auto-immune rare qui affecte principalement les muscles et la peau. Chez les enfants, la prise en charge de cette pathologie nécessite souvent l'utilisation de traitements immunosuppresseurs et de corticothérapie, qui peuvent avoir des conséquences bucco-dentaires. Ce travail présente la prise en charge d'une patiente de 7 ans, suivie au service pédiatrique pour dermatomyosite, et détaillant les interventions dentaires réalisées au service d'odontologie pédiatrique hôpital la rabta .

Objectifs:

• Identifier les signes oraux révélateurs de la dermatomyosite chez l'enfant. • Évaluer l'impact de la dermatomyosite sur la santé bucco-dentaire de l'enfant pour adapter les traitements nécessaires. • Prévenir les complications bucco-dentaires à long terme en effectuant un suivi dentaire rigoureux avant l'initiation du traitement immunosuppresseur et corticothérapeutique.

Matériel et méthodes:

La patiente présentait des multiples caries dentaires. L'examen des muqueuses a révélé une lésion érythémateuse généralisée sur les gencives attachées et libres des arcades supérieures et inférieures .Ainsi qu' une dilatation des capillaires gingivaux proches des couronnes dentaires, avec un érythème bilatéral et des stries lichénoïdes blanches non détachables dans la muqueuse rétro-alvéolaire.

Résultats:

Le traitement dentaire a comporté plusieurs interventions chirurgicales et endodontiques :Extraction des dents jugées non conservables, pulpectomie, curetage de carie et restauration au ciment verre ionomère. Enfin, une prothèse pédiatrique a été mise en place pour remplacer les dents extraites. Les lésions de la muqueuse ont été prises en charge par un dermatologue.

Conclusion:

La prise en charge bucco-dentaire de cette patiente atteinte de dermatomyosite a permis de traiter efficacement les lésions dentaires et de restaurer une fonction orale satisfaisante. Ce cas souligne l'importance d'une gestion préventive et curative des complications dentaires chez les patients sous traitement immunosuppresseur. Un suivi régulier est essentiel pour préserver la santé bucco-dentaire et améliorer la qualité de vie des jeunes patients.

P9 - A propos de 2 cas : SydromeKlippelTrenaunay

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Laadhar (2), M. Hsiari (1), F. Safi (2), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).Reanimationpediatriquesfaxhedichaker (2).

Introduction:

Le syndrome de Klippel-Trenaunay est une malformation vasculaire complexe congénitale, rare. Il se manifestant par des angiomes et des varicosités veineuses, associées à une croissance excessive d'un membre et affectant les os et/ou les tissus mous.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est de présenter la forme clinique et les complications de ce syndrome chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons 2 cas de SydromeKlippelTrenaunay d'âge de 10 ans les deux, d'origine tunisien, admis au service de pédiatrie B se Sfax.

Résultats:

1/Patient âgé de 10 ans de sexe masculin, suivie depuis la naissance pour sydrome de KlippelTranaunay de la jambe gauche, est admis dans notre service pour aggravation de l'œdème depuis 4 jours dans un contexte sub fébrile. L'examen à l'admission a montré, un œdème localisé au niveau de la jambe gauche avec rougeur en regard avec signe de Homans positif. A la biologie, on note présence de syndrome inflammatoire CRP à 105 mg/L. Une échographie doppler de la jambe gauche a été demandée montrant : une thrombose veineuse étendue sur environ 15cm au niveau face interne de la jambe. D'où, le patient a été mis sous Amoxicilline-Acide clavulanique avec HBPM. Un contrôle échographique fait montrant une régression de la thrombose avec CRP revenant négative .Le patient a été mis sortant sous Aspégic dose anti-agrégeant pendant 3 mois avec contrôle biologique. 2/ Patiente de 10 ans, de sexe féminin, suivie depuis la naissance pour syndrome KlippelTrenaunay du jambe droite compliqué de plusieurs épisodes infectieuses type érysipèle et ostéomyélite et une épisode de thrombose veineuse superficielle, est admise dans notre service pour aggravation de l'œdème depuis 3 jours avec fièvre. A l'admission, œdème localisé de la jambe droite rouge chaude sans signe Homans. A la biologie, présence de syndrome inflammatoire biologique avec CRP à 125 mg/L. Devant le terrain, une échographie doppler a été demandée

éliminant une thrombose veineuse associée. D'où, la patiente a été mise sous Amoxicilline-Acide clavulanique avec un contrôle biologique de la CRP revenant négatif à 19 mg/L.

Conclusion:

Le traitement de ce syndrome reste symptomatique et il n'existe pas encore de traitement curatif. La prise en charge est multidisciplinaire.

P10 - Dental care provided to pediatricsicklecellanemia patients.

A. Bouabid (1), M. Chalbi (1), M. Nefzaoui (1), I. Jazi (1), J. Zaroui (1), MA. Chemli (1).
odontologie pédiatrique et prévention (CHU la Rabta) (1).

Introduction:

Sicklecelldisease (SCD) is a termgiven for a group of inheritedredbloodcelldisordersthatiscaused by an abnormalhemoglobin, calledhemoglobin S or sicklehemoglobin. It is the mostprevalentgeneticblooddisorderworldwide. The two key characteristics are chronichemolyticanemia and intermittent Vaso-occlusion causing acute severe pain episodes. SCD is not usuallyassociatedwithsymptomsuntil the first 3–6 months of life. Penicillinprophylaxisisstarted at 2 monthsuntil 5 years of age to help preventpneumococcal infections and isusuallydiscontinuedafter the age of 5 years. These patients' dental care presents a challenge in terms of the necessarysafetymeasures.

Objectifs:

Knowing the necessity of patients withsicklecelldisease for oral care and the precautions to takeduring dental procedures.

Matériel et méthodes:

Twoclinical cases are illustrating the dental management of cariouslesions in two patients with SCD whoconsulted the PediatricDentistry and Prevention department in Rabtauniversity Hospital.

Résultats:

Preventative care and meticulous oral hygiene are of utmost importance for patients with SCD. Infection is the mostcommontriggeringevent in a sicklecellcrisis;thus, anypotential source of oral infection shouldberemoved and oral infections must betreatedaggressively. Prior to treatingthese patients, itis important to complete a thoroughmedicalhistory. For patients who are identified as Hematopoietic Stem Cell Transplant (HSCT) candidates itis important for them to have an oral exam and complete oral rehabilitation of any dental treatmentneeded. Somepreventativetools can bedone like application of topical fluoride varnish, pit and fissure sealants and three-month dental recallvisitsshouldbeconsidered for high-risk patients. The American Academy of PediatricDentistry (AAPD) recommends the establishment of a dental home care for all children by the age of 1 year.

Conclusion:

A multidisciplinaryapproachisneeded to manage patients with SCD including collaboration betweenmedical, dental and psychosocial professionals.

P11 - Management of two types of mucosalpathology in pediatricdentistry.

A. Bouabid (1), M. Chalbi (1), M. Nefzaoui (1), I. Jazi (1), J. Zaroui (1), MA. Chemli (1).
odontologie pédiatrique et prévention (CHU la Rabta) (1).

Introduction:

Acute gingivostomatitis and pericoronitis are two types of mucosal pathologies as well as twoinfectious emergencies faced in pediatricdentistry. Acute gingivostomatitis has a high worldwideprevalence. Usuallylinked to fever and painful oral lesions. The mostcommonformisHerpeticgingivostomatitiswhichis a manifestation of herpes simplex virus type 1 (HSV-1). Pericoronitisrefers to an inflammatorylesiondevelopedwhenfooddebris and bacteria are presentbeneath the excessflap of soft tissue surroundingpartially-eruptedteeth. when acute, patients mayexperiencesevere pain, mouthopening restriction, gingival abscess, cellulitis, fever, lymphadenopathy, and presence or risk for systemic complications.

Objectifs:

How to deal withherpeticgingivostomatitis and acute pericoronitis in an emergency.

Matériel et méthodes:
Threeclinical cases are illustrating the management of twoforms of mucosalpathologies;herpeticgingivostomatitis in twochildrenaged 10 months and 5 years and acute pericoronitis in a 14-year-old boy. The three patients consulted the PediatricDentistry and Prevention department in Rabtauniversity Hospital. A symptomaticmedicaltreatmentwasestablished to reduce pain in the case of herpeticgingivostomatitis. And a combination of medical and surgicaltreatmentswasfollowed in the case of pericoronitis.

Résultats:
The treatment of acute herpeticgingivostomatitisisbased on the prescription of Analgesic and Antiseptics in mouthwash. The administration of antiviral medication (Acyclovir) in the first 3–4 daysafterdiseaseonset, whichwasindicated in one of the cases. Acyclovir can effectivelyshorten the duration of the main symptomssuch as fever, oral ulcers, and foodintakedifficulty. Concerning the acute pericoronitis the first course of treatmentis the management of infection and pain. Non-steroidal anti-inflammatorydrugs are the analgesics of choicesince the control of inflammation helps to control acute pain associatedwithantiseptics agents (e.g., chlorhexidine). When infection is not localized and associatedwithsystemicsymptomsantibiotics are prescribed.

Conclusion:
For the herpeticgingivostomatitis the patients respondwell to the medicaltreatmentwithregression of the symptomatology and disappearance of lesions. For the pericoronitis, once acute symptoms are resolved, decisions can be made regarding the need for furthertreatment (e.g., pericoronal tissue surgeryremoval of the pericoronalflap or tooth extraction).

P12 - Mucopolysaccharidosis type VI in a 7-year-old girl: oral manifestations and management: A case report and review of the literature.

A. Labidi (1), M. Chalbi (1), S. Kachti (1), M. Nafzaoui (1), I. Jazi (1), J. Zaroui (1), MA. Chemli (1).
Odontologie pédiatrique -CHU la Rabta (1).

Introduction:
Mucopolysaccharidosis type VI (MPS VI), also known as Maroteaux-Lamy syndrome, is a rare lysosomal storage disorder caused by a deficiency of the enzyme arylsulfatase B. This leads to the accumulation of glycosaminoglycans (GAGs) in various tissues, resulting in progressive skeletal deformities, cardiovascular complications, respiratory issues, and facial dysmorphisms. Oral and dental manifestations includeenlargedgums, impactedteeth, enameldefects, and a high risk of caries and periodontaldisease, posing challenges in dental management. Due to potentialairwayobstruction, limitedmouthopening, and systemic complications, specialprecautions are neededduring dental treatment.

Objectifs:
This workaims to present the specific dental management of patients with MPS VI through a clinical case treated and followed up at the PediatricDentistry and Prevention Department of Rabta Hospital.

Matériel et méthodes:
This workaims to present the specific dental management of patients with MPS VI through a clinical case treated and followed up at the PediatricDentistry and Prevention Department of Rabta Hospital.

Résultats:
The patient required a specialized and comprehensive dental rehabilitation plan. The oral approachfocused on functional and aestheticrestoration, whilealsoemphasizing the patient'soverallhealth condition. An adequate care and follow-up wereensured.

Conclusion:
Childrenwith MPS VI present multiple dental and systemic challenges, includingmacroglossia, gingival inflammation, uneruptedteeth… which can complicate routine oral care and treatmentprocedures. The accumulation of glycosaminoglycans in oral tissues increases the risk of periodontaldisease and dental infections, requiringearlypreventivemeasuressuch as fluoride

applications, professionalcleanings, and meticulous oral hygiene instructions. Due to restricted neck mobility and airway obstruction, carefulpositioning and sedationprotocols are crucial whenperforming dental procedures. A multidisciplinaryapproachinvolvingpediatricdentists, anesthesiologists, geneticists, and otolaryngologistsis essential for safe and effective management. Regular follow-ups help adapt the treatment plan to the patient'sevolvingneeds, ensuringbetter oral health and quality of life.

P13 - Palatal orthosis in childrenwithmaxillarycleft: Case report

A. Labidi (1), M. Nafzaoui (1), A. Bouabid (1), I. Jazi (1), J. Zaroui (1), MA. Chemli (1).
Odontologie pédiatrique - CHU la Rabta (1).

Introduction:

A maxillarycleftis a congenital condition characterized by an opening in the palate due to incomplete fusion duringfetaldevelopment. This anomaly affects feeding, speech, maxillofacial growth, and oral health, oftenrequiringearly intervention. A palatal orthosis (obturator plate) is a prostheticdevicedesigned to aid in feeding, improve speech development, and facilitate normal maxillarygrowth.

Objectifs:

This workaims to present the specific dental management of childrenwithmaxillarycleftsthrough a clinical case treated and followed-up at the pediatricdentistry and preventiondepartment in Rabta Hospital.

Matériel et méthodes:

A clinical case illustrating the treatment plan and management strategy of an 8-month-old infant withmaxillarycleftswaspresented. The management approachinvolved a thoroughclinicalassessment to establish an appropriaterehabilitation, emphasizingearlyfeeding support, maxillarygrowth, and long-term oral health care.

Résultats:

The management wasprovidedthrough a palatal obturator plate adapted to the cleft, whichensured the necessaryfunction (such as facilitatingfeeding, improving speech, and supporting oral structures). Additionally, regular follow-up wasensured.

Conclusion:

Childrenwithmaxillaryclefts face multiple challenges, includingdifficulty in sucking and swallowing, nasal regurgitation, speech impairments, and highersusceptibility to dental anomalies. The palatal orthosisplays a crucial role in sealing the cleft, facilitatingfeeding, and promoting normal oral function. Early use of an obturator plate helpspreventgrowthdeficiencies and provides a foundation for latersurgical and orthodontic interventions. A multidisciplinaryapproachinvolvingpediatricdentists, surgeons, orthodontists, and speech therapistsis essential for comprehensive management. Regular follow-upsensurethat the obturator plate isadjustedaccording to maxillarygrowth and functionalneeds, improving the child'squality of life and oral healthdevelopment.

P14 - Kohlschutter-Tonzsyndrome:pediatric dental management: first case report in northAfrica

A. Labidi (1).
Odontologie pédiatrique - CHU la Rabta (1).

Introduction:

Kohlschutter-Tonz syndrome (KTS) is a rare, genetic condition, whichtypicallymanifests as a triad of symptoms: 1) teethdiscoloration, 2) infantile epilepsy, and 3) intellectualdisability. The condition poses dental treatment challenges given the manifestation of brownishteeth, necessitatingearly and specialized intervention. A key aspect of managing KTS is the use of preventive and restorative dental care to protectcompromisedteeth and improve oral function. Additionalconsiderations are needed to medically manage these patients whopresentwithepilepsy and intellectualdisability.

Objectifs:

This workaims to present the specific dental management of these patients, through a clinical case treated and followed-up at the pediatricdentistry and preventiondepartment in Rabtahospital.

Matériel et méthodes:

A clinical case illustrating the treatment plan and management strategy of a 9-year-old femalechilddiagnosedwithKohlschütter-Tönz syndrome waspresented. The patient exhibitedbrownishdiscoloration, uneven surfaces with an irregular texture, enamelhypoplasia and dental hypersensitivityrequiring a comprehensiverehabilitation plan.

Résultats:

The approachfocused on pain management, functional and aestheticrestoration by composite resin and long-term oral health care withspecial attention given to the child'sneurological condition and behavioral challenges. Additionally, a regular follow-up wasensured.

Conclusion:

ChildrenwithKohlschütter-Tönz Syndrome (KTS) face acomplexinterplay of neurological and dental challenges, significantlyimpactingtheiroverallhealth and quality of life. This report presents the first documented case in North Africa, characterized by a distinct clinicalpresentation of refractoryepilepsy and dental discoloration. Managing patients with KTS requires an integratedapproach, addressingbothseizure control and severeenameldefectsassociatedwithamelogenesisimperfecta. The fragile and hypoplasticenamel leads to increasedtoothsensitivity, susceptibility to decay, and functional limitations, makingpreventive and restorative dental care crucial. Treatmentstrategiesshouldinclude fluoride therapy, dental sealants, and customizedrestorations to enhancetoothstrength, minimizediscomfort, and improveaesthetics. A multidisciplinary team—includingpediatricdentists, neurologists, orthodontists, and speech therapists—plays a vital role in providingholistic, patient-centered care. Regular follow-ups and treatment modifications are essential to accommodate the patient'sevolvingneeds, ensuringbetter oral health, seizure management, and overallwell-being.

P15 - Les troubles de rythme cardiaque à l'âge pédiatrique

M. Ammar (1), Y. Achich (1), R. Daoud (1), A. Kammoun (1), R. Gargouri (2), A. Mahfoudh (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).Cardiologie CHU Hédi Chaker (2).

Introduction:

Les troubles du rythme cardiaque sont rares chez l'enfant mais potentiellement graves. C'est une pathologie à présentation clinique polymorphe représentant ainsi un défi diagnostique.

Objectifs:

Analyser les caractéristiques cliniques, étiologiques et thérapeutiques ainsi que le profil évolutif des troubles de rythme cardiaque chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant les enfants suivis pour un trouble du rythme cardiaque au service de pédiatrie B du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 11 ans allant du janvier 2014 à décembre 2024.

Résultats:

Nous avons colligé 24 cas dont 14 garçons et 10 filles. L'âge moyenne était de 3 ans et 5 mois avec des extrêmes allant de 3 jours à 13 ans. Une cardiopathie congénitale était retrouvée dans 4 cas. Le mode de révélation était brutal dans la plupart des cas (20). La symptomatologie chez nos patients était dominée par la dyspnée (11 cas), les palpitations (7 cas), la douleur thoracique (4 cas) et la lipothymie (2 cas). Toutefois un seul patient était asymptomatique et le diagnostic était fait de façon fortuite. Le diagnostic d'une arythmie était posé en période anténatal chez 5 patients. Les troubles du rythme cardiaque observés dans notre série était une tachycardie atriale dans 4 cas avec un flutter auriculaire dans 3 cas et une ACFA dans un cas. Un seul patient avait une tachycardie jonctionnelle secondaire au syndrome de Wolff-parkinson-white. Le diagnostic de tachycardie ventriculaire était posé dans 4 cas, dont un associé au syndrome de Brugada. Pour les bradycardies : Le bloc atrio-ventriculaire (BAV) complet est le type le plus fréquent chez nos patients (7 cas) tandis que le BAV partiel ne présente que 22,2 % des bradycardies (2 cas). Sur le plan thérapeutique, 5

patients ont bénéficié d'une tentative de réduction par des manœuvres vagales. Quatre patients ont bénéficié d'une tentative de réduction par un choc électrique externe. La Quasi-totalité des patients (15) étaient mis sous traitement médicamenteux antiarythmique. L'implantation d'un stimulateur cardiaque en cas de BAV complet était réalisée chez 4 enfants. L'évolution était marquée par une réduction du trouble du rythme cardiaque chez 18 patients, une récidive chez 2 patients et une issue fatale chez 6 patients.

Conclusion:

Un diagnostic précoce avec une prise en charge adéquate permet de prévenir les conséquences dramatiques des arythmies chez l'enfant qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

P16 - Erythème polymorphe en pédiatrie : à propos de 2 cas

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

Service de pediatrie C hopitald'enfant (1).

Introduction:

L'érythème polymorphe (EP) est une maladie auto-immune qui se manifeste par des lésions cutanées caractéristiques en cocarde , souvent en réponse à une infection ou à certains médicaments. Elle est caractérisée par une atteinte bulleuse cutanéo-muqueuse aiguë.

Objectifs:

Elucider les différentes présentations cliniques et les étiologies possibles de l'érythème polymorphe en pédiatrie .

Matériel et méthodes:

Nous rapportons les observations de deux cas d'EP d'étiologies différentes hospitalisés au service de Médecine infantile C de l'hôpital d'enfant .

Résultats:

Observation1 : Patient de sexe masculin, âgé de 8 ans, sans antécédents pathologiques, admis pour prise en charge d'un exanthème fébrile avec atteinte de la muqueuse buccale et une conjonctivite évoluant depuis 20 jours. avec notion de prise d'amoxicilline -acide clavulanique. Le diagnostic d'EP majeur a été évoqué devant l'aspect caractéristique des lésions élémentaire en « cible » et l'atteinte des muqueuses. l'évolution était favorable sous corticothérapie et arrêt de l'antibiothérapie. Les sérologies virales étaient négatives. Une éviction des aminopenicillines a été préconisée et des explorations allergologiques aux bêtalactamines ont été envisagées. Observation 2 : Patient de sexe masculin, âgé de 6 ans sans antécédents pathologiques , hospitalisé pour éruption cutanée généralisées avec des lésions élémentaires en cocardes dans un contexte d'apyrexie avec une atteinte de la cavité buccale avec une conjonctivite bilatérale et une toux évoluant 2 jours avant son admission . le diagnostic d'EP majeur à mycoplasme pneumoniae a été fortement évoqué confirmé par une sérologie positive .L'évolution a été marquée par une nette amélioration sous clarithromycine pendant 10 jours et corticothérapie pendant 5 jours .

Conclusion:

L'EP est une dermatose éruptive aiguë, dont le mécanisme physiopathologique demeure mal élucidé, il est caractérisé dans sa forme typique par une éruption cutanée d'éléments en cocarde et lié dans la grande majorité des cas à une cause infectieuse .Son traitement n'est pas encore codifié et les récidives sont très fréquentes.

P17 - Fibrodysplasieossifiante progressive (syndrome de Münchmeyer) : un défi diagnostique et thérapeutique.

A. Guerrioui (1), R. Kebaili (1), A. Tej (1), M. Abedlberi (1), H. Ben Belgacem (1), N. Jaballah (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), N. Chouchene (2), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).

service de pediatrie CHU Farhat hached (1).service de radiologie CHU Farhat hached (2).

Introduction:

La fibrodysplasieossifiante progressive (FOP) est une maladie très rare, sévèrement invalidante du tissu conjonctif, caractérisée par des malformations congénitales des gros orteils et une ossification hétérotopique progressive formant de l'os qualitativement normal dans des tissus extra-squelettiques.

Objectifs:

.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'une patiente qui a été explorée pour deux masses cervicales avec un diagnostic présumé de myofibromatose infantile.

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 7 ans, sans antécédents notables, hospitalisée pour exploration de deux masses cervicales d'apparition rapidement progressive dans un contexte d'apyrexie. L'examen clinique a mis en évidence deux masses cervicales latérales à gauche et à droite indurées à la palpation, fixes, faisant 4 centimètres de diamètre chacune. Le bilan biologique était sans anomalies. L'échographie cervicale a objectivé une lésion hétérogène se développant au dépend du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) vascularisée au doppler couleur. Un complément tomodensitométrique a montré un épaississement non spécifique du chef sternal du SCM avec infiltration œdémateuse de la loge cervicale latérale gauche compressive. La biopsie a montré un aspect anatomo-pathologique de fibromatose infantile diffuse du cou. La patiente a été perdue de vue. Elle a consulté après une année devant l'apparition d'autres masses au niveau du tronc et des deux membres supérieurs occasionnant une impotence fonctionnelle. Le scanner du corps entier a conclu à une ossification hétérotopique des parties molles en intra et en inter musculaire ainsi qu'au niveau de la graisse cutanée au niveau de la paroi thoracique et abdominale pouvant cadrer avec un syndrome de Münchmeyer. Le diagnostic de myofibromatose infantile a été alors mis en doute. La présence d'un hallux valgus chez la patiente et l'aspect radiologique évocateur, ont motivé la réalisation d'une étude génétique qui a confirmé le diagnostic de fibrodysplasieossifiante progressive connue aussi sous le nom du syndrome de Münchmeyer.

Conclusion:

La FOP est une entité rare qui pose le diagnostic différentiel avec d'autre pathologies du tissu conjonctif. La prise en charge repose sur la corticothérapie au moment des poussées, mais le pronostic fonctionnel et vital restent sombres.

P18 - Les Intoxications médicamenteuses accidentelles chez les enfants

I. Gouiaa (1), B. Maalej (1), Y. Achich (1), M. Hsairi (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).

Service de pédiatrie B , CHU Hedi Chaker ,Sfax (1).

Introduction:

Les intoxications médicamenteuses accidentelles chez les enfants constituent un problème majeur en pédiatrie dans les pays de développement du fait de la gravité du tableau clinique présentée

Objectifs:

Le but de ce travail est d'étudier l'intoxication médicamenteuse accidentelle chez les enfants afin d'en apprécier la fréquence, la symptomatologie clinique, la prise en charge et l'évolution ultérieure.

Matériel et méthodes:

Une enquête transversale descriptive sur une période de 4 ans (2020-2023).

Résultats:

25 cas ont été colligés. La moitié des victimes étaient âgés entre 2 et 6 ans (52 %). l'intoxication aux neuroleptiques était en première position notée chez 13 patients (52%), suivie de l'intoxication par les antibiotiques notée chez 3 malades (12%), par les antalgiques notée chez deux enfants (8%) et les antidiabétiques oraux notés chez 2 patients. Les manifestations neurologiques étaient au premier plan, retrouvées chez 14 patients, suivi par les manifestations digestives notés chez 10 victimes et les manifestations respiratoires objectivés chez 3 enfants. Tous les patients ont bénéficié d'une hyperhydratation .Trois ont reçu l'AKINETON LP. Deux seulement ont reçu le charbon actif et 1 seul enfant a bénéficié d'un lavage gastrique. Cinq victimes ont été transférées au service de réanimation. L'évolution ultérieure était favorable pour tous les patients.

Conclusion:

Une sensibilisation accrue et une prévention adaptée sont essentielles pour limiter ces accidents et protéger la santé des enfants.

P19 - Morbidité hospitalière dans un service universitaire de pédiatrie en Tunisie : quels changements décanaux ?

N. Missaoui (1), I. Kerkeni (1), R. Ben Rabeh (1), S. Atitallah (1), S. MazighMrad (1), S. Boukthir (1).

Médecine infantile C Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

Introduction:

La morbidité pédiatrique est considérée comme un indicateur du niveau de santé et du développement social et économique d'un pays. Elle peut évaluer l'efficience des programmes de santé des pays et guider les stratégies sanitaires.

Objectifs:

Les objectifs de notre travail étaient de comparer les caractéristiques épidémiologiques et la morbidité des enfants hospitalisés dans le service de médecine infantile C de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza en 2007 et en 2019.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique et comparative sur deux années : 2007 et 2019. Nous avons inclus les enfants âgés de la naissance à 14 ans et hospitalisés pour la première fois au cours des périodes de l'étude. Nous avons utilisé la classification internationale des maladies dans sa version 10 pour l'étude de la morbidité.

Résultats:

Nous avons inclus 2811 patients en 2019 et 2205 en 2007. Le nombre d'admissions a augmenté de 23,59%. Le taux d'occupation a augmenté de 76,34% en 2007 à 111,27%. Les hospitalisations des nouveaux nés ont augmenté de 21,41% à 24,65%. La principale cause d'hospitalisation était les pathologies de l'appareil respiratoire durant les deux périodes. La deuxième cause était les pathologies néonatales en 2019 et les pathologies infectieuses en 2007. Le pic d'hospitalisation avait

été enregistré en hiver en 2019 et en été en 2007. La durée moyenne de séjour avait baissé de cinq jours en 2007 à 2 jours en 2019. Le nombre de décès avait baissé de 53 en 2007 à 38 en 2019.

Conclusion:

Le nombre d'hospitalisation et le taux d'occupation ont augmenté de façon significative entre 2007 et 2019. La majorité des patients sont âgés de moins d'un an. Les principales causes d'hospitalisation sont les pathologies respiratoires, les maladies périnatales et les pathologies accidentelles. Les principales maladies ayant causé le décès étaient les cardiopathies congénitales et les affections de la période périnatale.

P20 - Torticolis fébrile chez l'enfant : à propos 13 cas

M. Cherif (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

Introduction:

torticolis fébrile est un motif fréquent de consultation en pédiatrie. C'est une contracture douloureuse des muscles du cou, entraînant une inclinaison et une rotation anormale de la tête. Ses étiologies sont multiples allant des causes bénignes à d'autres plus sévères pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Un diagnostic étiologique précoce est essentiel pour optimiser la prise en charge et améliorer le pronostic.

Objectifs:

Décrire le profil épidémiologique, clinique, étiologique et évolutif chez les enfants hospitalisés pour torticolis fébrile.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective englobant 13 enfants hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim pour prise en charge d'un torticolis fébrile sur une période de 5 ans (de 2020 à 2025)

Résultats:

Nous avons colligé 13 enfants. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 4,9 ans [9 mois - 9 ans]. Le sex-ratio était de 2,25. Douze enfants ont consulté dans un délai moyen de 48 heures suivant l'apparition des symptômes. Une déviation cervicale à droite a été notée chez neuf patients. La fièvre a précédé l'installation du torticolis dans 12 cas. Dix patients ont eu une tomodensitométrie cervicale avec injection de produit de contraste, qui a montré : une cellulite cervicale en rapport avec un abcès profond (N =5) , comblement des cellules mastoïdiennes (N =2) , des adénomégalies isolées (N =1) et était normale (N=2). Une imagerie par résonnance magnétique cérébrale a été pratiquée chez un enfant et a montré des images de démyélinisation en faveur d'une rhomboencéphalite. Les principales étiologies retrouvées : abcès parapharyngés (N=4), torticolis postural (N=3), otomastoïdite (N=2), tuberculose ganglionnaire (N=1), abcès rétropharyngés (N=1) , rhomboencéphalite (N=1) , adénite cervicale (N=1) et une arthrite temporomandibulaire (N=1). Dix enfants ont été mis sous antibiothérapie probabiliste : amoxicilline acide clavulanique (N=5), céphalosporine de 3ème génération (N=4) et métronidazole (N=1) .Deux patients ont eu une mise à plats d'un abcès rétro pharyngé. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7,1 jours. L'évolution était favorable pour tous les enfants en dehors de la survenue d'une thrombose veineuse jugulaire compliquant un abcès para-pharnygés chez un enfant, jugulée par un traitement anticoagulant (Rivaroxaban).

Conclusion:

Le torticolis fébrile est un motif d'hospitalisation fréquent en pédiatrie. L'imagerie est l'examen clé du diagnostic étiologique. Il ne faut pas méconnaître le torticolis secondaire à une affection sévère pouvant menacer le pronostic vital.

P21 - Les anomalies des arcs aortiques : à propos de 10 observations

N. Ghabi (1), A. Tej (1), H. Ayed (1), R. Kbaili (1), M. Guedria (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (2), S. Tilouche (3), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).

Service Pédiatrie Farhat HachedSousse (1).Service Pédiatrie Farhat (2).Service Réanimation Pédiatrie Farhat Hached Sousse (3).

Introduction:

Les anomalies des arcs aortiques constituent des malformations congénitales rares qui résultent d'un développement anormal des arcs aortiques embryonnaires. Elles représentent l'une des causes de compression des voies aériennes avec pour corollaire des crises de dyspnée simulant parfois une bronchiolite ou un asthme. L'imagerie médicale, notamment l'échographie cardiaque, l'IRM et l'angiographie, jouent un rôle clé dans le diagnostic et l'orientation thérapeutique. La prise en charge est médico-chirurgicale.

Objectifs:

Le but de notre travail était d'analyser le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients porteurs des anomalies des arcs aortiques suivis dans notre service pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive incluant tous les patients diagnostiqués porteurs des anomalies des arcs aortiques entre Janvier 2020 et Février 2025 au service de pédiatrie CHU farhatHached Sousse.

Résultats:

Nous avons recensé 10 patients présentant des anomalies des arcs aortiques. Le sex-ratio était de 0,42 et l'âge moyen au moment du diagnostic était de 1 mois et demi, avec 4 patients diagnostiqués en période néonatale. Les principales circonstances de découverte étaient une dyspnée (n=5), la constatation d'un souffle cardiaque à l'auscultation (n=1), dans le cadre d'exploration d'un syndrome polymalformatif (n=1) et un diagnostic prénatal a été posé chez 3 patients , qui ont présenté à la naissance un tableau de détresse respiratoire néonatale. Le diagnostic a été confirmé par l'angioscanner thoracique chez 6 patients et par l'échographie transthoracique chez 4 patients. Les anomalies des arcs aortiques observées étaient les suivantes : Coarctation de l'aorte (n=5), Arc aortique droit (n=1), Artérialusoria (n=1), Double arc aortique (n=2) et une coarctation de l'aorte associée à des sténoses étagées de l'aorte (n=1). Une association avec des malformations cardiaques a été retrouvée chez 7 enfants, notamment une communication interventriculaire chez 4 d'entre eux. Le bilan viscérale objectivant : des anomalies rénales (n=2), une malformation cérébrale de type agénésie du corps calleux (n=1) et une dilatation de l'œsophage thoracique (n=1).Concernant la prise en charge, 2 patients ont bénéficié d'une intervention percutanée en attendant une chirurgie définitive, tandis que 3 enfants ont été opérés, dont un est décédé en post-opératoire. L'évolution des patients était marquée par une survie chez 6 d'entre eux, 3 décès et un patient perdu de vue.

Conclusion:

Les maladies cardiovasculaires congénitales touchent environ 1 % des enfants nés vivants. Dans 15 à 20 % des cas, il s'agit d'une anomalie de l'arc aortique. Celle-ci peut entraîner des symptômes respiratoires ou digestifs chroniques ne répondant pas au traitement médicamenteux qui peuvent d'être un signe révélateur.

P22 - Morbidité et facteurs de risque de mortalité néonatale précoce des prématurés dans une maternité périphérique

BY. Oumeima (1), W. Barbaria (1), O. Elgoula (1), M. Bourcheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).

Pédiatrie et néonatologie-Hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

La prématurité représente un problème majeur de santé publique à l'échelle nationale et internationale. Son taux est en augmentation constante et elle représente l'une des principales causes de mortalité néonatale. La prise en charge des nouveau-nés (NN) prématurés nécessite des soins médicaux adaptés dans des unités de réanimation néonatale, qui sont limités. Face à l'insuffisance de services adaptés, le rôle des unités de niveau II est essentiel dans leur prise en charge.

Objectifs:

Étudier les caractéristiques épidémiologiques cliniques, paracliniques et évolutives des NN prématurés hospitalisés dans une unité de néonatologie de niveau IIA et de préciser les facteurs prédictifs de mortalité des NN prématurés.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive, monocentrique étalée sur une année (1er janvier 2020-31 décembre 2020) au service de Néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte. Nous avons inclus tous les NN nés à un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhées (SA).

Résultats:

Nous avons colligé 217 NN prématurés. Le sex-ratio était 1,3. L'âge maternel médian était 30 ans. Les pathologies gravidiques étaient dominées par le diabète gestationnel (27,5%). Les grossesses étaient multiples dans 16,7 % des cas. La corticothérapie anténatale était prescrite chez 92% des femmes. La voie haute était la voie prédominante dans 62% des cas. L'âge gestationnel (AG) moyen était 33 SA. Le poids moyen à la naissance était 2170 g dont 72% avaient un faible poids à la naissance. La détresse respiratoire néonatale (DRNN) était notée chez 82% des NN. La maladie des membranes hyalines (MMH) était retrouvée chez 25% des NN dont 3,6% ont reçu du surfactant exogène L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) était retrouvée chez 2,3% des NN. L'oxygénation était assurée par lunettes nasales à haut débit (LNHD) dans 46,2% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était 7 jours. Le taux de mortalité était 11,5%. L'âge moyen de décès était 4,73 jours. Les facteurs indépendants de mortalité néonatale étaient l'âge maternel avancé (p=0,046), le faible poids de naissance (p=0,002), la MMH (p=0,015), l'HTAP (p=0,007) et la mise sous LNHD (p=0,05).

Conclusion:

La prévalence de la prématurité est élevée. Elle est responsable d'une lourde morbidité et de mortalité néonatale élevée.

P23 - Le syndrome de QT long chez l'enfant

M. Jendoubi (1), H. Ben Hamedou (1), F. Safi (2).

pediatrie B sfax (1).Reanimationpediatriquesfaxhedichaker (2).

Introduction:

Le syndrome du QT long congénital (SQTL) se manifeste par un trouble de la repolarisation ventriculaire visible sur l'électrocardiogramme (ECG) de surface. Il s'agit d'une prédisposition génétique à l'origine d'une arythmie héréditaire primaire, due à un dysfonctionnement des canaux

ioniques transmembranaires des cardiomyocytes, ce qui entraîne une anomalie de la repolarisation ventriculaire. Cette pathologie est classée parmi les canalopathies

Objectifs:

Décrire le profil épidémiologique et les spécificités cliniques en pédiatrie, préciser les critères diagnostiques du ce syndrome et étudier les méthodes de prise en charge chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Notre étude rétrospective et descriptive a rassemblé tous les cas de syndrome de QT long congénital (QTLC) hospitalisés dans notre service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatriques au CHU Hédi Chaker de Sfax, sur une période de 12 ans, du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2022. Nous avons inclus les cas présentant un QTc> 440 ms mesuré en D2 et V5 selon la formule de Bazett : QTc (ms) = QT mes / √RR)

Résultats:

Quatre cas de syndrome de QT long ont été colligés. La médiane de l'âge des patients était de 3 ans et 6 mois. Les patients étaient tous des garçons. La consanguinité parentale était présente chez nos 4 malades. Trois de nos patients ont présenté des antécédents de mort subite dans la famille. Les circonstances de découverte étaient 2 cas de syncope, 1 cas d'accès de cyanose et 1 cas d'arrêt cardio-respiratoires. La moyenne de la QT corrigées en ms était 446.75. L'Holter rythmique a été réalisée chez 3 malades montrant : 1 cas QTc long 520ms, sans arythmie et 2 cas de QTc normal, sans arythmie. Trois cas ont bénéficié d'un traitement médical : 1 cas était mis sous avlocardyl 3mg/kg/j, 1 cas résistant à l'avlocardyl nécessitant sa mis sous nadolol 20mg/j et 1 cas nécessitant recours au dobutamine 20µ/kg/min. L'évolution chez nos patients était favorable sous traitement chez 2 patients, la récidive des malaises sous traitement chez 1 patient et le décès chez un patient

Conclusion:

Les avancées en biologie moléculaire et en prise en charge préventive ont permis de mieux gérer le risque élevé de syncope ou de mort subite associé à cette pathologie.

P24 - Circonstances de découverte des cancers en pédiatrie

S. Kbaier (1), M. Bouaben (1), A. Ben Hammouda (1), S. Hamouda (1), I. Belhadj (1), K. Boussetta (1).

service de pédiatrie B hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

Les cancers de l'enfant sont des maladies rares. Ils représentent cependant la deuxième cause de mortalité chez l'enfant. Les signes d'appel des cancers de l'enfant sont nombreux et souvent très peu spécifiques.

Objectifs:

Décrire les circonstances diagnostiques des principaux cancers en pédiatrie.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur tous les enfants hospitalisés au service de pédiatrie B de l'hôpital d'enfants de Tunis durant l'année 2024, chez qui le diagnostic de cancer a été confirmé.

Résultats:

Nous avons colligé 12 malades. L'âge moyen était de 52,7 mois (1mois-13 ans) avec un sex ratio de 1,5. Aucun antécédent familial de pathologie tumorale n'a été identifié. Les symptômes motivant la consultation étaient variés : fièvre prolongé (3 cas), syndrome hémorragique cutanéomuqueux (3 cas), altération de l'état général (2 cas), ballonnement abdominal (2 cas), troubles neurologiques (2 cas). Huit malades (66,6%) présentaient un syndrome tumoral à l'admission. Les hémopathies malignes étaient les tumeurs les plus fréquentes (2/3 des cas) : leucémie aiguë (5 cas), lymphome B (2 cas) et un syndrome myélodysplasique (1 cas). L'hémogramme montrait des anomalies différentes : pan cytopénie (2 cas), hyperleucocytose avec une hyper lymphocytose (3 cas), neutropénie (1 cas), anémie arégénérative (3 cas), thrombopénie (3 cas). Le frottis sanguin était d'un grand apport diagnostique montrant l'envahissement des blastes. Le diagnostic a été confirmé par le myélogramme chez tous les patients. Les hémopathies malignes ont été compliquées d'un syndrome de lyse tumorale dans 25% des cas. Tous les malades ont été transférés au service d'oncologie pédiatrique dans un délai qui variait de 48 heures à une semaine. Les tumeurs solides ne présentaient qu'un tiers des cas (N=4) : un gliome infiltrant du tronc cérébral (1 cas), un néphroblastome (1 cas), une tumeur rhabdoide (1 cas) et un syndrome de Pepper (1 cas).

Conclusion:

L'expérience de notre service montre que les circonstances de découverte des pathologies tumorales étaient diverses, d'où l'importance d'une démarche diagnostique rigoureuse et organisée afin d'améliorer le pronostic.

P25 - Profil épidémiologique des intoxications aigues en pédiatrie

S. Kbaier (1), B. Jerbi (1), F. Khalsi (1), I. Belhadj (1), K. Boussetta (1).

service de pédiatrie B hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

Les intoxications accidentelles demeurent un motif très fréquent de consultation et d'hospitalisation en milieu pédiatrique. C'est la deuxième cause d'accident de la vie courante chez l'enfant en France et en Inde avec respectivement (8%) et (22,3%).

Objectifs:

Décrire le profil épidémiologique des intoxications aigues de l'enfant dans un service de pédiatrie.

Matériel et méthodes:

Nous avons inclus tous les enfants hospitalisés pour une intoxication aigue entre le 1er janvier et le 31 décembre 2023 dans le service de Pédiatrie B de l'hôpital d'enfants de Tunis.

Résultats:

Dans notre période d'étude, nous avons colligé 157 cas. Le sexe ratio était de 0,98 (78 garçons et 79 filles). L'âge moyen était de 54,9 ± 44,6 mois (3-168 mois). Les intoxications ont représenté 3,7% des motifs d'hospitalisation durant la période d'étude. Dans 54% des cas (N=85), les enfants concernés étaient âgés de 3 ans ou moins. Les causes d'intoxications accidentelles étaient les médicaments dans 43,3% des cas (N=68), les produits d'entretien ménager dans 35% (N=55), les pesticides dans

10,2 % (N=16), les produits volatiles dans 7,7% (N=12) et autres produits dans 3,8% des cas (N=6). Le médicament le plus incriminé était le paracétamol dans 20,6% des cas (N=14) suivi par les antibiotiques dans 14,7% cas (N=10), les anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 8,8% (N=6), les benzodiazépines dans 8,8% (N=6), les neuroleptiques dans 5,9% des cas (N=4) et les bétabloquants dans 2,9% des cas (N=2). Trois intoxications poly-médicamenteuses ont été notées chez des patients âgés de plus de 13 ans. Concernant les produits ménagers, l'ingestion d'un caustique était retrouvée dans 61% des cas (N=34). L'eau de javel en vrac était incriminée dans 49% des cas (N=27). Pour les pesticides, les raticides étaient retrouvés dans 62,5% des cas (N=10) suivi par les insecticides dans 37,5% des cas (N=6). Pour les produits volatiles, les hydrocarbures ont été retrouvés dans 66,6% des cas (N= 8). La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,74 ± 1,62 jours (1-17 jours). Aucun décès n'a été noté.

Conclusion:

Les intoxications aigues de l'enfant demeurent fréquentes et d'évolution favorable dans la majorité des cas. Cependant, l'éducation des parents pour prendre les diverses mesures prophylactiques reste nécessaire pour éviter leur potentielle gravité.

P26 - Maladie des griffes du chat : à propos d'une observation pédiatrique

N. Tarhouni (1), S. Kmiha (1), M. Abid (2), R.Kolsi (1), Y. Mkhinini (1), R. Belhadj (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).

Service de Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax (1).Service de Dermatologie, CHU Hédi Chaker de Sfax (2).

Introduction:

La maladie des griffes du chat (MGC) est une cause fréquente de lymphadénopathie locorégionale bénigne chez l'enfant et l'adulte jeune. L'atteinte cutanée se manifeste généralement par une lésion d'inoculation, bien qu'une éruption cutanée puisse aussi parfois apparaître. Cette affection est causée par Bartonellahenselae, un bacille Gram négatif transmis par une griffure ou une morsure de chat. Nous rapportons une observation de MGC en raison de sa présentation clinique typique.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives d'une maladie des griffes du chat chez un nourrisson.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de MGC prise en charge au service de pédiatrie A du CHU Hédi Chaker de Sfax.

Résultats:

Un nourrisson de sexe masculin, né de parents non consanguins, a été admis à l'hôpital pour une fièvre aiguë évoluant depuis plusieurs jours. L'examen clinique a mis en évidence plusieurs éléments papuleux et croûteux inflammatoires sur le visage et les membres, présents depuis un mois. Nous avons noté également la présence de deux nodules fermes au niveau de la face interne du bras gauche et de la région sous-axillaire gauche, sans signes inflammatoires locaux. Le bilan biologique a révélé un syndrome inflammatoire avec une élévation des marqueurs de l'inflammation. La sérologie Bartonellahenselae a confirmé le diagnostic, et l'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée a montré des signes d'inflammation compatibles avec une infection à Bartonella. Le

nourrisson a été mis sous traitement par macrolides. L'évolution a été favorable, marquée par la régression progressive des nodules et la cicatrisation des lésions cutanées en un mois.

Conclusion:

La maladie des griffes du chat est une infection bactérienne bénigne qui se manifeste principalement par une lymphadénopathie localisée, mais peut également entraîner des lésions cutanées ou des nodules. Le diagnostic repose sur des tests sérologiques et, dans certains cas, sur un examen anatomopathologique. Le traitement par macrolides est généralement efficace, permettant une résolution complète des symptômes. Cette observation souligne l'importance d'évoquer cette pathologie devant une adénopathie inexpliquée chez l'enfant, afin d'initier une prise en charge adaptée et d'éviter les complications.

P27 - Two cases of congenitalaorticarch anomalies presentingwithrespiratorysymptoms

A. Messaoudi (1).

Department of pediatrics "A", Hedi Chaker University Hospital of Sfax, Tunisia. (1).

Introduction:

Aorticarch anomalies are uncommonvascular malformations resultingfrom disruptions in the embryologicaldevelopment of the aortic system. Theymaybeasymptomatic or presentwith a wide range of clinical manifestations, from a benigncardiacmurmur to severe complications.

Objectifs:

The objective of thisstudyis to describe the clinicalfeatures, diagnostic challenges, and therapeuticstrategiesassociatedwithcongenitalaorticarch anomalies. It highlights the importance of imaging in achieving an earlydiagnosis and guidingappropriate management.

Matériel et méthodes:

This studyis a retrospectiveanalysis of two cases of congenitalaorticarch malformations. The diagnosiswasconfirmedusingchest X-ray, echocardiography, and computedtomographyangiography (CTA).

Résultats:

Case 1 An 11-year-old male patient, with no significantmedicalhistory, wasadmittedwith minor hemoptysisfollowing an episode of severecoughing. He washemodynamically stable withmildtachypnea. Chest X-ray revealedbilateralalveolo-interstitialopacities and right para-cardiachyperlucency. Transthoracicechocardiographyidentified an aorticarchanomaly, and CTA confirmed a right aorticarchwith an aberrant leftsubclavianarteryarisingfrom a Kommerell'sdiverticulum, exerting a mass effect on the aerodigestive tract. Given the mildsymptoms, a conservative approachwithoutpatient follow-up waschosen. Case 2 A 3.5-month-old infant washospitalizedwithdyspnea and feedingdifficulties. Medicalhistoryrevealed stridor and an intermittent cough. Physical examinationshowedmildpolypnea, intercostal and subcostal retractions, and wheezing on auscultation. The chest X- ray wasinterpreted as normal. Duringhospitalization, the infant'srespiratory and hemodynamic condition deteriorated, necessitatingtransfer to the intensive care unit. The patient remainedoxygen-dependent and hehad a persistent dysphonia. A chest X-ray revealed a right aorticknob. Echocardiographyshowed a retroesophagealsubclavianartery. Thoracic CTA confirmed a doubleaorticarchwithseverestenosis distal to the origin of the leftsubclavianartery. Surgical intervention wasperformed, leading to favorable clinicaloutcomes.

Conclusion:

Congenitalaorticarch anomalies shouldbeconsidered in infants and childrenwithrecurrent or persistent respiratorysymptoms. Earlyimaging, particularly CTA, is essential for accuratediagnosis and timelysurgical management.

P28 - Syndrome d'Alström : une cause rare de cardiomyopathie dilatée chez l'enfant

S. Mechlia (1), T. Ghedira (1), E. Sfar (1), R. Hadj Salem (1), Y. Smaoui (1), S. Chouchane (1).

Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (1).

Introduction:

La cardiomyopathie pédiatrique demeure une maladie rare et mal connue d'étiologies variées. Le syndrome d'Alström (SA) est une maladie autosomique récessive due à des mutations pathogènes du gène ALMS1, associant une cardiomyopathie dilatée, une dégénérescence rétinienne, une surdité neurosensorielle et une obésité centripète.

Objectifs:

L'objectif de cet abstract est de présenter le syndrome d'Alström comme une cause rare de cardiomyopathie dilatée chez l'enfant, en soulignant ses caractéristiques cliniques, son diagnostic et les enjeux thérapeutiques associés.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né chez qui le SA a été révélé par une cardiomyopathie dilatée.

Résultats:

Il s'agit d'un nouveau-né âgé de 10 jours, issu de parents consanguins de 2ème degré. Le nouveau-né était admis en réanimation pour état de choc. L'examen clinique initial retrouvait une hypothermie, des marbrures généralisées, un temps de recoloration capillaire allongé à 5 secondes et des extrémités froides. Il était tachycarde à 170 bpm avec une tension artérielle imprenable et une hépatomégalie à 4cm du rebord costal. Les examens biologiques révélaient une acidose métabolique sévère avec une hyperlactatémie à 21 mmol/L. Une échographie cardiaque objectivait une cardiomyopathie avec une FEVG basse à 40% sous dobutamine. Le nouveau-né était mis sous antibiothérapie, des drogues vasoactives avec support ventilatoire. L'évolution était marquée par l'amélioration de l'état hémodynamique et respiratoire. Les contrôles échographiques montraient une persistance de l'insuffisance cardiaque avec apparition d'une dilatation des cavités droites. Le séquençage d'exome montrait une mutation du gène ALMS1 en faveur d'un syndrome d'Alström. A 3 mois, il avait un nystagmus sans atteinte auditive avec une fonction rénale et hépatique normales.

Conclusion:

Le syndrome d'Alström est une cause rare et méconnue de cardiomyopathie pédiatrique. Bien qu'il puisse présenter une évolution rapide et un pronostic sombre, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée peuvent influencer favorablement l'évolution de la maladie et contribuer à améliorer la qualité de vie des patients.

P29 - Des gingivostomatites récurrentes chez un enfant : Et si c'était un érythème polymorphe post herpétique

F. Mejri (1), J. Jendoubi (1), F. Ben Taher (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).

service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

L'érythème polymorphe (EP) est une dermatose éruptive aigue à médiation immunitaire caractérisée par une atteinte cutanéo-muqueuse aigue pouvant impliquer la muqueuse orale. Une atteinte muqueuse étendue et sévère est possible.

Objectifs:

Décrire le tableau d'un EP post herpétique à travers une observation pédiatrique .

Matériel et méthodes:

Les données cliniques et paracliniques ont été recueillies à travers l'observation médicale.

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un jeune garçon A.B âgé de 10 ans issu d'un mariage non consanguin, aux antécédents familiaux de maladie de Behçet chez l'oncle maternel et aux antécédents personnels de gingivostomatite à l'âge de 9 ans n'ayant pas nécessité une hospitalisation prolongée. L'enfant a été réhospitalisé pour suspicion de gingivostomatite herpétique. A l'examen, il avait un œdème important des lèvres avec des lésions crouteuses et une cavité buccale érythémateuse avec des lésions érosives recouverte d'un enduit blanc jaunâtre s'étendant à la muqueuse jugale. L'ouverture de la bouche était limitée avec une impossibilité de l'alimentation. Par ailleurs, il était asthénique, fébrile à 39 degrés Celsius. Une atteinte conjonctivale a été notée avec un œil rouge non douloureux. Le reste de l'examen était sans anomalies. La CAT initiale était des soins locaux de la bouche avec traitement en intraveineux par aciclovir et des collyres ophtalmiques. La recherche d'HSV par écouvillonnage était négative et l'examen ophtalmologique a conclu à une hyperhémie conjonctivale sans autres anomalies. Une amélioration clinique a été obtenue progressivement au bout de 12 jours. Les explorations à la recherche de vascularites ou d'un déficit immunitaire étaient négatifs. L'évolution était marquée par la récidive du même tableau à plusieurs reprises. Après exploration, le diagnostic d'érythème polymorphe post herpétique a été retenu. Ainsi, l'enfant a été mis sous aciclovir pendant 6mois avec bonne évolution.

Conclusion:

L'EP est lié dans la grande majorité des cas à une cause infectieuse, le plus souvent herpétique. Son traitement n'est pas encore codifié et les récidives sont très fréquentes. Des cas d'atteintes muqueuses isolées ont été rapportés dans la littérature avec un diagnostic qui a été redressé par biopsie et étude histologique.

P30 - Les pneumonies chimiques chez l'enfant

A. Bechikh (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

Introduction:

Les pneumopathies chimiques, bien que rares de nos jours, restent un motif courant de consultation aux urgences pédiatriques, notamment chez les enfants par ingestion accidentelle d'hydrocarbures.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques cliniques et radiologiques ainsi que le profil évolutif des pneumopathies chimiques aux hydrocarbures.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant les enfants hospitalisés pour intoxications aux hydrocarbures ayant présenté une pneumopathie chimique.

Résultats:

Parmi 44 cas d'intoxication aux hydrocarbures sur une période de 10 ans, 5 étaient en rapport avec une pneumopathie chimique, représentant ainsi 11% des cas. La substance chimique la plus fréquemment impliquée était l'essence (5 cas). Notre échantillon était composé de 4 garçons et une seule fille. L'âge moyen était 3,5 ans avec des extrêmes allant de 2 ans à 7 ans. Sur le plan clinique, nous avons constaté que les symptômes respiratoires les plus fréquents étaient la polypnée et la toux décrites chez 2 enfants dès leur arrivée aux urgences pédiatrique. Trois patients étaient asymptomatiques à l'admission avec apparition secondaire d'une fièvre après un délai moyen de 6,5 heures. La radiographie thoracique était réalisée chez tous les patients et elle a montré des opacités alvéolo-interstitiels à droite dans un cas, à gauche dans un cas et bilatérales dans 3 cas. Tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie par par amoxicilline/ acide clavulanique avec une dose de 100 mg/kg/j. L'évolution sous traitement était favorable dans tous les cas. Après un mois de l'intoxication, tous les patients étaient asymptomatiques, avec un examen clinique normal et une radiographie thoracique sans anomalie.

Conclusion:

Le tableau clinique des pneumopathies par inhalation d'hydrocarbures est stéréotypé. Leur évolution est spontanément favorable sans séquelles dans la plupart des cas.

Chirurgie Pédiatrie

P31 - Post-TraumaticPancreaticPseudocyst in Children:Whatis the Optimal Management?

S. Kharrat (1), M. Belhaj Mansour (1), W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), A. Isseoui (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).

Introduction:

Post-traumaticpancreaticpseudocysts (PPP) are rare in children. Their management relies primarily on conservative treatment and various drainage techniques, includingpercutaneous, endoscopic, or surgicalapproaches.

Objectifs:

This studyaims to assess the role of percutaneous drainage in the treatment of post-traumatic PPP throughtwoclinical cases.

Matériel et méthodes:

This studyisbased on a retrospectiveanalysis of twopediatric cases of post-traumaticpancreaticpseudocystsmanaged in the Department of PediatricSurgery at Hedi Chaker Hospital over the pasteightyears. Data werecollectedfrom the patients' medical records.

Résultats:

Case 1: A 9-year-old boy with no medicalhistorysustained an abdominal trauma following a bicycle fall. Six weeksafter the incident, hepresentedwithvomiting and a painfulepigastric mass. Laboratory

tests revealedhyperamylasemia (12 times the normal level) and hyperlipasemia (4 times the normal level). Abdominal CT scan showed a compressive PPP measuring 11 × 14 cm. An ultrasound-guidedpercutaneous drainage wasperformed, and the catheterwasmaintained for one month. The pseudocystgraduallyregressed and completelyresolvedwithin one month. Case 2: A 5-year-old girl with no priormedicalhistorysustained an abdominal trauma in a road traffic accident. Imaging confirmed a pancreatic fracture withoutinvolvement of the Wirsung duct. Conservative treatmentwasinitiated, but a 14 cm compressive PPP developedwithintwoweeks. A CT-guidedpercutaneous drainage wasperformed, leading to progressive cystresolution.

Conclusion:

CT-guidedpercutaneous drainage is a feasible, minimally invasive, and effective technique for managingpost-traumatic PPP in children. It represents a significantadvancement in the currenttherapeuticapproach, reducing the need for surgery and improving patient outcomes.

P32 - Circumcisedhypospadias:whichsurgical technique to choose?

S. Kharrat (1), M. Belhaj Mansour (1), W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), A. Isseoui (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).

Introduction:

Patients withcircumcised hypospadias have been of significantconcern over manydecades due to the beliefthatpriorcircumcisionmightnegatively affect the results of hypospadias repair.

Objectifs:

To evaluatethisproblemfurtherwereviewed the outcomes of surgical reconstruction in previouslycircumcised boys with distal hypospadias.

Matériel et méthodes:

A retrospectivestudy of 13 consecutivecircumcised males with distal hypospadias wasconducted in the PediatricSurgeryDepartment of Hedi Chaker Hospital in Sfax. Urethroplastywasperformedusing Nasrallah, MAGPI, meatoplasty, and TIP techniques, without the use of skin flaps.

Résultats:

The meanage of the patients was 20 months. The Nasrallah procedurewasperformed in six cases, includingtwo patients withmega-meatus, threewithsub-coronal hypospadias, and one with distal penile hypospadias. The MAGPI procedurewasused in two patients withglandular and coronal hypospadias. Meatoplastywasperformed in three patients withglandular hypospadias, and the TIP procedure in two patients with distal penile hypospadias. The minimum follow-up periodwas 10 months. Only one patient developed a postoperativefistula, whichoccurred in a case of distal hypospadias and wassuccessfullyrepaired one yearlater. All patients had a normal-appearingglans, well-positionedurethralmeatus, straight penis, good urinarystream, and the parents weresatisfiedwith the cosmetic and functionaloutcomes.

Conclusion:

Circumcisiondoes not negatively affect the outcomes of subsequenturethroplasty in patients with distal hypospadias, and varioussurgical techniques can besuccessfullyapplied.

P33 - Testicular trauma – issurgical exploration necessary?

S. Kharrat (1), M. Belhaj Mansour (1), W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), A. Mssedi (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).

Introduction:

Scrotal traumas are rare. Most are blunt traumas caused by a direct blow to the scrotum. Earlysurgical investigation has considerablyimproved the prognosis of testicular trauma and reduced the orchidectomy rate. Ultrasonography has alsoimproved the management of scrotal trauma. However, thereis a controversy about the accuracy of ultrasonography in predicting the presence or absence of testicular disruption.

Objectifs:

This studywasconducted in order to determine the accuracy of ultrasonography for the diagnosis of scrotal injuries and the indication of surgical exploration in such cases.

Matériel et méthodes:

Weconducted a retrospectivestudy of 16 patients who came to ourpediatricsurgerydepartment for scrotal trauma betweenJanuary 2011 and December 2021.

Résultats:

Werecommendclinical monitoring and analgesia in the absence of clinical and ultrasoundsigns of severity. Surgical exploration isindicatedwheneverseriouslesions of the testicle are suspected. Amongour 16 patients, 12 wereoperatedon:ninewith an open trauma and threeafterabnormalultrasoundfindings. The other Four hadclinical and ultrasound monitoring. The mean follow-up was 3 years. The rate of testicularatrophy in ourserieswas 6.25%.

Conclusion:

Scrotal trauma is an emergency thatrequiresadequate and early management. Ultrasonographyshould not challenge the dogmaregardingsystematicsurgical investigation of hematocele and enlarged scrotum. Long-termoutcomes (testicularatrophy, infertility) maybe more frequent and shouldbedetected.

P34 - Impact of Age at Surgery on Persistent Hydronephrosis Following PediatricPyeloplasty

S. Kharrat (1), M. Zouari (1), W. Rhaiem (1), M. Belhajmansour (1), E. Jmal (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).

Introduction:

Ureteropelvicjunction obstruction (UPJO) commonly causes antenatal and postnatal hydronephrosis. Despitestandardized Anderson-Hynespyeloplasty, the naturalresolution and timeline of postoperativehydronephrosisremainunclear and undefined.

Objectifs:

This studyaimed to identify the impact of age at surgeryonpersistenthydronephrosisfollowingpediatricpyeloplasty.

Matériel et méthodes:

Weconducted a retrospectivereview of all childrenunder the age of 14 yearswhounderwentprimarypyeloplasty for unilateral UPJO in our institution betweenJanuary 1, 2013, and December 31, 2023. Wedefined post-pyeloplastyresolution of hydronephrosis as a 50% or greaterdecrease in renalpelvicanteroposteriordiameter (APD) at the 12th monthpostoperativeultrasound.

Résultats:

: Patients' medianage at the time of surgerywas 24 months. 83 children were male, and 25 were female. UPJO was left-sided in 61 patients. 59 children had been prenatally diagnosed with hydronephrosis, and 33 had a history of urinary tract infections. 28 patients hadcomorbid conditions. The medianrenalpelvic APD, renal cortex thickness (RCT), and differentialrenalfunction(DRF) were 3.2 cm, 2.5 mm, and 40.5%, respectively. Resolution of hydronephrosiswasobservedin 84 (77.8%) children. Univariateanalysisrevealed a significantdifferencebetweenresolution and non-resolution groups about age at surgery and renalpelvic APD on ultrasound. Multivariateanalysisidentified an age at surgery< 1 year (p=0.005, Odds ratio=4.813 [1.623-14.4273]) and preoperative APD> 3.5 cm (p<0.001, Odds ratio=7.883 [2.509-24.774]) asindependentriskfactors for non-resolution of hydronephrosisafterpediatricpyeloplasty.

Conclusion:

Our studydemonstratedthatperformingpyeloplastybefore one year of agewasassociatedwith persistent postoperativehydronephrosis. Thesefindingsmayaid in guidingtherapeuticdecisions for UPJ obstruction in children.

P35 - Le délai diagnostic et thérapeutique affecte-t-il le pronostic du volvulus sur anomalie de la rotation ?

Y. Houas (1), NB. Ghaddab (1), NEH. Ben Alaya (1), H. Oueslati (1), R. Jouini (1).

Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1).

Introduction:

Il est admis que l'ischémie intestinale en matière de volvulus sur anomalie de la rotation (VAR) serait corrélée au délai d'intervention chirurgicale

Objectifs:

Notre objectif était de déterminer si le délai diagnostic et thérapeutique du VAR était corrélé à la morbidité.

Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant tous les enfants opérés pour VAR entre le 1er janvier 2005 et le 30 juin 2024. Les données recueillies étaient l'âge à la présentation, le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation, les données radiologiques et la prise en charge chirurgicale.

Résultats:

Dix-sept garçons (53,12 %) et 15 filles (29 %) ont été inclus. L'âge médian était de 9,1 jours. Le délai médian entre l'apparition des symptômes et la prise en charge (DSP) était de 43,8 heures (24-48 heures). Chez les patients nécessitant une résection ou présentant une pan-nécrose, aucune différence significative en termes de DSP n'a été observée (42,7 h contre 43,9 h, p = 0,238). Le nombre de tours spiraux (≤2) observés en peropératoire était corrélé à conservation de vitalité intestinale.

Conclusion:

Le volvulus sur anomalie de la rotation reste un diagnostic où le facteur temps est crucial. Le recours à une résection ou la présence d'une pan-nécrose n'étaient pas corrélées à la durée des symptômes.

P36 - Pneumatose gastrique isolée chez un nouveau-né à terme

Y. Houas (1), F. Thamri (1), NEH. Ben Alaya (1), H. Oueslati (1), R. Jouini (1).

Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1).

Introduction:

La pneumatose gastrique est une affection rare chez le nouveau-né. Elle est souvent associée à une entérocolite ulcéro-nécrosante ou un obstacle chirurgical

Objectifs:

Nous présentons un cas rare de pneumatose gastrique isolée chez un nouveau-né à terme.

Matériel et méthodes:

Observation clinique Un nouveau-né de sexe masculin, né à terme, a présenté dès la naissance une détresse respiratoire immédiate nécessitant son hospitalisation au service de néonatologie et une oxygénothérapie. Il a été transféré dans notre service au troisième jour de vie pour une hématémèse abondante. L'examen clinique retrouvait un nouveau-né en bon état général et stable sur le plan hémodynamique. Le bilan biologique était normal, à l'exception d'une anémie. La radiographie abdominale montrait une distension gastrique avec un contenu hétérogène et une aération normale du reste de l'abdomen. Le diagnostic de volvulus gastrique a été suspecté, et une échographie abdominale ainsi qu'un scanner ont été réalisés, révélant une distension gastrique avec présence de pneumatose gastrique. L'enfant a été surveillé et mis sous double dose d'inhibiteurs de la pompe à protons, avec une évolution favorable.

Résultats:

not applicable

Conclusion:

La pneumatose gastrique isolée est une affection rare dont le diagnostic n'est pas évident. Les symptômes sont non spécifiques et le diagnostic est souvent posé par l'imagerie. Le pronostic dépend de l'étiologie, et le traitement est le plus souvent conservateur.

P37 - Surgical management of a giantsacrococcygealteratomaprenatallydiagnosed:a case report

Y. Houas (1), H. Oueslati (1), NEH. Ben Alaya (1), A. Zouaoui (1), R. Jouini (1).

Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1).

Introduction:

The complexity of sacrococcygealteratomasurgeryescalateswhenconfrontedwithsubstantialtumour size. The loomingthreat of tumour rupture is high

Objectifs:

Hereinwepresentourexperience in managing a giantsacrococcygealteratoma in a new born girl, prenatallydiagnosed

Matériel et méthodes:

not applicable

Résultats:

Case report We present the case of a female new-born delivered via caesarean section to a premagravida mother, who was diagnosed antenatally with a large sacrococcygeal teratoma. The new-born weighed 3120g, including the tumour mass, and was promptly transferred to the paediatric surgery department within six hours of birth for further management of the sacrococcygeal teratoma. Uponphysicalexamination, the infant presentedwith a large sacrococcygealtumormeasuringapproximately 35*40*20 cm, displaying a lobulated surface and varyingconsistency. Subsequent abdominal ultrasound and CT scan revealed a one-centimeter abdominal component of the tumour. Alpha foetoproteinwasslightlyelevated. On the thirdday of life, surgerywasundertakenfollowingthoroughpreparation. The new-bornwaspositionedpronewith a

bolsterbeneath the pelvis for support. A urinarycatheterwasinserted, and a smallHegardilatorwasincrementallyemployedduring the procedure to ascertain the precise location of the anus during dissection. A circumferential skin incision was made around the tumour, taking care to avoid the perianal skin. Dissection proceededmeticulously, with attention paid to controllinganybleedingvesselsusingcautery. The middle sacral vesselswerecarefullyidentifiedligated and cut. Careful attention was made to avoidanytumourrupture . The tumourwassuccessfullyexcised, withcompleteremovalachieved, including the removal of the coccyx. Reconstruction of the pelvicfloorwasthen made. A drain wasplaced in the pre-sacral space. The post operative course wasuneventful.

Conclusion:

The presence of a large sacrococcygealteratomaincreases the risk of tumour rupture duringdelivery and in the postpartum period, potentiallyleading to significantbloodloss for the newborn. This heightenedriskunderscores the critical nature of managingthisseeminglystraightforwardyetinherentlychallenging condition.

P38 - BowelPlication as a rare cause of Acute Bowel Obstruction

Y. Houas (1), NEH. Ben Alaya (1), H. Oueslati (1), S. Houidi (1), R. Jouini (1).

Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1).

Introduction:

In pediatric patients with a history of abdominal surgery, acute bowel obstruction thatdoes not respond to non-operative management maybecaused by a rare but significantcomplication:bowelplication

Objectifs:

This studyaims to delineateourclinicalexperiencewithbowelplication as an unusualpostoperative complication

Matériel et méthodes:

A retrospectiveanalysiswasconducted on five pediatric patients whounderwent abdominal surgerybetweenJanuary 2015 and December 2023 and subsequentlypresentedwith acute bowel obstruction. The studyevaluatedclinical progression, surgical interventions, and postoperativeoutcomes

Résultats:

The studyincluded five children, with a meanage of 9.8 years (range: 4.2 to 14 years). All the patients were operated on for an appendiceal peritonitis. Each patient displayed acute bowel obstruction withsevere abdominal pain, distension, and vomiting few daysafter the surgery. Abdominal X ray findings, including air-fluidlevels and dilatedbowelloops, confirmed the diagnosis of bowel obstruction. Conservative treatments, includingbowelrest, nasogastricdecompression, and intravenousfluids, were ineffective in all cases. Surgical intervention wasrequired for all patients, revealingileocolicplication in three cases and ileo-ilealplication in two. The average time from initial presentation to surgical intervention was 2.8 days (1 to 8.9 days). Postoperative course wasuneventful for all the patients.

Conclusion:

Diagnosingbowelplication in pediatric patients with a history of abdominal surgerydemands a comprehensiveapproachthatincludesclinicalhistory, physicalexamination, and imagingstudies. Earlydetection and intervention are crucial to mitigate complications associatedwithbowel obstruction.

P39 - A rare cause of Hematuria in Children:lowerurinary tract fibroepithelialpolyps

Y. Houas (1), H. Oueslati (1), A. Missaoui (1), NEH. Ben Alaya (1), . (2).

Chirurgie pédiatrique A -hôpital d'enfants Bechir Hamza (1). (2).

Introduction:

Hematuria in children can becaused by a variety of conditions, but someunderlying causes are rare and lessfrequentlyencountered. Bladderpolyps, thoughuncommon, can present as a rare cause of hematuria in pediatric patient

Objectifs:

We report two cases of bladderpolyps in children and we report ourexperience in its management

Matériel et méthodes:

not applicable

Résultats:

Case1 A 1-year-old male presented with intermittent macroscopic hematuria. Physical examinationwas normal with stable vital signs. Ultrasoundrevealed a 9 x 5 mm pseudo-polypoid mass on the bladderfloor, possibly a ureterocele or urethralpolyp. Cysto-endoscopyidentified an 8 mm pedunculatedpolyp at the verumontanum, consistent with a posteriorurethralpolyp. The polypwassuccessfullyremoved via transurethralresection, and histologicalanalysisconfirmedit as a congenitalfibro-epithelialpolyp. The patient wasdischargedwithin 2 days. Case2 A 5-year-old boy presentedwith intermittent grosshematuria for 2 weeks. An ultrasoundidentified a 2 × 1 cm polypoidlesion on the mucosal surface at the bladder's trigon. During a cystoscopicexamination, a polypoid mass wasfound at the bladder neck, but therewere no indications of bladderoutlet obstruction. A transurethralresectionconfirmed the mass was a fibroepithelialpolyp.

Conclusion:

Although rare, fibroepithelialpolypsshouldbeconsidered in the differentialdiagnosis of hematuria in children. Endoscopicresectionis an effective treatment, offering excellent outcomes and symptomresolution.

P40 - Giant paratubalcysts in adolescents

H. Oueslati (1), Y. Houas (1), NEH. Ben Alaya (1), S. Smaoui (1), R. Jouini (1).

Chirurgie pédiatrique A Hôpital d'enfant (1).

Introduction:

Paratubalcysts are rare adnexallesions, accounting for only 5–20% of all adnexaltumors. They are typicallysmall and asymptomatic but can occasionallyreachsignificant sizes. Due to theirnonspecificimagingcharacteristics, theyshouldbeincluded in the differentialdiagnosis of pelviccystic masses. Their management, particularly in cases of large cysts, remainspoorlystandardized.

Objectifs:

We report two cases of giantparatubalcystsdiagnosedintraoperatively in adolescent girls, highlighting the role of laparoscopic management in such cases.

Matériel et méthodes:

Two patients, aged 12 and 14 years, underwentlaparoscopicsurgery in ourdepartment for large pelvic masses. The cystsmeasured 200 × 180 mm and 210 × 180 mm, respectively. An open laparoscopicapproachwasusedwith the insertion of a primarytrocarthrough the supraumbilical port. Additional 5 mm trocarswereplaced in the lefthypochondrium and right flankunder direct vision. Aspiration of the cyst contents wasperformed to facilitateremoval, followed by completecystectomywhilepreserving the fallopian tube and ovary.

Résultats:

Aspiration drainedapproximately 4 liters of clearserousfluidwithoutcyst rupture. The cystswereunilocular, smooth-walled, and free of solid components or adhesions to surrounding structures. Excision wassafelyperformedthrough an extendedsupraumbilical incision. Postoperativerecoverywasuneventful, with no complications.

Conclusion:

Paratubalcysts are rare in children and adolescents, oftendiagnosedincidentally. In the absence of specific guidelines, theyshouldbeconsidered in the evaluation of pelviccystic masses. Laparoscopic management is a safe and effective option even for giantparatubalcysts, providedthatcareful handling isensured to preventfluidspillage.

P41 - Laparoscopicperitonealdialysiscatheterplacement:atwo-portsimplified technique

H. Oueslati (1), Y. Houas (1), NEH. Ben Alaya (1), A. Missaoui (1).

Chirurgie pédiatrique A Hôpital d'enfant (1).

Introduction:

Minimally invasive surgeryoffersseveraladvantages for peritonealdialysiscatheter placement, makinglaparoscopy the preferredapproachamong surgeons. However, no standardizedsurgical technique has been established.

Objectifs:

This studyaims to describe a simplifiedtwo-port technique for peritonealdialysiscatheter insertion and report ourpreliminaryresults.

Matériel et méthodes:

Weconducted a retrospectivereview of the medical records of all patients whounderwentlaparoscopicperitonealdialysiscatheter placement betweenJanuary 1, 2021, and December 31, 2022.

Résultats:

Wedescribe a simplifiedlaparoscopic technique for peritonealdialysiscatheter insertion. Two 5 mm trocarswereplaced at the umbilicus and right flank. The catheterwasintroducedinto the peritonealcavityusing a Kelly clamp through a subcutaneous tunnel and positioned in the Douglas pouch. The placements of the outer and innercuffswerecarefullymarked, and the omentum wassystematicallyremoved via the umbilical port. This technique wasperformedin 22 patients with a meanage of 11 years and 8 months. Catheter migration requiringrepositioningoccurred in three patients, whileonly one case of peritonitiswasreported.

Conclusion:

Our simplified technique isreproducible, safe, and provides good outcomes in terms of catheterfunctionality and survival, withoutrequiringspecializedequipment or multiple trocars.

P42 - Surgical management of “Penoscrotal inversion”

H. Oueslati (1), A. Daib (1), S. Kacem (1), C. Saadi (1), R. Ben Abdallah (1), A. Jabloun (1), F. Trabelsi (1), Y. Hellal (1).

Chirurgie pédiatrique Hôpital Habib Thamer (1).

Introduction:

Penoscrotal inversion is a rare congenitalanomalycharacterized by a bifid scrotum positionedhigherthanusual and a penile base set lowerthan normal. Due to significantchordee, the penismay not beeasily visible from the front. This condition isoftenassociatedwithmicrophallus, hypospadias, and otherurogenitalabnormalities. In some cases, additionalunrelatedcongenital malformations maybepresent.

Objectifs:

This studyaims to describe the surgical management of penoscrotal inversion and report the outcomes of eight cases treated at our institution.

Matériel et méthodes:

Weconducted a retrospectivereview of eight cases of penoscrotal inversion surgicallymanaged at our institution betweenJanuary 2015 and December 2024.

Résultats:

The meanage at the first intervention was 3 years and 6 months (range: 2–7 years). One patient had an associatedupperurinary tract malformation, specificallybilateralvesicoureteral reflux, whichwassurgicallycorrectedbeforeaddressing the penoscrotal inversion. Three patients hadtesticularectopia, and karyotypingwasperformed to excludedisorders of sexualdevelopment (DSD). Hypospadias wasobserved in seven patients, including one case of proximal hypospadias and six cases of penoscrotal hypospadias. Surgical correction includedchordee release and Z-plasty to correct the bifid scrotum in all patients. Urethroplastywasperformedusing the Duckett technique in five children, convertingpenoscrotal hypospadias to proximal hypospadias. In two cases, Duplay’surethroplastywasused to reposition the meatus: one patient haditrepositioned to the balanopreputial groove from proximal hypospadias, and anotherhaditrelocated to a more proximal penile position frompenoscrotal hypospadias. A subsequent Duplay procedure was performed in all children to apicalize the meatus. During follow-up, two patients developedurethralstrictures, successfullytreatedwith dilation, and one patient developed a urethralfistula. The best aestheticoutcomewasnoted in the childwithoutassociated hypospadias, whounderwent a single-stage correction of the penoscrotal inversion.

Conclusion:

Penoscrotal inversion is a complex and polymorphicanomaly of the externalgenitalia, posing a significantsurgical challenge. To achieve optimal functional and aestheticresults, chordee correction and scrotoplastyshouldprecededefinitiveurethroplasty in cases withassociated hypospadias.

P43 - Pain duration of lessthan 24 hoursisindependentlycorrelatedwithtesticular torsion. A prospective pediatriccohort.

W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Hbaieb (1), E. Jmal (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Background: The overlappingsigns and symptoms of testicular torsion (TT) and torsion of the testicularappendix (TTA) are usually a cause of difficulty and confusion, makingit a real challenge for physicians to distinguishbetweenthesetwo conditions.

Objectifs:

Aim: The objective of thisstudywas to evaluate the significance of pain duration as a diagnostic factor in differentiating TT from TTA in pediatric patients presentingwith acute scrotal pain.

Matériel et méthodes:

Methods:Afterapproval by ourinstitutionalreviewcommittee, wecarried out a prospective investigation in a pediatric emergency departmentfromJanuary 1, 2022 to July 31, 2024. Weincluded all childrenunder the age of 14 presentingwith acute scrotum and having a final diagnosis of TT or TTA.

Résultats:

Results:Sixty-eightchildren, including 28 (41.2%) with TT and 40 (58.8%) with TAT, wereenrolled. The medianage of patients was 11 years. The median pain duration was 20 hours. Clinicalexaminationshowedtesticularswellingin 54 (79.4%) patients, high-riding testis in 19 (27.9%) patients, and diffuse tendernessin 55 (80.9%) children. The cremasteric reflex was absent in 20 (29.4%) patients. Univariateanalysisrevealedsignificantdifferencebetween TT and TTA groups with regard to duration of pain, high-riding testis and absent cremasteric reflex (Table 1). Multivariateanalysisidentified pain duration < 24 hours (p=0.021, Odds ratio=9.203 [1.387-61.048]), high-riding testis (p=0.002, Odds ratio=25.981 [3.348-201.631]), absent cremasteric reflex (p=0.039, Odds ratio= 9.936 [1.123-87.941]) and leukocytosis> 10x10 9 /L (p=0.002, Odds ratio= 37.536 [3.675-383.368]) as independentpredictivefactors for TT in childrenwith acute scrotum.

Conclusion:

Conclusion: Our studydemonstratedthat pain duration of lessthan 24 hoursisa key factor in distinguishingbetween TT and TTA in childrenpresentingwith acute scrotum.

P44 - Ultrasonographic Evidence of Bladder Wall Thickening as a Prognostic Indicator of Adverse Outcomes Following Ureteroneocystostomy

W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Hbaieb (1), E. Jmal (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Background:Althoughureteroneocystostomyachieves a high success rate exceeding 95%, various patient-specific and perioperativefactors can adversely impact itsoutcomes in pediatric patients.

Objectifs:

Aim: to identifyriskfactorsassociatedwith 30-day postoperative complications followingureteroneocystostomyperformed for vesicoureteral reflux (VUR) in children.

Matériel et méthodes:

Methods: A retrospectivereviewwasconducted of all pediatric patients under 14 years of agewhounderwentprimaryureteroneocystostomy for VUR at a single academichospital in TunisiabetweenJanuary 1, 2010, and December 31, 2023.

Résultats:

Results: A total of 192 patients wereincluded, with a medianage of 47 months at the time of surgery. Bilateral VUR wasidentifiedin 119 patients, and 98 (51%) were male. Preoperativeurinary tract infections (UTIs) werepresentin 120 patients (62.5%), and 22 childrenhadassociatedurologicalcomorbidities. All proceduresutilized an intravesicalapproach. Postoperative complications occurredin 29 patients (15.1%), comprising 16 cases of febrileUTIs, 6 cases of severe pain, 5 cases of unexpectedhematuria, 2 cases of acute urinaryretention, 1 case of pyonephrosis, 1 case of surgical site infection, 1 case of septicshock, and 1 case of vesicouretericjunction obstruction. No significantdifferenceswereobservedbetween groups concerningage, gender, prenatalhydronephrosis, VUR laterality, preoperativedifferentialrenalfunction, or renalscarring on scintigraphy. Multivariateanalysisidentifiedurologicalcomorbidities (p=0.008, Odds ratio = 4.054 [1.439-11.421]) and bladderwallthickening on ultrasound (p=0.003, Odds ratio = 5.792 [1.824-18.389]) as independentpredictors of 30-day complications afterureteroneocystostomy for VUR.

Conclusion:

Conclusion: This study highlights bladderwallthickening as a significantpredictor of adverse outcomesfollowingureteroneocystostomy. Thesefindingsprovidevaluable insights for identifying high-risk patients and optimizingpostoperative management strategies.

P45 - Optimizing Timing for Distal Hypospadias Repair: Evidence of Increased Risks withOlder Age

W. Rhaiem (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Belhajmansour (1), E. Jmal (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Background: Hypospadias is one of the mostcommoncongenital malformations in boys. Surgicaltreatment of hypospadias isstillchallenging, with complication rates rangingfrom 5 to 23%.

Objectifs:

Aim: This studyaimed to investigate the riskfactorscontributing to 30-day postoperative complications in pediatric patients undergoing distal hypospadias repair.

Matériel et méthodes:

Methods: A retrospective case-control studywasconducted, analyzing the clinical data of boys whounderwentprimary distal hypospadias repair at our center betweenJanuary 2017 and December 2022.

Résultats:

Results: A total of 415 boys wereincluded, with a medianage of 3.3 years (range 2–6 years) at the time of surgery. The initial hypospadias classification wasglandularin 80 cases, coronal in 232 cases, and subcoronalin 103 cases. Surgical techniques utilizedincluded the Duplayrepairin 322 patients (77.6%), the Mathieu urethroplastyin 58 patients (14%), and the MAGPI procedurein 35 patients (8.4%). A urinary stent wasplacedpostoperatively in the Duplay and Mathieu techniques. Early complications within 30 dayswereobservedin 27 patients (6.5%), includingwounddehiscence (2.4%), surgical site infection (1.9%), urinary tract infection (1.2%), and urinaryretentionafter stent removal (1%). Univariateanalysisrevealed a higher complication rate in olderchildren, whilemultivariateanalysisidentifiedage over twoyears as an independentrisk factor for postoperative complications (p=0.029; OR=9.348, 95% CI: 1.251–69.877).

Conclusion:

Conclusion:Current guidelines advocate for hypospadias repairbetween 6 and 18 months of age. This studyreinforcestheserecommendations, highlighting an increasedrisk of earlypostoperative complications in childrenolderthantwoyearsundergoing distal hypospadias repair.

P46 - Clinical, Biological and RadiologicalOutcomes of NeonatalPosteriorUrethral Valve

W. Rhaiem (1), M. Belhaj Mansour (1), A. Issaoui (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Posteriorurethral valves (PUVs) are the mostcommon cause of congenitalloweurinary tract obstruction in male newborns, significantlyimpactingkidneyfunction and leading to a high risk of end-stage renaldisease

Objectifs:

Objective: This studyinvestigates the clinical, biological, and radiologicaloutcomes of neonatesdiagnosedwithposteriorurethral valves (PUV) and treated at the pediatricsurgerydepartment of Hedi Chaker Hospital in Sfax over a 21-year period.

Matériel et méthodes:

Methods: A retrospectiveanalysis of 22 cases of PUV, focusing on 11 neonatesdiagnosedwithin the first month of life betweenJanuary 2010 and December 2021, wasconducted in the pediatricsurgerydepartment of Hedi Chaker Hospital in Sfax. The studyassessedprenatalfindings, postnatal clinicalpresentation, treatmentstrategies, and long-termoutcomes.

Résultats:

Results:Prenataldiagnosiswasestablishedin 9 cases based on ultrasonographicfindings, includingpyelocaliceal dilation (55.5%) and megacystis (44.4%). Postnatally, commonsymptomsincludedfever (63.3%), urinaryretention (27.2%), and a weakurinarystream (45.5%). Paraclinical investigations showedthatrenalultrasoundwasabnormalin 90.9% of cases, withfindingssuch as bladderwallthickening (63.6%), renalparenchymal anomalies (27.2%), and posteriorurethral dilation (18.1%). Voidingcystourethrography (VCUG) demonstratedposteriorurethral dilation in 90% of cases, while 63.6% hadvesicoureteral reflux (VUR), mostly of high grade. Urine cultures were positive in 63.6% of patients, with Klebsiella pneumoniaebeing the mostfrequentpathogen (85.7%). Renalfunctionwasimpairedin 54.5% of cases, withreducedcreatinine clearance. Initial management includedurinarycatheterizationin 7 cases and vesicostomyin 4 severe cases. Endoscopic valve ablation wasperformed on 10 neonateswith an averageage of 3.23 months. Long-term follow-up showed persistent urinary issues, withsome patients requiringtreatment for bladderdysfunction or VUR. Renalfunctionimproved in five out of six patients with initial impairment, while one patient hadongoingmoderateinsufficiency. Imaging follow-up revealedbladderwallthickening and urinary tract dilation in some cases. Additionalproceduresincludedvesicostomyclosure, ureterostomy reversal, and ureteralreimplantation for persistent vesicoureteral reflux.

Conclusion:

Conclusion:Early identification and intervention are essential for optimizingrenal and bladderfunction in neonateswith PUV. Despite effective surgicaltreatment, long-termurological monitoring remains crucial due to the potential for persistent urinary tract complications.

P47 - Testicular appendage torsion in children

W. Rhaiem (1), M. Belhaj Mansour (1), A. Issaoui (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Background: the testicular appendages or Morgagni hydatid torsion (MHT) isconsidered the mostcommon cause of acute scrotal pain in prepubertalchildren and mayevenbe the single mostprevalent cause of pediatricorchalgia.. Whileitisoftensuspectedbased on clinicalpresentation, definitivediagnosistypicallyrequiressurgical exploration.

Objectifs:

Aim : This studyaimed to evaluate the incidence, clinicalfeatures, diagnostic methods, and treatmentoutcomes of MHT.

Matériel et méthodes:

Methods: Wecarried out a retrospectivestudyfrom July 1, 2018, to June 30, 2023, focusing on cases of acute scrotum, includingthosecaused by Morgagni hydatid torsion, at the pediatricsurgerydepartment of Hedi Chaker Hospital in Sfax. Surgical intervention wasperformed in all instances due to ongoingconcernsregardingspermaticcord torsion. Wecollected and analyzed data on patient age, clinicalsigns, imagingfindings, and treatmentoutcomes.

Résultats:

Results: Among 102 boys with acute scrotum, 32 (31.3%) werediagnosedwith MHT. The meanage at presentationwas 8.3 years, with a higher incidence noted in the 8 to 12-year age group. MHT wasobserved on the right sidein 59.37% of cases and on the leftsidein 40.6% of cases. The average time to consultation in this group was 49 hours, withonly 25% of patients seekingmedical attention within the first 6 hoursaftersymptomonset. A large, red scrotum wasobservedin 78.1% of patients. Doppler ultrasoundwasperformedurgentlyin 6 patients, but itdid not exclude the diagnosis of spermaticcord torsion. Surgical exploration confirmed MHT in all cases, revealing a twisted and necrotichydatidwhilepreservingtesticularviability. hesurgicalprocedureinvolvedresection of the twistedhydatidwithouttesticular fixation. The average hospital stay was 1 day, with no reported intraoperative or postoperative complications.

Conclusion:

Conclusions: MHT is a significant cause of acute scrotum in children. Surgical exploration is essential for accuratediagnosis and management, particularly in cases with diagnostic uncertainty. Early intervention can lead to favorable outcomes and minimizehospitalstays.

P48 - Traumatic scrotal injuries in children

W. Rhaiem (1), M. Belhaj Mansour (1), A. Issaoui (1), M. Zouari (1), S. Kharrat (1), M. Ben Dhaou (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Background: Testicular trauma is a rare emergency. Whilepenetrating injuries needsurgicalrevision, blunt injuries maybetreatedconservatively.

Objectifs:

This studyaimed to investigate the clinical, epidemiological, and therapeuticcharacteristics of traumatic scrotal injuries in pediatric patients.

Matériel et méthodes:

Methods This retrospectivestudyreviewed the cases of 21 pediatric patients diagnosedwithtraumatic scrotal injuries at our institution between July 1, 2018, and June 30, 2023. Data werecollectedfrommedical records, includingdemographic information, the circumstances of the trauma, time to consultation, clinicalpresentation, diagnostic imagingresults, therapeutic interventions, and follow-up outcomes.

Résultats:

Results A total of 21 patients werediagnosedwithtraumaticbursitis, representing 20.5% of the 102 cases of acute bursitis in ourstudy. The meanage of the patients was 9.9 years, withagesrangingfrom 5 to 14 years. The median time to consultation was 9 hours, with 80.9% seekingmedical attention within 24 hours, thoughonly 38% didsowithin the first 6 hours. Traumatic scrotal injuries weremainlycaused by domestic accidents (16 cases), includingfallsfrom bicycles or fromheights, while 5 cases wererelated to school accidents, primarilyinvolving kicks to the scrotal region. In 11 patients, the trauma wasclassified as open. Clinically, 85.71% of patients presentedwith a painful,

swollen scrotum, and scrotal ecchymosiswasobservedin 18 cases. Ultrasonographywasperformedin 10 patients, revealing simple lesionsin 9 cases, includingepididymal contusions and scrotal wallhematomas. More severe injuries wereidentifiedin 4 patients, including tunica albuginea rupture in 3 cases and hematocelein 1 case. The Doppler examinationshowedpreservedtesticularvascularizationin 8 patients, while 1 patient exhibitedquestionablevascularity. Surgical exploration wasperformedin 16 patients (76.2%), withprocedurestailored to the specificinjury type. This included 11 cases of open scrotal trauma, 4 cases withsuspectedseveretesticularinjurybased on ultrasonographicfindings, and 1 case with a clinical suspicion of spermaticcord torsion, whichwas not excluded by Doppler ultrasonography. The surgicalapproachvarieddepending on the lesions: tunica albuginea ruptures weresutured, epididymallesionswererepairedwithhematomaevacuation, and open scrotal woundswereirrigated and suturedfollowing a thorough exploration of the testicles and their appendages. Five patients received conservative treatmentwithanalgesics, all showing minimal or normal ultrasoundfindings. Post-operatively, all patients had a straightforwardrecoverywith no complicati

Conclusion:

Earlydiagnosis and timely intervention are essential for managingtraumatic scrotal injuries in children, withultrasonographybeing key to evaluating the severity. Earlysurgical or conservative treatmenttypicallyresults in favorable outcomes, underscoring the importance of quick medical attention.

P49 - Association BetweenComorbidities and Mortality in NeonatesUndergoing Major Association BetweenComorbidities and Mortality in NeonatesUndergoing Major

S. Kharrat (1), M. Zouari (1), E. Jmal (1), M. Belhajmansour (1), W. Rhaiem (1), M. Ben Dhaou (1), N. Hmida (2), R. Mhiri (1).

chirugiepediatriquehopitalhedichakersfax (1).neonatologiehedichakersfax (2).

Introduction:

Significantadvancements in neonatal care over the last five decades have led to a markedreduction in neonatalsurgicalmortality. However, mortality rates remainalarmingly high in low- and middle-income countries, exceeding 40% in certain Africanregions.

Objectifs:

This studyaimed to investigate the association betweencomorbidities and 30-day mortality in neonatesfollowing major gastrointestinal (GI) surgical interventions

Matériel et méthodes:

Following ethicalapprovalfrom the institutionalreviewboard, a prospective cohortstudywasconducted in a pediatricsurgerydepartmentfromJanuary 2022 to June 2024. The studyincluded all neonatesaged ≤28 dayswhounderwent major GI surgeryduring the studyperiod.

Résultats:

Of the 81 neonatesstudied, 21 (25.9%) diedwithin 30 days post-surgery. The leading causes of deathwereperitonitis, nosocomial neonatal sepsis, and respiratoryfailure. The cohortcomprised 46 males (56.8%) and 35 females (43.2%), withantenatal diagnoses documentedin 11 cases. The

meangestationalage, birthweight, and Apgar score were 36.5±3.2 weeks, 2.6±0.8 kg, and 9±1.1, respectively. Comorbiditieswereidentifiedin 25.9% of neonates, predominantlycongenitalheartdefects. Univariateanalysisdemonstratedthatfemalesex, comorbidities, lowbirthweight, prematurity, and prolongedoperative duration (>145 minutes) weresignificantpredictors of mortality. The co-existence of cardiaccomorbidities and prematuritypredicts an 82% mortality rate within 30 days. Being non-pretermmeans a 93% survival rate followingneonatal GI surgery.

Conclusion:

Comorbid conditions wereidentified as a significantdeterminant of 30-day mortalityfollowing major GI surgery in neonates. Thesefindings highlight the importance of tailoredperioperative care, heightenedpostoperative surveillance for high-risk infants, and comprehensiveprognostic counseling for families.

P50 - Shouldweremove all lipomas in Cowden syndrome? A case report withliteraturereview

S. Houidi (1), F. Thamri (1), S. Aouadi (2), H. Oueslati (3), Y. Houas (3), Y. Kerkeni (3), S. Sahli (3), R. Jouini (3).

service de chirurgie pédiatrique A-hopital d'enfants de tunis (1).service d'anesthsiereanimation-hopital d'enfants de Tunis (2).service de chirurgie A-hopital d'enfants de tunis (3).

Introduction:

Lipomatosisis an abnormal disposition of a fat tissue rarelydescribed in children. It couldbeisolated or be a part of a syndrome. Cowden syndrome (CS) is a PTEN-relateddisorderthatis a part of PTEN hamartoma syndrome, includinglipomas as criteria of diagnosis. Most casespresent multiple lipomas, but surgicalresection of thesebenign masses is not recommended. Wepresent a case of CS complicatedwith a thyroidlesion.

Objectifs:

During follow-up, the lipomasbecomesymptomatic and requiresurgical management.

Matériel et méthodes:

Our studyis a rare case report with a litteraturereview.

Résultats:

Our patient was a 10-year-old boy, diagnosed at the age of 7 yearsoldwith CS. Since the age of four, he has been observed for multiple lipomas of the head, trunk, and intraperitoneal location. Investigations showed no other cases in the family. During the follow-up, hedeveloped a benignthyroidadenoma. He wasoperated on at the age of 10 years. Now the patient is 11 yearsold;hepresented abdominal recurrent pain, pollakiuria, and enuresiswithrecurrenturinary infections and schoolabsenteeism. Abdominal ultrasonography and abdominal magneticresonanceimagingrevealed an increase in the size of the intraabdominal lipomawithbladder compression, measuring 141x48x163 mm versus 50x90 mm.Surgical excision wasindicated in this situation; the abdominal lipomawasresected. Aftersurgery, the patient recoveredwellwith the disappearance of urinarysymptoms. During the post-operative follow-up, thereis no recurrence of the resectedlipomas, withstability in the size of the othersubcutaneouslipomas.

Conclusion:

Based on ourexperiencewith the literaturereview, webelievethatmanaging CS necessitates close monitoring for breast, renal, thyroid, genital and intestinal cancers. However, thereis no risk of malignant transformation of lipomatosis in patients with PTEN hamartoma syndrome. Onlysymptomaticlipomasrequiresurgical excision becausethereis a risk of regrowth.

P51 - Overview of pediatricgynecological emergencies

S. Houidi (1), F. Thamri (1), NEH. Ben Alaya (1), S. Smaoui (2), Y. Houas (2), Y. Kerkeni (2), S. Sahli (2), R. Jouini (2).

service de chirurgie pédiatrique A-Hopital d'enfants de Tunis (1).service de chirurgie A-hopital d'enfants de tunis (2).

Introduction:

Diagnosis of gynecologic emergencies in the pediatric and adolescent population requires a high index of suspicion to avoiddelayed diagnoses.

Objectifs:

The aim of ourstudywas to describe the mostcommongynecological emergencies in the pediatric population.

Matériel et méthodes:

It was a retrospective, descriptive study. Data werecollectedfrom the department of pediatricsurgery A, Children's Hospital of Tunis, betweenJanuary 2017 and December 2023. A statisticalstudywasdonewith SPSS 24.

Résultats:

Thirty-six patients wereadmitted and treatedduring the period of study. The mostcommon emergencies werepelvic pain secondary to ovarianlesionsin 17 patients, perineal injuries (6 cases), complicatedovarianhernia (7 cases), hematocolpos (3 cases), breastabscess (2 cases), gynecomastia in a patient, and a case of child abuse with a vulvitis. The meanagewas 10 yearsold. Ovarianlesionsweresecondary to benign masses (functionalcysts, serouscystadenoma) in 82% (n = 14) and malignantovariantumorsin 18% (3 patients) with a meanage of 13 yearsold. Complicatedovarianherniawith strangulation wasnotedin 5 patients and withovarian torsion in 2 patients. Perineal injuries were in most cases secondary to domestic trauma and fallastride; the hymen was intact in all cases, and sutures weredoneundergeneralanesthesiausing PDS5/0. The two cases of hematocolposweremanagedwithhymenectomy. For the breastabscess, theyweretreatedwithantibiotics. Concerning the case of child abuse, shewas a girl aged 4 yearsold living withhermother and hermother'shusband. Shepresentedrepetitivevulvitis and urinary infections, but no one cares. Shewasreferred to ourdepartmentwith a vulvitis;shewasanxious and restless. The girl wasadmittedwithpsychological support. It was a case of sexual abuse, then the Institute of Child Protection wasinformed.

Conclusion:

Children'sgynecological emergencies are uncommon, but theyrequire more attention becauseovarian damage leads to infertility, and some situations couldalsorevealchild abuse.

P52 - DuodenalAtresia:FromDiagnosis to Treatment

F. Chaabouni (1), F. Trabelsi (1), A. Ben Younes (1), A. Jabloun (1), C. Saadi (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Hellal (1).

chirurgie pédiatrique hopitalhabibthameur (1).

Introduction:

Duodenalatresia (DA) resultsfrom a failure of embryonicduodenalrecanalization. It is the second mostcommon location of digestive atresia. Otherassociated anomalies mayinclude Down syndrome, VACTERL syndrome, annularpancreas, and biliary or mandibulofacialabnormalities.

Objectifs:

To analyze the clinical, radiological, and surgicalcharacteristics of duodenalatresia in neonates and assess the outcomes of differentsurgicalapproaches

Matériel et méthodes:

This is a retrospectivestudy of patients admitted for neonatalbowel obstruction (NBO) due to DA, collected at the pediatricsurgerydepartment of Habib Thameur Hospital over a 15-year period.

Résultats:

Weobserved six cases of DA among a total of 71 childrenadmitted for NBO. Prenataldiagnosiswas made in three cases. Prematuritywasfound in half of the cases. One childhad Down syndrome, and anotherhadtrisomy 18. Diagnosiswasestablished by the "double bubble" sign on plain abdominal X-ray in two cases, by intestinal transit study in two cases, and by abdominal ultrasound in the remainingtwo cases. Intraoperatively, DA wasafter the Ampulla of Vater in four cases and before in two cases. Meconium passage occurred on the first day of life in patients with a DA before the Ampulla of Vater, whileitwas absent or delayed in DA cases after the Ampulla of Vater. Five patients underwentlateralduodenoduodenostomy, while one had a duodenoplasty. The outcomewas favorable in five cases, with a 15-year follow-up. Unfortunately, we report the death of one hypotrophic patient due to septicshock.

Conclusion:

DA is a relativelycommon cause of NBO with a flat abdomen. Prenataldiagnosisis possible. Postnatally, the diagnosisissuspectedbased on clinical and imagingfindings and confirmedintraoperatively. The prognosisis good withearlytreatment.

P53 - TOTAL COLONIC AGANGLIONOSIS IN NEWBORN: A RARE FORM OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

F. Chaabouni (1), C. Saadi (1), A. Ben Younes (1), A. Jabloun (1), F. Trabelsi (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Hellal (1).

chirurgie pédiatrique hopitalhabibthameur (1).

Introduction:

Total colonicaganglionosis (TCA) is a relativelyuncommonform of Hirschsprung disease, characterized by the absence of ganglion cellsthroughout the entire colon, presenting unique challenges in diagnosis and management.

Objectifs:

Our aimwas to identify the clinical and therapeuticfeatures of TCA diagnosed in the neonatalperiod.

Matériel et méthodes:

Weconducted a retrospectivereview of 5 childrenoperated for HD with TCA formheld in the department of pediatricsurgery of Habib Thameur Hospital between 2000 and 2024.

Résultats:

Weincluded 3 boys and 2 girls with a medianage of 2 days (1 – 10 days). One patient had a positive familyhistory. Four patients presentedwithbowel obstruction and one admittedlater for peritonitis. Delayed passage of meconiumwithnegative rectal probe test werepresent in all cases. Bariumenemawasindicatedin 2 cases suspecting intestinal atresia. Emergency laparotomywasindicated in all patients afterstabilization. Exploration revealed caecal perforation in 2 cases and a transition zone in the ileumin 3 cases. The 2 first patients hadileocecalresection and all hadileostomies. Stagedseromuscular biopsies weredone in all cases. Histopathologicfindingsconfirmed TCA form of HD. Intestinal occlusion occurred 3 monthsaftersurgery in one patient. He wasreoperated but succumbed on the 15th postoperativeday due to septicemia. For the other 4 patients, the postoperative courses wereuneventful and theyhadileal pull-through at a medianage of 13 months.

Conclusion:

The total colonicform of Hirschsprung'sdiseaseisuncommon. Itsdiagnosisishistological. The management of neonatalformsisessentiallybased on intestinal diversion (ileostomy +/- colostomy) in healthy areas. Earlydiagnosis and management are crucial because once complications occur, the mortality rate couldrise.

P54 - Prise en charge de la torsion de l'ovaire sur masse chez l'enfant de la période néonatale à l'adolescence : Etude multicentrique

S. Houidi (1), F. Thamri (1), A. Missaoui (1), Y. Houas (1), Y. Kerkeni (1), S. Sahli (1), R. Jouini (1).

chirurgie pédiatrique "A", Hopital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

Les kystes ovariens représentent la masse abdominale la plus fréquente diagnostiquée avant la naissance. Ils présentent souvent des complications telles qu'une torsion justifiant un traitement chirurgical.

Objectifs:

Dans cette étude, nous discutons la prise en charge de la torsion des masses ovariennes afin de préserver l'ovaire.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude multicentrique. Nous avons examiné rétrospectivement 45 cas de torsion d'annexes sur masse ovarienne dans les services de chirurgie pédiatrique en Tunisie entre janvier 2010 et décembre 2019. (Services de chirurgie pédiatrique « A », « B » de l'hôpital d'enfants, hôpital Habib Thameur, hôpital Hédi Chaker et hôpital Fatouma Bourguiba). Les études statistiques ont été réalisées par le logiciel Spss 24.

Résultats:

Quarante-cinq patientes ont été prises en charge pour une torsion d'annexes sur masse ovarienne. L'âge moyen était de 7 ans. Le diagnostic a été principalement suspecté devant des douleurs pelviennes dans 77 % des cas. Vingt-trois pour cent des cas ont été diagnostiqués en prénatal au troisième trimestre. Le diagnostic a été suspecté sur échographie abdominale dans 30 % des cas, montrant une absence de vascularisation ovarienne et présence de tours de spires. Pour les autres cas, l'échographie a montré une augmentation de la taille de l'ovaire avec un kyste ovarien. Toutes les patientes ont été opérées. Parmi les patientes diagnostiquées en prénatal, deux ont été opérées immédiatement après l'accouchement car l'échographie a montré un signe de torsion ovarienne récente. Une patiente a été prise en charge par aspiration immédiatement après l'accouchement, puis opérée. Pour les sept autres patientes, elles ont été initialement prises en charge par surveillance, puis opérées, car l'échographie a montré des signes de torsion ancienne ou de simple kyste ovarien. La taille moyenne des masses était de 5,9 cm. Une annexectomie-ovariectomie a été réalisée chez 16 patientes (35 %) suspectant une tumeur maligne. Une kystectomie a été pratiquée chez 29 patientes (65 %). L'examen anatomopathologique a révélé un tératome chez 10 patientes, un cystadénome séreux chez 6 patientes et des kystes fonctionnels chez 21 patientes. Le type de kyste était difficile à déterminer chez 9 patientes en raison de la torsion anténatale.

Conclusion:

La torsion ovarienne chez l'enfant est fréquente sur volumineuses masses ovariennes. La plupart des tumeurs ovariennes chez l'enfant sont bénignes mais a prise en charge de ces tumeurs n'est pas codifiée. Une kystectomie ou simple ponction peuvent être proposées et la chirurgie conservatrice ovarienne reste la solution de référence pour le traitement de la torsion de l'ovaire sur masse bénigne.

P55 - Dealing with failed feminizing genitoplasty

S. Houidi (1), F. Thamri (1), Y. Houas (1), R. Jouini (1).

service de chirurgie "A", Hopital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

Feminizinggenitoplastyis a type of surgerythat can change the genitals to correct anyirregularities at birth due to cloaca or disorder of sexdifferentiation (DSD).

Objectifs:

There issomedebate about the right age to performsurgery. We report two cases of failedgenitoplasty.

Matériel et méthodes:

Weretrospectively report two cases of failedgenitoplastytreated in the department of pediatricsurgery "A"

Résultats:

The first case was a childpresenting a DSD withcongenitaladrenal hyperplasia. On the physicalexamination, therewas a clitorialhypertrophy and a posteriorurethralmeatus. Serial investigations were done during the neonatal period. Karyotype was 46 XX with a deficit of 17

hydroxyprogesterone. Ultrasonography and genitography showed a female's internal reproductive organs and a urogenital sinus with a length of 2,5 cm. A feminizing genitoplasty was done at the age of 1 year by a non-experienced surgeon. At the age of 5 years, the parents and the childwereanxious about the estheticoutcome. The patient wasreferred to ourdepartmentwith a clitoralhypertrophy (length=4cm) and a posteriorurethralmeatus on the top of twoempty scrotums. Genitographywasdone and showedurogenital sinus of 2,5cm. A redo-surgerywasperformed, a clitoroplastywithlaborious mobilisation of the urogenital sinus and vaginoplasty. The estheticoutcomewas good. The second case was a girl with a persistent cloaca, a partial sacral agenesis, and a tethered spinal cord (L5-S1). Shewasoperated at the age of 12 monthswith a lowering of the rectum through a posterior sagittal. Shehad an anorectoplasty and a vaginoplasty. During the post operative period she presented a leakage of the anoplasty and the posterior wall of the vaginoplasty. A redo surgery of the anoplasty was done. At the age of 18 years old, she presented severe depression. On the physical examination: we found a single urogenital orifice and a gaping anus, with a soiling. The patient underwentsurgery. An anoplastywasperformed, followed by laboriousmobilization of the urogenital sinus and a vaginoplasty. The estheticoutcome of the surgerywasvery excellent. Actually, the patient is more comfortablewiththreeseparate orifices.

Conclusion:

Feminizinggenitoplastyis a complex type of surgerythatshouldonlybeperformed by experienced surgeons, as failure to do consequently can result in seriouspsychological

P56 - A rare etiology of caecal perforation in a newborn

W. Rhaiem (1), S. Ammar (1), H. Zitouni (1), M. Hbaieb (1), S. Kharrat (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Caecal perforation is rare cause of neonatalperitonitisthatmaybelethal. It'shabitually a diastatic perforation secondary to Hirschsprung disease. More rarelyitmaysecondary to enterocolitis or perforatedneontalappendicitis

Objectifs:

This case report describes a rare case of colonicatresiarevealedafter a cecal perforation.

Matériel et méthodes:

Case Presentation

Résultats:

A 10-day-old male neonate, born at term via spontaneous vaginal deliverywith a birthweight of 4100 g, wasinitiallyadmitted for neonatalhypoglycemiaassociatedwith transient respiratorydistress. On the 10th day of life, hedeveloped abdominal distension and biliousvomiting. The abdomen wasdistended and tender. An abdominal X-ray revealedhudgepneumoperitoneum. Peritonitis and cecal perforation wereidentifiednear the base of the appendix. The colon was flat. An appendectomy and cecostomywereperformedwithcolonic biopsies. Histopathologicalexaminationconfirmedneonatalappendicitiswithinflammatory changes and ruled out Hirschsprung'sdisease. A second surgerywasperformed to restore intestinal continuity and the

cecostomywasclosed. The patient waskept on digestive rest for four days. However, by postoperativeday 5, heexperienced persistent biliousvomiting, abdominal bloating, and failure to resumebowelmovementsdespiteenemas. Radiographsshowed multiple air-fluidlevels, and an abdominal ultrasoundrevealedsignificantbowel distension. Givensuspectedpostoperativestenosis or post operativeadhesion, reinterventionwasdecided. thesurgical exploration showed intact sutures, but significant distension of the ascending colon and a markeddiscrepancy in coloniccaliber. Histologicalextemporaryexamination of the transverse colon ruled out Hirschsprung'sdisease. The colonic lumen wasopened and a colonicdiaphragmwasidentified in the transverse colon with apparent continuity to the rest of the colon. Resection of the atresiawith a termino-terminal ileocolicanastomosiswasperformed. Postoperatively, the patient showed good progress, and the overalloutcomewas positive.

Conclusion:

Colonicatresiais a rare congenital condition that can presentwithnonspecificneonatalsymptoms, makingearlydiagnosischallenging. In this case, the unusualpresentationwith caecal perforation initiallymasked the underlyingpathology. In facttherewas no notable discrepancy in caliber and the colon seems normal and permeable. This condition requires a high index of clinical suspicion and prompt management, as it can mimicHirschsprung'sdisease. A high index of suspicion, alongwith prompt surgical intervention, is crucial to prevent complications and improveoutcomes

P57 - Conservative management of a rare case of blunt Paediatricpancreatic trauma involving the main pancreaticduct

W. Rhaiem (1), S. Ammar (1), H. Zitouni (1), M. Belhajmansour (1), N. BennourGhadhab (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Blunt isolatedpancreatic trauma is rare in children and associatedwith high morbidity and mortality. Controversiesstillexistconcerning the management of high grade pancreatic damage.

Objectifs:

This case studydescribessuccessful conservative management of a 13-year-old male patient with a high grade pancreaticinjuryfollowing a road traffic accident.

Matériel et méthodes:

Case Presentation This is a 13-year-old male whowasinvolved in a road traffic accident. The incident involved a motorcycleskidwith the rider beingejected and landing on hisepigastrium. The patient wasinitiallytaken to to the emergency department. Uponarrival, bloodbiochemistry tests revealedelevated inflammation markers and a significantincrease in pancreatic enzymes, withserum amylase levels six times higherthan the normal range and lipase levels 62 times the normal value. Abdominal contrast-enhancedcomputedtomographyrevealed a pancreatic fracture extendingacross the pancreas, stronglysuggesting an injury to the main pancreaticduct. This wasaccompanied by a mild to moderateintraperitonealhepatic and pelvicfluid collection, furthersupporting the likelihood of main pancreaticductinvolvementwith Grade IV traumaticpancreaticinjuryaccording to the AAST calssification.

Résultats:

Twelve hours post-trauma, the patient wastransferred to the pediatricanesthesia and intensive care unit (ICU). He wasmanagedwith digestive rest, standard fluidresuscitation, Mopral (omeprazole), morphine for analgesia, and antibiotics. Considering the pancreaticinjury, an initial non-operative management (NOM) approachwasimplemented. However, the patient laterdevelopedsevere abdominal pain and persistent foodvomiting on Day 10 post-trauma, whichremainedunresponsive to analgesictreatment. Consequently, morphine and total parenteral nutrition (TPN) wereinitiated. Given the pancreatic fracture extendingthrough the main pancreaticduct, the team suspected a pancreaticpseudocyst, a recognized complication of the previouslyidentifiedpancreatic body fracture. Imaging revealed a large peripancreatic and intergastric-splenicfluid collection, displacing the stomach, pancreatictail, jejunum, and transverse colon. Contrast-enhancedimagingshowed a homogeneousfluid-filled collection measuring 17 x 11 x 20 cm, highly suggestive of a post-traumaticpancreaticpseudocyst. Additionally, therewasgastricwallthickening in contact with the collection, consistent withreactivesubmucosaledema. The patient underwentpercutaneous drainage of the pseudo–cystunder CT guidance, with the placement of a 10 Fr catheter in the intra-abdominal collection. Over the first 24 hours, the drainage output was 816 cc, then 350 cc per 24 hours, followed by a daily output of 300-600 cc. The post-drainage course wasuneventful: the patient regainedappetite, tolerated oral intakewell, had no recurrence of vomiting, and had no bowel transit disturbances. Parenteral nutrition wasstopped on Day 3 post-drainage, and the normal dietwasreintroduced and welltolerated. Follow-up blood tests showedimprovement, with normal liverfunction and pancreatic tests. The patient wasdischarged on Day 27 post-trauma.

Conclusion:

Pancreatic injuries, particularlythoseinvolving the main pancreaticduct, requirecareful monitoring and management to prevent complications such as pseudocysts and infections. Early intervention, appropriate diagnostic imaging, and close monitoring were essential in managing the patient's condition and preventingfurther complications.

P58 - HydatidCysts In Children Under 3 YearsOld: A Case Series

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), S. Ammar (1), MA. Mseddi (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatric surgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Hydatidcysts are rare in childrenunder 3 yearsold due to the long incubation period of the Echinococcusgranulosus parasite. The slow progression of the diseasetypicallyresults in cystsdeveloping over severalyears, makingearlychildhood cases uncommon. However, cases have been reported in endemicregions.

Objectifs:

Wepresent a series of cases involvinghydatidcysts in childrenunder 3 yearsold and wewillemphasize the importance of patients beingaware of the preventivemeasures in order to lowermorbidity.

Matériel et méthodes:

This studywasconducted in the Department of PediatricSurgery at Hedi Chaker Hospital in Sfax between 2020 and 2024 including all cases diagnosedwithhydatidcysts, under the age of 3 yearsold.

Résultats:

The group consists of 4 boys and 2 girls with a meanage of 2.9 yearsold, whohadvarying histories of exposure to sheep and dogs. The primarysymptom in all cases was abdominal pain. Diagnostic imaging, including abdominal ultrasound and/or CT scans, confirmed the presence of hydatidcysts in the liver and lungs. Five patients hadhepatichydatidcysts, rangingfromsmall, simple cysts to larger, more complexcystsinvolving multiple liver segments, including segments III, VI, and VIII. The median size of the hepaticcystswas 7 cm. Twochildrenpresentedwithlunghydatidcysts. The median size of the pulmonarycystswas 5 cm. Surgicalprocedureswereperformedbased on the location and complexity of the cysts. The surgicalapproachesincluded subcostal incisions for hepaticcyst and thoracotomies for pulmonarycysts. All patients receivedalbendazole for three to six months post-surgery. Mean follow up duration was 18 months. There were no complications during the follow-up period.

Conclusion:

Timely and appropriate management is crucial to prevent complications and ensure favorable outcomes in youngchildren, especially in endemic areas. Earlydiagnosis and surgical intervention are key to avoiding complications. More education and earlyawarnessamong the tunisianscouldreducemorbidity and avoidsuchdiseasesfothisparticularage group.

P59 - Delayed presentation of posterior urethral valve

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), S. Ammar (1), A. Issaoui (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Posteriorurethral valves (PUVs) are the mostcommon cause of lowerurinary tract obstruction in male neonates, with an incidence of one case per 8,000 to 25,000 live births and typicallydiagnosed in the neonatalperiod. late-presenting cases remain rare and pose significant challenges due to theirinsidious progression and potential for long-termrenal damage.

Objectifs:

We report two cases of late-presentingposteriorurethral valves (PUVs) operated in the PediatricSurgeryDepartment at Hedi Chaker Hospital, Sfax.

Matériel et méthodes:

Cases presentation: Case 1: A 9-year-old boy with no prenataldiagnosis of congenitaluropathyhad a history of recurrenturinary tract infections (UTIs) since the age of 4 years. Despitebilateraluretero-pyelocaliceal (UPC) dilation and a thinnedrenal cortex on ultrasound, his condition wasneglected. At the age of 9, hepresentedwith abdominal pain and dysuria. Renalultrasoundrevealedsignificantbilateralhydroureteronephrosis. A voidingcystourethrogram (VCUG) confirmed a multidiverticularhypertrophicbladderwith grade IV vesicoureteral reflux (VUR) and posteriorurethral valves (PUVs). Laboratory tests showedrenalimpairment. The patient underwentendoscopic valve resection. Case 2: A 13-year-old boy presentedwithtwoepisodes of urinary tract infection (UTI). Despite parental reports of a good urinarystream, ultrasoundrevealedbilateraluretero-pyelocaliceal dilation (UPC). The condition progressed to urinaryretention, withunsuccessfultransurethralcatheterization. Voidingcystourethrogram (VCUG) confirmedPUVswithvesicoureteral reflux (VUR). He underwentendoscopic valve resection.

Résultats:

While follow-ups of thesetwo cases showedimprovement in hydroureteronephrosis, theysubsequentlydevelopedchronickidneydisease (CKD) and wasinitiated on daily intermittent catheterizationwithanticholinergictherapy.

Conclusion:

A delayeddiagnosis can result in progressive bladderdysfunction and irreversiblerenalimpairment if leftundiagnosed. A high index of suspicion is crucial whenevaluating boys of anyagewithrecurrentUTIs, bilateralhydroureteronephrosis, or unexplainedlowerurinary tract symptoms (LUTS). Earlydiagnosis and intervention are key to preventing complications such as chronickidneydisease (CKD) and lifelongcatheterization.

P60 - Management of intussusception in children:Whatis the role of laparoscopicsurgery?

F. Chaabouni (1), F. Trabelsi (1), R. Ouaghleni (1), A. Jabloun (1), C. Saadi (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Hellal (1).

chirurgie pédiatrique hopitalhabibthameur (1).

Introduction:

Intussusception is the mostcommon cause of smallbowel obstruction in infants. Radiologicalreductionis the first-line treatment, if not successful, patients requireoperative intervention. Controversyexistswhether the laparoscopicoperativeapproachis as safe and effective as the standard open approach.

Objectifs:

Weaimed to reviewourinstitution'sexperiencewith the laparoscopictreatment of intussusception in order to assess the safety and efficiency of this technique.

Matériel et méthodes:

Weretrospectivelyreviewedchildrenrequiringoperative intervention for reduction of intussusception and underwentlaparoscopicapproachbetweenJanuary 2012 and march 2022 in ourdepartment.

Résultats:

Four girls and 6 boys with a medianage of 29 monthswereincluded. Abdominal pain was the mostcommonsymptom (80%; 8/10), withvomitingbeing the second (50%; 5/10). The sign of bloody stoolswasobserved in only one patient. All patients had an enemareductionaftersonographic confirmation. A failedreduction (7/10) or recurrences (3/10) of intussusception wasfollowed by direct laparoscopic interventions. The meanextent of the intussusception was 3.5 centimeterswith 6 ileocolic intussusceptions and 3 ileoilealones. One patient hadspontaneouslyresolved at the time of laparoscopic exploration. No lead points wereidentifiedneither patients requiredbowelresection. The medianhospitalstaywas 2 days. No adhesive intestinal obstruction occurredwith a median follow-up of 5 years.

Conclusion:

Our data suggestthatlaparoscopicreduction of intussusception istechnicallyfeasible, safe, and efficient and confers the benefits of reducedpostoperative pain, shorter length of stay, faster return of bowelfunction, withimprovedcosmesis.

P61 - Management of gastroesophageal reflux disease in children.

F. Chaabouni (1), A. Daib (1), S. Laarif (1), C. Saadi (1), A. Jabloun (1), F. Trabelsi (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Hellal (1).

chirurgie pédiatrique hopitalhabibthameur (1).

Introduction:

Gastroesophageal reflux (GER) is a normal physiological process thatoccurs multiple times a day in healthy infants. However, it can progress to a pathological condition known as gastroesophageal reflux disease (GERD), characterized by poorweight gain, persistent irritability, abnormalposturing, and respiratory complications.

Objectifs:

Our purposewas to review the management of GER at a single institution.

Matériel et méthodes:

A retrospectiveanalysiswasundertaken of patients with GER during the periodfrom 2014 to 2024. Patients' demographics, treatment and postoperativeoutcomewereanalyzed.

Résultats:

There were 42 childrendividedinto 21 boys and 21 girls. Theirmedianagewas 4 years. The initial symptomsincluded 32 cases of vomiting, 11 recurrentbronchitis, twohematemesis, twoweightloss, twodysphagia, one chroniccough, one heartburn. The clinicalexaminationwasstrictly normal. 15 had an abdominal ultrasound, showing GER in 3 cases. 28 had an upper gastrointestinal series, 31 anendoscopy and two an oesophageal pH monitoring. At the end of these explorations, 17 had a hiatal hernia, 14 hadesophagitis and 11 hadpepticstenosis. All wereplacedunderhealthydietruleswithmedicaltreatmentbased on PPI. Only 24 cases wereoperated on, for resistance to treatmentin 12 cases, oesophagealstenosisin 10 cases and the othertwo for a large hiatal hernia. Our patients had a Nissenfundoplication by medianapproachin 11 cases and by laparoscopyin 13 cases. The averagelength of hospitalizationwas 5 days. Medicaltreatment and dietaryrulesweremaintainedpostoperatively. Follow-up wasmarkedby: four cases of pepticstenosisrequiring dilatation sessions, one case of recurrence and one case of valve ascension, bothrequiring a second intervention.

Conclusion:

It is important to determinewhichchildren have GER disease to offer optimal treatment and to avoidcostly and potentially invasive diagnostic testing. Manymedications have been attempted to overcome GER in infants, eachwiththeirownadvantages and limitations. Surgical management isreservedonly for cases resisting to medicalapproach.

P62 - Prévalence et devenir des ingestions de corps étrangers

J. Elhem (1), M. Bourchada (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

L'ingestion de corps étranger est un motif fréquent de consultation en pédiatrie. La symptomatologie clinique est variable. Sa potentielle gravité impose un diagnostic rapide et une prise en charge urgente.

Objectifs:

Relever la prévalence et les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des ingestions de corps étrangers en Tunisie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective portant sur 31 cas d'ingestion de corps étrangers colligés au service de pédiatrie A de l'hôpital d'enfants de Tunis.

Résultats:

31 as d'ingestion de corps étranger CE ont été colligés. Le sex-ratio était de 2.1 avec une prédominance masculine. l'âge médian était de 51 mois [4 - 120 mois]. L'accident a été révélé par un syndrome de pénétration dans dans 9 cas, des vomissements dans 7 cas, une cyanose dans 5 cas et était asymptomatique dans 15 cas. Il s'agissait de l'ingestion d'une pièce de monnaie dans 45% des cas. La radiographie du thorax a montré un CE radio opaque dans 80% des cas. Dans 16% des cas, le CE siégeait au niveau du tiers supérieur de l'œsophage. La fibroscopie digestive a objectivé la présence du CE au niveau gastrique dans 23% des cas. Dans les autres cas, le CE a migré au niveau du tube digestif. L'élimination du CE était par voie naturelle après la mise sous régime riche en fibre dans 87% des cas. Une extraction endoscopique était faite dans 13% des cas. L'évolution était favorable dans tous les cas avec une durée moyenne de séjour à l'hôpital de 1,87 jours [1-6 jours].

Conclusion:

Quoi que la majorité des corps étrangers sont éliminés spontanément ,dans 10 % des cas , le corps étranger constitue une source de complications graves (perforation digestive …). La prévention de ses accidents passe avant tout par l'éducation des parents de ne pas laisser trainer les petits objets surtout dans l'entourage des enfants appartenant à la tranche d'âge à risque.

P63 - Risk factors for Hickman-Broviaccathetercomplications: the experience of a Tunisianhospital.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), A. Missoui (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

Introduction:

Hickman-Broviaccatheters have improved the care of youngchildrenneedingfrequent and prolongedvenousaccess at the cost of substantialmorbidity, particularly in the developing countries.

Objectifs:

The aim of ourstudyis to describe the experience of a Tunisianhospital and to look for the main riskfactors for complications.

Matériel et méthodes:

In this prospective observationalstudy, weincluded all neonates and infants agedlessthan 12 monthswhowereproposed for catheterBroviac insertion in the paediatricsurgerydepartmentfromJanuary 2022 to June 2023 with 3 months of follow-up aftercatheter insertion. Patients weredividedinto 2 groups according to the incidence of complications. Then, wecompared the two groups. Univariatelogisticregression analyses wereused to determine the riskfactors for complications.

Résultats:

Forty-three children were included in the study. The incidence of complicatedcatheterswas 60.4%. The followingfactorsweresignificantlyassociatedwith an increasedrisk of complications:age 6 months [OR 3.5, 95% CI: 0.6-19.3], weight 6 kg [OR 1.54, 95% CI: 0.46-5.2], emergency circumstances [OR 1.62, 95% CI: 0.8-5.4], and antibiotherapy as an indication for Broviaccatheter insertion [OR 1.8, 95% CI: 0.5-6.2].

Conclusion:

Complications seem to be more frequent in patients youngerthan 6 months and thosewith a lowweight of lessthan 6 kg, and to reduce the morbidityrelated to the catheters, the indications shouldbecarefullychosen.

P64 - Broviaccatheter versus percutaneous central venouscatheter in neonates and younginfants:a prospective observationalstudy.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), O. Fakhfakh (1), S. Ben Ayed (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

Introduction:

Broviaccatheters are verycommon and improperlyrequestedamongneonates and young infants in our setting. The introduction of percutaneous central venouscatheters in this population needsassessment.

Objectifs:

The aim of thisstudyis to compare the difficulty of placement and the outcomes of thesetwo types of central linesamongthis population.

Matériel et méthodes:

In this prospective observationalstudy, weincluded all neonates and infants under 3 monthswhohad a central line placement in the operating room of paediatricsurgeryundersevofluranesedation. Then, wecompared the difficulty of placement and the outcomes of Broviaccatheters versus central venouscatheters. The significancelevelwas set at p<0.05.

Résultats:

The age of the Broviaccatheter group was 1.75± 1 versus 2.7 ± 0.9 months in the CVC group, with p = 0.002. The CVC placement was more difficultwith a highernumber of attempts (p = 0.04). The central line placement failedin 4 childrenfrom the CVC group versus no patient from the Broviac Group, with p = 0.035 and RR = 1.125 [1.04 - 1.556]. The incidence of complications was 50% in the Broviac group versus 30% in the CVC group. with p = 0.138. Broviaccathetershad an increasedrisk of earlyremovalwhencompared to CVC, with p = 0.025 and RR = 3.09 [1.013–9.45].

Conclusion:

It seemsthatpercutaneous CVC can be an alternative for Broviaccatheters in neonates and young infants as ithad comparable risk of complications and longer lifetime. Nevertheless, a CVC placement in thiscategory of patients is more difficult and requiresspecificskills

P65 - Cancer de la thyroïde chez l'enfant : particularités cliniques et thérapeutiques

S. Mezri (1), E. Abid (1), M. Rebhi (2), H. Ben Farhat (2), H. Barakizou (2).

ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

Introduction:

Le cancer de la thyroïde chez l'enfant est rare, avec une prédominance du carcinome papillaire. Bien que généralement de pronostic favorable, il présente des caractéristiques cliniques et évolutives distinctes de celles observées chez l'adulte.

Objectifs:

Cette étude a pour objectif d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives du cancer de la thyroïde (CDT) chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Cette étude rétrospective a porté sur deux patientes diagnostiquées avec un cancer de la thyroïde entre 2010 et 2024

Résultats:

Nous rapportons deux cas de patients, âgés de 7 et 16 ans, diagnostiqués lors de l'évaluation d'un goitre thyroïdien multinodulaire, avec suspicion échographique dans un cas. L'examen anatomopathologique extemporané a confirmé le diagnostic de carcinome papillaire dans les deux cas. Une thyroïdectomie totale a été réalisée chez les deux patientes, associée à un curage ganglionnaire bilatéral dans un cas et unilatéral dans l'autre. Le balayage à l'iode radioactif a révélé une cartographie blanche chez l'une des patientes. Cette dernière a reçu deux doses d'iode radioactif à visée curative. L'évolution clinique a été favorable, sans récidive, et le bilan biologique, incluant la thyroglobuline et les anticorps anti-thyroglobuline, a été rassurant après un suivi de 10 et 3 ans, respectivement.

Conclusion:

Le cancer de la thyroïde chez l'enfant et l'adolescent est une pathologie rare, avec une prédominance du carcinome papillaire. Malgré sa nature plus agressive comparée à celle observée chez l'adulte, le pronostic reste excellent après traitement, combinant thyroïdectomie totale, curage ganglionnaire et iode thérapie. Un suivi à vie est recommandé en raison des risques de rechutes tardives.

P66 - LES TUMEURS MALIGNES DU MASSIF FACIAL CHEZ L'ENFANT

S. Mezri (1), E. Abid (1), H. Ben Farhat (2), M. Rebhi (2), H. Barakizou (2).

ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

Introduction:

Les tumeurs malignes du massif facial chez l'enfant, rares et souvent localisées au sinus maxillaire, présentent une grande diversité histologique. Leur diagnostic est retardé en raison de symptômes non spécifiques et d'une évolution lente, ce qui complique le traitement, notamment à cause des effets secondaires de la radiothérapie.

Objectifs:

Analyser les cas de tumeurs malignes du massif facial chez des enfants, excluant les cancers du cavum

Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur les cas de tumeurs malignes du massif facial chez des enfants, excluant les cancers du cavum, suivis dans notre établissement entre 2013 et 2023

Résultats:

Cinq enfants (3 garçons, 2 filles, âgés de 2,5 à 14 ans) ont été diagnostiqués. Les symptômes incluaient des tuméfactions jugales et latéro-cervicales, et une exophtalmie dans trois cas. Les examens radiologiques ont révélé des masses avec lyse osseuse et des extensions orbitaire (2 cas) et crânienne (1 cas). Les biopsies ont identifié des rhabdomyosarcomes (2 cas), un esthésionéuroblastome (1 cas), et des lymphomes (2 cas). Le traitement combinait chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. L'évolution a montré une récidive tumorale (1 cas), une poursuite évolutive (2 cas) et une régression tumorale (2 cas).

Conclusion:

Les tumeurs malignes du massif facial chez l'enfant sont rares et agressives, rendant leur traitement difficile. Les progrès diagnostiques et thérapeutiques ont amélioré le pronostic et la qualité de vie des patients.

P67 - Otoplastie dans les microties chez l'enfant

S. Mezri (1), E. Abid (1), H. Ben Farhat (2), M. Rebhi (2), H. Barakizou (2).

ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

Introduction:

La microtie est une malformation rare affectant environ un nouveau-né sur 15 000. La forme conque, selon la classification de Nagata, est une atteinte mineure, mais ses répercussions psychologiques peuvent être significatives. Sa prise en charge chirurgicale par otoplastie varie selon les anomalies du pavillon et de la conque.

Objectifs:

Analyser la prise en charge chirurgicale par otoplastie

Matériel et méthodes:

Nous rapportons deux cas de microtie des oreilles grade 1 ou forme conque, colligés au service d'ORL et de CCF de l'hôpital militaire de Tunis.

Résultats:

Deux enfants présentant une microtie de forme conque ont été pris en charge. Le principal motif de consultation était une gêne esthétique associée aux moqueries de leur entourage. Une otoplastie a été réalisée chez les deux patients, consistant en une réduction de la conque associée à une plicature du pavillon. Les résultats esthétiques obtenus ont été satisfaisants.

Conclusion:

Différentes techniques d'otoplastie ont été décrites, toutes visant à restaurer une apparence harmonieuse et naturelle de l'oreille.

P68 - OUTCOME OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF URETEROCELE

Y. Elmansouri (1), F. Trabelsi (1), F. Chaabouni (1), A. Jabloun (1), C. Saadi (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), Y. Gharbi (1), Y. Hellal (1).

chirurgie pédiatrique hopitalhabibthameur (1).

Introduction:

ureteroceleis a congenital malformation thatneeds to betreated as soon as itbecomessymptomatic or complicated. Urinaryendoscopyallows a minimally invasive treatment as the treatment of choice.

Objectifs:

ouraimwas to evaluate the outcome of endoscopic section of ureterocele

Matériel et méthodes:

wecarried out a retrospectivestudy in ourdepartmentincluding all childrenwhohadendoscopictreatment of ureterocelefromJanuary 1st, 2013, untilDecember 31rd 2023

Résultats:

ourstudyincluded 11 children (sex ration 9/2). Meanage at diagnosiswas 2.58 months. Ureterocelewasbilateralin 3 cases (14 ureteroceles). An antenataldiagnosis of urinary tract

abnormalitywas made in 8 patients. Ureterocelewasvisualized for the first time throughultrasoundin 9 patients, cystography in one case and CT scan in one. Vesicoureteral reflux wasassociatedin 2 cases. A duplicatedcollecting system wasfound in six cases. Renal scans showed an ipsilateral obstruction in 3 cases and kidneyfunctionwaslowerthan normal on the side of the ureterocelein 7 patients preoperatively. Meanage at endoscopictreatmentwas 7.12 months. On follow up wenotedurinary tract infection in 2 cases, recurrence of ureterocelein 3 cases, vesicoureteral reflux in one case. A redosurgerywasdone for 2 childrenwith good results in one case and a recurrence in the otherleading to surgery. For the thirdrecurrencewedid a redosurgeryfrom the beginning. Relative kidneyfunctionwasevaluated post operatively for 7 patients showingimprovementin 3 cases and deterioration in on 1 case. Mean follow up was 2 years and 11.7 months.

Conclusion:

endoscopic section of ureteroceleis a minimally invasive technique. However, itseems to lead to the occurrence of vesicoureteral reflux. The results of this innovative technique need to befurtherevaluated by largerstudies

P69 - Endoscopictreatment in high-grade vesicoureteralreflux:isitworth a shot?

Y. Elmansouri (1), C. Saadi (1), S. Laarif (1), A. Daib (1), R. Ben Abdallah (1), A. Jabloun (1), F. Trabelsi (1), Y. Hellal (1).

chirurgie pédiatrique hopitalhabibthameur (1).

Introduction:

Vesicoureteral reflux (VUR) is the mostcommoncongenitalurinary tract anomaly in children. It can beeitherasymptomatic or associatedwithseverenephropathy. Thanks to recentmedicaladvancements, an earlydiagnosis and thereforeearly management is possible in order to salvage the kidneys. Endoscopictreatmentis a well-establishedmethod in childrenwithlow to moderate reflux grades. However open anti-reflux surgeryremains the treatment of choice for high-grade VUR.

Objectifs:

The aim of ourstudyis to evaluate the feasibility and efficacy of endoscopic management of high-grade VUR as first-line treatment option.

Matériel et méthodes:

Endoscopictreatment by injectingDextranomer/HyaluronicacidCopolymer (Deflux) wasperformed in childrenbetween the ages of 6 months and 9 yearshaving high grade VUR (grade IV and V) fromJanuary 2013 untilDecember 2022. The reflux as well as the grade weredocumented by retrogradecystography. Complete successwasdefined as the resolution of VUR or regression to grade I on follow up. The absence of recurrenturinary tract infections (UTIs) as well as the evolution of kidneyfunction on renal scans werealsoconsidered as successcriteria.

Résultats:

A total of 49 infants (60 renalunits) with high-grade VUR wereincluded in the study. The meanage at surgerywas 4 years and 3 months. Most of the patients presentedwith a urinary tract infection (84%). 90% of the patients had a grade IV reflux. The VUR wasassociatedwith a neurogenicbladderin

25 patients whileitwasdeemedprimaryin 24 patients. Complete symptomatic relief wasachievedin 35 patients (71%) at the first post-operative follow-up withcompleteresolution 32 renalunits (53%). As for the remaining patients whodid not meetourtreatmentsuccesscriteria, a second injection wasrequiredin 11 patients, 8 patients werereferred for open surgery and 5 patients werekeptunderanticholinergicdrugs and antibioticprophylaxis. After the second injection, the success rate wentfrom 53% to 60%. A third injection wasrequired in one patient. The renal scans showed an overallstability in kidneyfunctionafterendoscopictreatment (81%).

Conclusion:

Endoscopictreatmentis a safe and effective minimally invasive intervention to treat high grades VUR (IV-V) infants.

P70 - A SimplifiedScoring System for Acute Appendicitis in Children

Y. Elmansouri (1), S. Sahli (1), R. Jouini (1).

chirurgie pédiatrique "A" Hopital d 'enfant de Tunis (1).

Introduction:

Acute appendicitisisamong the mostfrequent causes of emergency consultations in pediatric patients. The clinicalpresentationisoften variable, particularly in youngerchildren, making the diagnosis more complex. Conditions such as mesentericlymphadenitis can closelyresembleappendicitis, sometimesresulting in unnecessarysurgical interventions. Over the years, severalclinical and laboratory-basedscoringsystems have been proposed for bothadults and children to estimate the probability of appendicitis in cases of abdominal pain

Objectifs:

The aim of thisstudyis to propose asimplified five-parameterscoring system, integratingclinical, biological, and imagingcriteria, based on ourexperience in a pediatricsurgical unit in Tunisia

Matériel et méthodes:

A retrospectivereviewwasconducted on medical records of childrentreated for acute appendicitis in ourdepartment over the pastyear. All cases wereconfirmed by histopathologicalanalysis of the resectedappendix. Data from 100 patients wereanalyzed, focusing on clinicalpresentation, physicalfindings, laboratory tests, imagingresults, and intraoperative observations. Based on statisticalsignificance and existingliterature, five key variables wereidentified.

Résultats:

The five selected diagnostic criteriawere: • Clinical: (1) Vomiting, (2) Fever, (3) Right iliacfossatenderness • Biological: (4) Leukocytosis (>10,000 WBC) or elevated C-reactiveprotein (>6 mg/L) • Radiological: (5) Appendix diameter ≥ 6 mm withincreasedechogenicity of periappendiceal fat on ultrasoundEachparameterwasassigned one point, yielding a maximum possible score of 5. All patients includedhad a minimum score of 2. A higher total score wasassociatedwith an increased incidence of complicatedappendicitis, as observedintraoperatively.

Conclusion:

Existingtoolssuch as the PediatricAppendicitis Score (PAS) include up to 10 variables, predominantlyclinical and laboratory-based. Our objective was to simplify the diagnostic process by incorporatingultrasoundfindings—a widelyusedimagingmodality in our institution—into a concise

scoring system. This five-point scoring system offers a quick, straightforward, and relatively reliable method for evaluatingsuspected acute appendicitis in children. Ongoingretrospective and prospective validation studies in ourdepartmentaim to furtherconfirmits diagnostic utility

P71 - Massive Pneumomediastinum, SubcutaneousEmphysema and tracheal rupture Secondary to Foreign Body Aspiration

A. Ghorbali (1), N. Jammeli (1), A. Ben Hassen (1), B. Mahjoub (1).

service de pediatriemahdia (1).

Introduction:

Foreign body (FB) aspiration is a public healthproblem, itiscommon in infants and youngerchildrenwith a high incidence in toddlers as they use theirmouth to explore the surroundings. It can lead to high mortality and morbidityifitremainsundiagnosed and unaddressedappropriately in time.

Objectifs:

The importance of early management of foreign body inhalation.

Matériel et méthodes:

We report the case of a childhospitalized for the inhalation of a foreign body. We report the case of a childhospitalized for the inhalation of a foreign body.

Résultats:

An 18 monthsold boy without a history of previousdiseases, wasbrought to emergency departmentwith complaints of, breathingdifficulty and polypnea. Following sudden-onsetcough a wheezingdyspnea, and fever 7 daysago On physicalexamination, wehadnoted to have subcostal retractions, wehadalsoauscultated diffuse wheezing, palpable crepituswasthennoted over the neck, indicating the presence of subcutaneousemphysema. A chestradiographrevealedthoracicasymmetry, emphysematous right lung, collapsedleftlung, and subcutaneousemphysema on the right siderelated to multiples parietaldefects of the tracheawithoutevidence of a FB on the computedtomography (CT) scan. The latter investigation detected a FB at the level of the right main bronchusmeasuring 5x3 millimetersubcutaneousemphysemaafter 24 hourswithhemodynamicstability 24 hourslater the patient underwent a bronchoscopywhichrevealed a vegetalforeign body whichwasfragmentedwhengrasped by forceps and aspiratedwithout incident. The hewasdischarged one dayafter the performance of bronchoscopy and hewasasymptomatic at the control one weekafter.

Conclusion:

FB aspiration shouldbe an important differential in a childwho has been misdiagnosed as difficultasthma. A high degree of clinical suspicions isrequiredwhen a child/parent does not give a history of aspiration. Persistence of symptoms in asthma and lack of response to treatment in such cases shouldalwaysraise a suspicion of an alternative diagnosis.

P72 - PostoperativeRecurrence of CysticHydatidosis in Children:What Are the PredictiveFactors?

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), S. Kharrat (1), N. BennourGhadhab (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Despiteadvancements in diagnosis and treatment, hydatiddiseaserecurrenceremains a significant challenge. Surgeryremains the cornerstone of treatment;however, recurrenceremains a significantconcern, withreported rates rangingfrom 4.6% to 22.0%.

Objectifs:

This studyaimed to assess the frequency of cystichydatidrecurrence in children and identify the predictiveriskfactorsassociatedwithit.

Matériel et méthodes:

This retrospectivestudyincludedpediatric patients whounderwentsurgery for cystichydatidosisbetweenJanuary 2015 and June 2024 in the PediatricSurgeryDepartment of Sfax, Tunisia. Severalfactorswereanalyzed to assesstheir association withrecurrence, includinggender, cystnumber, cyst complications, chemotherapy, cystlocalization, and cyst size. Statisticalcomparisonswereperformedusing the χ^2 test, withsignificance set at $p < 0.05$.

Résultats:

A total of 82 patients wereincluded, with a sex ratio of 1.27 (46 boys and 36 girls) and 88% (72 patients) originatingfrom rural areas. The meanage at the time of primarysurgerywas 8.26 years (range: 4–13 years). The location of hydatidcystswas as follows: 44 cases (53.7%) in the liver, 32 cases (39%) in the lungs, 4 cases (4.9%) in the kidneys, and 2 cases (2.4%) in the spleen. Hydatidcystrecurrenceoccurredin 6 patients (7.3%), including 5 cases of hepaticrecurrence and 1 case of pulmonaryrecurrence. theaverage duration of discovery of recurrenceafter initial surgerywas 4 years and 3 months (range from 2 years and 7 months to 10 years and 2 months) Diagnosis of recurrencewasbased on radiological and serologicalfindings. Among the evaluatedriskfactors, multiple cysts ($p = 0.003$) and cystslargerthan 7 cm ($p = 0.01$) weresignificantlyassociatedwithrecurrence.

Conclusion:

Despiteadvancements in hydatiddisease management, recurrenceremains a significantconcern. Our findingssuggestthat multiple and large cysts are key predictivefactors for recurrence. Further large-scale, prospective, and multicenterstudies are needed to betterunderstand the riskfactors and optimizetreatmentstrategies.

P73 - Prévention des complications infectieuses post opératoire de l'appendicite compliquée chez l'enfant : Comparaison de deux protocoles d'antibioprophylaxie

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), S. Ammar (1), A. Issaoui (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

L'appendicite aiguë compliquée demeure une urgence chirurgicale fréquente chez l'enfant, souvent associée à un risque élevé de complications infectieuses postopératoires. L'antibioprophylaxie joue

un rôle essentiel dans la réduction des infections pariétales et des abcès profonds. Cependant, le choix du protocole antibiotique optimal reste sujet à débat.

Objectifs:

comparer deux protocoles d'antibioprophylaxie après une appendicite compliqué dans la réduction des complications infectieuses chez les enfants ayant eu appendicectomie.

Matériel et méthodes:

Ce fut une étude rétrospective mené au service de chirurgie pédiatrique de Sfax entre janvier 2020 et décembre 2023 collectant les enfants opéraient pour appendicite aigue compliqué. Les paramètres recherchés étaient : forme anatomopathologique de l'appendice, protocole d'antibiothérapie prescrit, nombre infection de la paroi (IP) et abcès profond (AP). On a identifié deux groupes : * Groupe 1 : protocole amoxi-clav+gentamicine * Groupe 2 : protocole céfotaxime+métronidazol+gentamicine.

Résultats:

233 patients avaient une appendicite compliquée. 142 (61%) garçons et 91 (39%) filles. *Groupe 1 :68 patients ont reçu amoxi-clav+gentamicine, âge moyen 9.12 ± 2.78, 40 garçons (58.8%) et 28 filles (41.2%). On a identifié 9 cas d'IP et 4 cas d'AP. *Groupe 2 :165 ont reçu triple antibiothérapie, âge moyen 9.52 ± 2.21, 102 garçons (61.8%) et 63 filles (38.2%). On a identifié 17 cas d'IP et 7 cas d'AP. Il n'existe pas une différence statiquement significative entre les deux protocoles au terme de fréquence d'IP (p=0.67) et AP (p=0.86).

Conclusion:

Dans les appendicites compliqués une antibioprophylaxie à base d'amoxi-clav+Gentamicine est suffisante vu le coût et la similitude avec l'association céfotaxime+métronidazol+gentamicine dans la prévention des infections post opératoire de l'appendicite.

P74 - Open Inguinal herniotomy in children : comparison of surgical techniques

W. Rhaiem (1), H. Zitouni (1), A. Issaoui (1), MA. Mseddi (1), R. Mhiri (1).

Department of pediatric surgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).

Introduction:

Inguinal herniais one of the mostcommonsurgical conditions in children, withherniotomybeing the standard treatment for itsrepair. However, the optimal surgicalapproach, particularlyregarding the necessity of incising the external oblique aponeurosis, remains a subject of debate.

Objectifs:

To compare the results and complications betweentwoconventionalmethods of pediatric inguinal herniotomywith and withoutincisingexternal oblique aponeurosis in terms of recurrence of hernia and other complications.

Matériel et méthodes:

: This one blindedclinical trial studywasconducted on 270 patients with indirect inguinal herniabetweenJanuary 2020 and Decembre 2023 in the department of pediatricsurgery in Sfax. Inclusion criterionwaschildrenwith inguinal hernia. The first group underwentherniotomywithoutincisingexternal oblique aponeurosis and second group herniotomywithincisingexternal oblique aponeurosis. Demographic analyses, operative time and recurrentherniawereevaluated.

Résultats:

During the studyperiod, 270 childrenwith inguinal herniawereidentified. The first group included 103 patients (63 boys and 40 girls) with a medianage of 37 months (rangingfrom 2 months to 6 years) whounderwentherniotomywithout incision of the external oblique ring. The second group consisted of 167 patients (125 boys and 42 girls) with a medianage of 44 months (rangingfrom 4 months to 7 years). There was no statisticallysignificantdifferencebetween the two groups in terms of age distribution ($p = 0.34$) or sex ($p = 0.014$). The medianoperative time per repairwas 23 minutes (rangingfrom 15 to 40 minutes) in the first group and 29 minutes (rangingfrom 18 to 50 minutes) in the second group. No significantdifferenceswereobservedbetween the two groups regardingoperative time or herniarecurrence.

Conclusion:

Herniotomywithoutincising the external oblique aponeurosismaybe an appropriate and more suitable option compared to herniotomywithaponeurosis incision.

P75 - Management of ResidualCavity and Cysto-BiliaryFistulas in Pediatric HepaticHydatidst

W. Rhaiem (1), S. Ammar (1), M. Kammoun (2), H. Zitouni (1), M. Hbaieb (1), H. Ketata (2), A. Jarraya (3), R. Mhiri (1).

Department of pediatricsurgery Hedi Chaker Hospital Sfax-Tunisia (1).Departement of PediatricAnesthesiology, HediCheker Hospital Sfax-Tunisia (2).Departement of PediatricAnesthesiology, Hedi Chaker University Hospital Sfax, Tunisia (3).

Introduction:

Hepatichydatiddiseaseis a significant public health issue, particularly in pediatric populations living in endemicregions. Although conservative surgeryis the standard treatment for hepatichydatidcysts in children, the management of cysto-biliaryfistulas and the residualcavityremainscontroversial.

Objectifs:

The aim of thisstudyis to analyze the therapeutic management of cysto-biliaryfistulas in pediatrichepatichydatidcysts.

Matériel et méthodes:

This is a retrospectivestudy of patient records from the PediatricSurgeryDepartment at Hedi Chaker hospital Sfax, covering cases of hepatichydatidosis over a 16-year period (2008–2023).

Résultats:

A total of 51 cases of hepatichydatidcystswererecorded, including 22 boys and 29 girls (sex ratio = 0.76), agedbetween 2 and 14 years (meanage = 8.4 years), with 91.3% originatingfrom rural areas. The mostcommonclinicalsymptomwas abdominal pain (60%). Abdominal ultrasoundwas the primary diagnostic tool for confirming the disease. Type I cystswereobservedin 47.1% of patients, and 64.7% of cases involvedsolitarycysts. Abdominal CT scans wereperformedin 17 patients (33.3%), and hydatidserologywas positive in 57% of cases. Hepato-pulmonaryinvolvementwaspresentin 17.6% of cases. All patients underwent open conservative surgerywithresection of the protrudingdome, and no cases of pericystectomywereperformed. The residualcavitywasmanaged by omentoplastyin 10 cases, capitonnage in 7 cases, and systematic drainage in all cases. Intraoperative management of cysto-biliaryfistulasinvolvedclosurewith X-shaped sutures. The postoperative course wasmarked by 9 cases of early complications and 3 cases of late complications. Prolongedbiliaryfistulaswereobservedin 4 cases, requiringextended drainage and antibiotictherapy, withspontaneousresolutionwithout the need for reoperation. The averagehospitalstaywas 6.5 days, and the hepaticrecurrence rate was 5.6%.

Conclusion:

Pediatrichydatidosisis a relativelybenigndisease but remains a serious public healthconcern. Conservative surgeryremains the gold standard for treatinghepatichydatidcysts in children. However, thereis no clear consensus on the management of the residualcavity. Prolonged drainage appearssufficient for managing persistent biliaryfistulas in children. Favorable outcomes can beachieved, provided patients are well-informed about prophylacticmeasures to preventrecurrence.

Endocrinologie

P76- Acidocétose diabétique inaugurale chez l'enfant : facteurs de risque de sévérité

S. Zedini (1), R. Ben Rabeh (1), F. Mejri (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de pediatrie C hopitald'enfant (1).

Introduction:

Le diabète est la première endocrinopathie chez l'enfant. Les données épidémiologiques montrent une constante augmentation de son incidence au niveau mondial. L'acidocétose diabétique est la complication aigue la plus redoutée et la cause la plus importante de morbi-mortalité .

Objectifs:

Etudier les facteurs de risques de sévérité d'acidocétose diabétique inaugurale en pédiatrie

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive incluant 29 patients admis pour decompensation inaugurale de DT1 colligés sur 2ans (janvier 2023– décembre 2024) dans le service de pédiatrie C hôpital d'enfant Bechir hamza .

Résultats:

Sur 29 enfants hospitalisés pour un diabète type 1 , le sexe ratio était de 0.6 en faveur du sexe féminin .L'âge moyen était de 2.1 ans (extrêmes 1an-14ans). Tous les patients étaient sans antécédents.51.7% des parents avaient un bas niveau socioéconomique . Un antécédent familial de maladie auto-immune était présent dans 62.1% des cas avec un diabète type 1 dans 27% des cas , une dysthyroïdie auto-immune dans 33% des cas et une maladie cœliaque dans 11% des cas . . L'acidocétose était révélatrice dans 44.8% de cas. Le motif de consultation était un syndrome polyuro-polydipsique dans 51% des cas, une dyspnée dans 17% des cas , des vomissements dans 10% des cas .Le délai de consultation moyen était de 3 semaines (extrêmes 2 jours-6 semaines).Les patients étaient hypotrophes dans 17.2% , la déshydratation était modérée dans 17% des cas , 13.8% des patients était en état de choc hémodynamique . Des troubles digestifs étaient constatés dans

24.1% des cas, une altération de l'état de conscience dans 20.7% et une dyspnée de Kusmaul dans 37.9%.La glycémie était en moyenne de 4.1 g/l (extrêmes 2.3-6), kaliémie était en moyenne 4.1 mmol/l(extrêmes 3.25-5.02) , la natrémie était en moyenne de 130mmol/l (extrêmes 123-137) , le ph était en moyenne de 7.2 (extrêmes 6.89-7.56),le taux des bicarbonates était entre 5.5 et 18.6 mmol/l , une anémie était présente dans 85.2% des cas . La durée moyenne de protocole de correction selon les recommandations de l'ISPAD était de 23 heures(extrêmes 10h-36h) et la durée d'hospitalisation était en moyenne de 12.5 jours(extrêmes 2jours-23 jours).Le facteur déclenchant était souvent infectieux (70% des malades). Les facteurs de risque de sévérité étaient : l'âge < 5 ans , le délai de consultation supérieur a 1 semaine , la présence d'antécédent familial de maladie auto-immune.

Conclusion:

l'acidocétose diabétique constitue une urgence médicale qui peut mettre en jeu le pronostic vital par le biais de l'œdème cérébral . Sa gravité impose des mesures de prévention axées sur la sensibilisation, l'information, l'éducation des parents ainsi qu'une prise en charge précoce .

P77- Insuffisance surrénalienne à révélation tardive : étude de 13 cas

Y. Smaoui (1), S. Kmiha (1), F. Charfi (1), R. Kolsi (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).

Service de pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax, Tunisie. (1).

Introduction:

L'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) est une maladie génétique autosomique récessive due à un déficit enzymatique de la stéroïdogenèse, affectant la synthèse du cortisol. Dans ses formes à révélation tardive, une activité enzymatique résiduelle préserve généralement l'équilibre glucocorticoïde, mais l'excès d'androgènes surrénaliens peut induire une puberté précoce

Objectifs:

Décrire le profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des enfants suivis pour HCS dans le service de pédiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax ; ainsi que déduire des recommandations de prise en charge et de suivi adaptées à nos conditions locales.

Matériel et méthodes:

Notre travail est une étude rétrospective, descriptive et comparative concernant les enfants suivis pour HCS à révélation tardive au service de Pédiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax. Cette étude a été menée sur une période de 41 ans allant de 1er Janvier 1983 au 31 Décembre 2024.

Résultats:

Nous avons recensé 13 cas d'HCS à révélation tardive, ce qui correspond à une incidence annuelle moyenne de l'HCS de 0.37 cas par an. Une consanguinité parentale a été retrouvée dans 76.9% des cas. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 4.43 ans. Sur le plan clinique, la puberté précoce était le motif de consultation dans 76.9%, associée à une HTA dans 23% des cas, une avance staturo-pondérale a été notée dans 84% des cas. Sur le plan biologique, aucun patient n'a présenté un syndrome de perte de sel ou une hypoglycémie. La 17OHP était élevée chez 12 patients avec une moyenne de 126 ng/ml. La cortisolémie était effondrée chez tous les enfants ; elle était en moyenne de 23.1 ng/ml . L'ARP était élevée chez seulement deux enfants. Le composé S et la DOC étaient élevés chez 3 enfants confirmant ainsi le diagnostic d'un déficit en 11βOH. Une étude en biologie moléculaire à la recherche de l'une des mutations les plus fréquentes de l'HCS a permis de confirmer le diagnostic d'une HCS par déficit en 21 hydroxylase chez un seul enfant. Au terme du bilan étiologique, nous avons retenu : 10 cas (76.9%) de déficit en 21 hydroxylase, 3 cas (23%) de déficit en 11 béta hydroxylase. Le traitement hormonal substitutif a été initié chez tous les enfants à un âge moyen de 4.1 ans . L'hydrocortisone a été utilisée chez tous les enfants, associée au fludrocortisone dans 53,8% des cas. La dose moyenne du traitement par HC était de 25.2 mg/m2/j . Une chirurgie féminisante a été pratiquée chez 3 filles à un âge moyen de 5.6 ans . Durant le suivi , Après un recul moyen de 7,2 ans, 10 enfants ont été toujours sous traitement hormonal et 3 enfants ont arrêté le

traitement , HTA était bien contrôlée chez 2 enfants, et un autre a nécessité des hospitalisations fréquentes pour des chiffres tensionnels élevés.

Conclusion:

L'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) est un ensemble de troubles endocriniens rares causés par des mutations génétiques altérant la biosynthèse des corticostéroïdes. Cette étude examine les différents types de HCS, leurs mécanismes physiopathologiques, les stratégies diagnostiques actuelles et les options thérapeutiques disponibles. Une prise en charge multidisciplinaire est indispensable pour assurer un suivi optimal de l'enfance à l'âge adulte et prévenir les complications à court et long terme.

P78 - Activité physique chez l'enfant diabétique :

W. Hbaieb (1), A. Marzouk (2), A. Kefi (2), R. Thabti (2), L. Jallouli (2), F. Friha (2), A. Bouaziz (2).
service de pédiatrie hopital régional Ben Arous (1).service pédiatrie hôpital régional Ben Arous (2).

Introduction:

Le diabète de type 1 (DT1) est une maladie chronique qui nécessite une gestion rigoureuse, incluant l'insulinothérapie, un suivi diététique et une activité physique (AP) régulière. L'AP est bénéfique pour le contrôle glycémique et la qualité de vie des enfants diabétiques.

Objectifs:

Cette étude vise à évaluer la prévalence de l'AP chez les enfants atteints de DT1 et à identifier les facteurs qui limitent la pratique régulière de l'AP.

Matériel et méthodes:

Cette étude vise à évaluer la prévalence de l'AP chez les enfants atteints de DT1 et à identifier les facteurs qui limitent la pratique régulière de l'AP. Méthodes :Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée au service de pédiatrie de l'hôpital régional de Ben Arous, incluant 20 enfants diabétiques suivis depuis plus d'un an qui ont répondu avec leur parents à un questionnaire préétablit.

Résultats:

l'age moyen des enfants était de 10 ans, avec une prédominance masculine. Tous les participants considéraient l'AP comme cruciale pour la gestion de leur diabète. La dose moyenne d'insuline était de 0,8 UI/kg/j et l'HbA1c moyenne était de 8,4%. Parmi les 20 enfants, 9 (45%) faisaient de l'AP régulièrement, principalement des sports collectifs comme le football, le basket-ball, ainsi que des sports de self-défense comme le karaté, le kung-fu, et le taekwondo. La durée moyenne de l'AP était de 2 heures par semaine. Les 11 autres enfants (55%) ne pratiquaient pas d'AP régulière. Les principaux obstacles à l'AP étaient les contraintes financières (8 enfants), la disponibilité parentale (3 enfants) et la peur de l'hypoglycémie (10 enfants). En ce qui concerne la gestion du diabète, elle était autonome chez 6 enfants et assistée chez 3 enfants. Les ajustements thérapeutiques avant AP étaient respectée chez un patient. Les complications observées incluaient l'acidocétose diabétique (ACD) : 2 enfants sur 9 pratiquants une AP ont présenté une ACD au moins une fois par an, contre 5 sur 11 chez les enfants non sportifs. L'HbA1c moyenne était de 8,61% pour les enfants actifs, contre 10,40% pour les non-actifs, indiquant un meilleur contrôle glycémique chez les enfants pratiquant l'AP.

Conclusion:

La pratique régulière d'une activité physique améliore le contrôle glycémique et réduit les complications chez les enfants atteints de DT1. Cependant, des facteurs tels que les contraintes financières, la disponibilité parentale et la peur de l'hypoglycémie freinent l'adhésion à une activité physique régulière.

P79 - A propos de 2 cas : Diabete insipide central

H. Ben Hamedou (1), I. Moalla (1), M. Weli (1), M. Hsiari (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

Introduction:

Le diabète insipide central (DIC) est défini par l'excrétion anormalement importante d'urines diluées, secondaire à une carence absolue ou relative en vasopressine endogène et sensible à la vasopressine exogène. Le DIC est rare chez l'enfant. Le tableau clinique est souvent brutal rendant le diagnostic facile.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est de présenter la forme clinique et biologique de cette maladie rare chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons 2 cas de diabète insipide central d'âge respectivement 7 ans et 4 ans et demi, d'origine tunisien, admis au service de pédiatrie B se Sfax.

Résultats:

1/Patiente âgée de 7 ans, de sexe féminin, sans antécédents, a été admise dans notre service pour un syndrome polyuropolydipsie depuis 2 mois compliqué d'une perte pondérale de 2kg avec a l'examen présence de cernes oculaires. A la biologie, les urines étaient hypotoniques avec osmolarité urinaire diminué à 175 mOsm/L, densité urinaire à 1005, natriurése augmentée à 196. Une collecte d'urine avec quantification des entrées a été faite pendant 3 jours confirmant le syndrome polyuropolydipsie. Un test de restriction a été demandé, qui a confirmé le diabète insipide central. Une IRM cérébrale et hypophysaire a été faite revenant normal. La patiente a été mise sous Minirin spray avec une bonne évolution. Elle a continué la surveillance à la consultation externe avec une 2éme IRM cérébrale et hypophysaire montrant absence de visualisation de l'hyper signal normal de la post-hypophyse. D'où un bilan hormonal a été demandé: test de GH montrant taux de GH bas mais sans recours a l'utilisation d'hormone de croissance. 2/Patient âgé de 4 ans et demi, de sexe masculin, père suivie en néphrologie pour insuffisance rénal stade terminal sous hémodialyse, admis dans notre service pour syndrome polyuro-polydipsie depuis l'âge de 6 mois avec perte pondérale de 3 Kg avec à l'examen abdominal : débord hépatique, circulation veineuse collatérale avec ballonnement abdominal. A la biologie urinaire : DU à 1005, osmolarité urinaire à 100. Une collecte d'urine avec quantification des entrées a été faite pendant 3 jours confirmant le syndrome polyuropolydipsie. Un test de restriction a été demandé qui a confirmé le diabète insipide central et la patiente a été mise sous Minirin spray. Une IRM cérébrale et hypophysaire a été demandée revenant normal avec un bilan hormonal : IGF1 basse et test au GH montrant taux de GH bas. D'où, le patient a été mis Minirin avec ajout de l'hormone de croissance.

Conclusion:

Le DIC se diagnostique par le test de restriction hydrique et la réponse de l'osmolalité urinaire à la desmopressine (Minirin) dont l'interprétation n'est pas toujours simple. Le traitement est symptomatique (desmopressine), avec un traitement spécifique selon la cause sous-jacente.

P80 - Puberté précoce révélatrice d'une tumeur germinale testiculaire régressive : à propos d'un cas

S. Hannachi (1), M. Ben Rhaiem (1), S. Nouir (1), S. Mabrouk (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).

pédiatriesahloulsousse (1).

Introduction:

Les tumeurs germinales testiculaires régressives, également appelées "burn-out", sont des lésions où la tumeur primitive a régressé spontanément, ne laissant que des traces fibreuses et des calcifications. Elles sont rares et souvent découvertes fortuitement ou à l'occasion de complications telles que la torsion testiculaire. La puberté précoce peut être une manifestation clinique de ces tumeurs, en raison de la sécrétion hormonale anormale par les cellules tumorales.

Objectifs:

.

Matériel et méthodes:

.

Résultats:

Nous rapportons le cas de S.O, un enfant âgé de 3 ans et demi sans antécédents particuliers, hospitalisé en pédiatrie pour une puberté précoce isosexuelle. L'examen clinique a révélé un enfant en bon état général, classé G3P2 selon Tanner, avec un volume testiculaire droit de 6ml. Une avance staturale de +2 DS et un âge osseux de 7 ans ont été notés. Un bilan hormonal approfondi n'a montré aucune anomalie. L'échographie testiculaire a mis en évidence une masse intra-scrotale d'origine testiculaire, bien limitée, de forme arrondie, à écho-structure hétérogène, siège de multiples calcifications (>10), évoquant une tumeur germinale. Le testicule gauche était normal. L'évolution clinique a été marquée par l'apparition de douleurs testiculaires droites. L'IRM testiculaire a montré un aspect de nécrose testiculaire post-torsion. Une orchidectomie droite a été réalisée. L'examen anatomopathologique a révélé des remaniements fibreux cicatriciels marqués, associés à des calcifications et un infiltrat inflammatoire, sans prolifération tumorale. Le contexte clinique et les données paracliniques concordent avec le diagnostic de tumeur germinale testiculaire régressive (burn-out germcelltumor). Un bilan d'extension, incluant une TDM thoraco-abdomino-pelvienne, n'a montré aucune anomalie.

Conclusion:

Ce cas souligne l'importance d'une évaluation approfondie chez les enfants présentant une puberté précoce, incluant des examens d'imagerie appropriés pour identifier d'éventuelles tumeurs testiculaires, même en l'absence de signes cliniques évidents.

P81 - Etat hyperosmolaire hyperglycémique : A propos de trois observations pédiatriques

S. Ben Ahmed (1), E. Cherif (1), R. Amdouni (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

médecine infantile A (1).

Introduction:

L'état hyperglycémique hyperosmolaire (EHH) est une complication métabolique grave et rare du diabète. Bien que plus fréquent chez les adultes atteints de diabète de type 2, l'EHH est de plus en plus observé chez les enfants et les adolescents.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs d'un EHH chez les enfants.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive, sur 3 ans (1er Mars 2022 – 28 février 2025) incluant tous les patients hospitalisés au service de pédiatrie A de l'hôpital d'enfant de Tunis pour un EHH.

Résultats:

Nous avons colligé trois cas, de sexe masculin. L'âge moyen était de 9,8 ans. Aucun patient n'était connu diabétique. La symptomatologie initiale était polymorphe : syndrome polyuro-polydipsique (n=3), vomissements, douleurs abdominales et asthénie (n=2). La durée moyenne entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation était de 5.6 jours. A l'admission, l'examen a objectivé : une déshydratation sévère avec un score de Glasgow <15 chez les 3 patients, une dyspnée de kussmaul chez deux patients. La glycémie au doigt était >6 chez les trois patients avec une acétonurie large chez deux patients. La biologie initiale a montré une hyperglycémie moyenne de 59.3 g/l et une osmolarité plasmatique moyenne de 357.2mosm/kg .Une acidocétose sévère était associé chez deux enfants. La durée moyenne du protocole de prise en charge était de 42 heures. L'évolution était rapidement favorable chez un patient avec une durée d'hospitalisation totale de 8 jours. Un patient a nécessité un séjour en réanimation de 13 jours :il a présenté une insuffisance rénale aiguë avec acidose métabolique réfractaire nécessitant trois séances d'hémodialyse. Un patient a présenté une complication rare : une rhabdomyolyse sévère avec une insuffisance rénale avec bonne évolution sous hyperhydratation. Deux patients ont présenté un état de choc septique à point de départ pulmonaire. L'étiologie était un diabète type 2 chez deux malades et un diabète mitochondrial chez le troisième.

Conclusion:

L'EHH est nettement moins fréquent que l'acidocétose diabétique chez les enfants, ce qui impose ne prise de conscience accrue et une intervention rapide pour réduire la morbidité et la mortalité associées à cette complication.

P82 - Etat hyperosmolaire hyperglycémique révélant un diabète mitochondrial. Savoir y penser !

S. Ben Ahmed (1), E. Cherif (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

médecine infantile A (1).

Introduction:

L'état hyperglycémique hyperosmolaire (EHH) est une complication métabolique aiguë du diabète qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Des rares cas de rhabdomyolyse associés à un état

hyperglycémique hyperosmolaire sont décrits dans la littérature. Cependant, le mécanisme exact de cette association n'a pas encore été établi.

Objectifs:

Illustrer un mode de révélation atypique d'un diabète mitochondrial.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de rhabdomyolyse sévère associée à un EHH révélant un diabète chez un enfant de 7 ans et 8 mois.

Résultats:

Il s'agit d'un garçon âgé de 7ans et 8 mois, sans antécédents notables, hospitalisé pour une déshydratation sévère avec des troubles neurologiques. La symptomatologie initiale remonte à une semaine faite d'un syndrome polyuro-polydipsique, vomissements, douleurs abdominales et asthénie suivie d'une installation d'un ptosis gauche, d'une déviation de la commissure labiale à gauche et d'une marche instable. A l'admission, il était déshydraté (score à 13) , il avait un score de Glasgow à 12/15 et des signes de localisation . La glycémie au doigt était >6 avec une acétonurie faible. A la biologie, il avait une hyperglycémie à 74mmol/l sans acidose métabolique, une osmolarité plasmatique à 400 mosm/kg et une insuffisance rénale fonctionnelle. L'enfant a été mis sous protocole de réhydratation de l'ISPAD 2022 pendant 56 heures. L'insulinothérapie a été introduite à H8 du protocole à de faibles doses. L'évolution était marquée par l'apparition à J5 de prise en charge d'une rhabdomyolyse sévère : CPK à 79 633 UI/L LDH à 3680 UI/ , une cytolyse hépatique à 26 fois la normale prédominante sur les ASAT. L'évolution était progressivement favorable sous hyperhydratation intraveineuse sans recours à l'hémodialyse. Un diabète mitochondrial a été suspecté devant la négativité des auto-anticorps du diabète.

Conclusion:

L'EHH provoquant une rhabdomyolyse est extrêmement rare. Les caractéristiques cliniques de la rhabdomyolyse peuvent varier de l'asymptomatique à l'insuffisance rénale aiguë mettant en jeu le pronostic vital. Un retard diagnostic peut être associé à un taux de mortalité élevé.

P83 - Les hyperthyroïdies en pédiatrie : profil clinique et évolutif

N. Haddad (1), W. Mkaouar (1), A. Zouaoui (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie, Urgences et consultations , Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

Introduction:

L'hyperthyroïdie constitue une endocrinopathie rare en pédiatrie. Son étiologie est principalement auto-immune, dominée par la maladie de Basedow. Son expression clinique est polymorphe, associant des manifestations cardiovasculaires, neuropsychiques et métaboliques, pouvant compromettre la croissance et le développement de l'enfant. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques, nécessitant une prise en charge précoce et adaptée afin d'en prévenir les complications aiguës et les séquelles à long terme.

Objectifs:

Etudier le profil clinique et évolutif des enfants atteints d'hyperthyroïdie afin d'optimiser les stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée à l'unité d'endocrinologie du service de pédiatrie, urgences et consultations (PUC) de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis durant une période allant de janvier 2017 à décembre 2024. Onze patients ont été colligés

Résultats:

L'âge moyen au diagnostic était de 6,8 ± 4,5 ans avec une prédominance féminine (sexe ratio 0,22). Les antécédents familiaux de dysthyroïdie étaient présents chez 5 patients. Trois patients avaient un retard staturo-pondéral. Les manifestations fonctionnelles étaient l'amaigrissement (5 cas), la nervosité (6 cas) et les difficultés de concentration (3 cas). Cinq patients avaient une intolérance à la chaleur. Les signes cardiovasculaires étaient les palpitations et la tachycardie (7 cas). Deux patients présentaient un tremblement des extrémités. L'exophtalmie et la rétraction palpébrale étaient observées dans 6 cas. Un goitre a été retrouvé chez 4 cas avec un thrill. Le taux moyen de TSH était à 0,02 ± 0,02 mUI/L et la FT4 était à 54,79 ± 27,41 pmol/L. Les anticorps anti-récepteurs de la TSH et anti-thyropéroxydase étaient positifs chez 7 patients, et les anticorps anti-thyroglobuline dans 3 cas. L'échographie thyroïdienne a montré un aspect normal chez 1 patient, un goitre homogène dans 2 cas, un nodule thyroïdien dans 4 cas et une hypervascularisation dans 1 cas. Une scintigraphie thyroïdienne, réalisée chez un patient a objectivé une hyperfixation diffuse. Six patients ont été mis sous antithyroïdiens de synthèse (ATS) et 3 patients ont reçu une association avec des bêtabloquants. Un patient âgé de 21 jours n'a pas nécessité de traitement devant une hyperthyroïdie transitoire néonatale. Deux patients sous ATS ont présenté des effets indésirables sévères : une cytolyse hépatique et une agranulocytose sévère nécessitant un traitement par iode radioactif. A 6 mois, 5 patients présentaient un échec thérapeutique. Après 12 mois, 4 étaient en rémission, 4 avaient une hyperthyroïdie persistante, 1 patient a développé une hypothyroïdie secondaire, et 1 cas a récidivé après l'arrêt du traitement. À 24 mois, 4 patients étaient en rémission, 4 cas présentaient une hyperthyroïdie persistante et 2 cas développaient une hypothyroïdie nécessitant un traitement substitutif.

Conclusion:

L'hyperthyroïdie pédiatrique présente une symptomatologie hétérogène avec des manifestations métaboliques, cardiovasculaires et neuropsychiques. Malgré une prise en charge basée sur les antithyroïdiens de synthèse, l'évolution demeure imprévisible, avec un taux élevé d'échec thérapeutique et de récidive nécessitant une surveillance et un traitement prolongés.

P84 - Le cortico-surrénalome : une cause rare de puberté précoce

L. Essadem (1), K. Ben Mansour (1), W. Mkaouer (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

service de Pédiatrie Urgences et Consultations externes de l'Hôpital d'Enfants de Tunis (1).

Introduction:

Le corticosurrénalome est une tumeur rare et agressive qui se développe aux dépens du cortex surrénalien. Son incidence annuelle est estimée à 1 à 2 cas par million d'habitants. Le traitement repose principalement sur la chirurgie d'exérèse éventuellement associée à une chimiothérapie.

Objectifs:

décrire un cas de corticosurrénalome révélé par une puberté précoce.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un corticosurrénalome révélé par une puberté précoce.

Résultats:

Il s'agit d'une fillette de 3 ans et demi, sans antécédents pathologiques admise pour complément d'exploration et prise en charge d'une puberté précoce hétérosexuelle. L'examen clinique objective une pilosité pubienne bien développée, une hypertrophie clitoridienne, un faciès cushingoide, et une acné plus marquée au visage et au dos. Avec un stade de Tanner S1 A1 P3 et un stade de Prader côté à 4. La patiente présente également des chiffres d'hypertension artérielle confirmée. L'hyperandrogénie clinique est confirmée à la biologie avec une testostéronémie à 4,24ng/ml, un sulfate de déhydrépiandrostérone (SDHA) à 1742ng/ml, un delta 4 - Androstérone à 4,56ng/ml. La FSH et LH de base sont de type prépubère. L'évaluation de la fonction corticotrope révèle : cortisol de base à 8H00 : 19.5 µg/dl avec une ACTH inférieure à1.5pg/ml L'échographie abdominale montre une loge surrénalienne droite siège d'une formation hypoéchogène, hétérogène de 65 x 50 mm. La TDM abdominale met en évidence une masse surrénalienne droite de densité et de rehaussement hétérogène, siège de calcifications , envahissant le segment VII du foie avec thrombus tumoral de la VCI rétro-hépatique, avec un aspect hétérogène microgéodique de la trame osseuse. L'enfant a été gardée sous loxen 2.2 mg/kg/j avec normalisation des chiffres tensionnels puis adressée au service d'oncopédiatrie pour chimiothérapie première avant sa prise en charge chirurgicale.

Conclusion:

Le corticosurrénalome est une cause rare de puberté précoce chez l'enfant. Il faut l'évoquer devant une puberté hétérosexuelle d'évolution rapide chez une fille. Sa prise en charge est pluridisciplinaire. Son pronostic est lié à sa sécrétion, mais également à sa vitesse de prolifération sur le plan locorégional et à distance.

P85 - Le syndrome des 3M : une cause rare de retard statural

L. Essadam (1), J. Ayari (1), A. Zouaoui (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

pédiatrie D hôpital d 'enfants (1).

Introduction:

Le syndrome des 3M ou syndrome de Miller-McKusick-Malvaux est une anomalie génétique rare de transmission autosomique récessive causée principalement par une mutation au niveau du gène CUL7.Il se caractérise par une dysmorphie faciale distinctive, un retard de croissance intra et extra utérin et des anomalies squelettiques avec un développement intellectuel normal .

Objectifs:

Mettre en lumière les particularités cliniques, diagnostiques et évolutives du syndrome des 3 M à travers trois observations

Matériel et méthodes:

à propos de 3 cas

Résultats:

Nous avons colligé trois observations d'enfants présentant un syndrome des 3M . Il s'agit d'une fille et deux garçons. Deux enfants sont issus d'un mariage consanguin. Tous avaient un retard de croissance intra utérin .L'âge au diagnostic était de onze ans et un mois pour le premier cas , cinq ans et six mois pour le deuxième cas et sept mois pour le troisième cas . Le motif de consultation était un retard staturo-pondéral dans tous les cas avec une taille inférieure à 3 DS pour le premier cas et inférieure à 4 DS pour les deuxième et troisième cas. La dysmorphie faciale était caractéristique dans tous les cas avec un visage triangulaire, un front bombant avec des bosses frontales, un nez éversé et des lèvres épaisses. Il existait également des anomalies squelettiques distinctives comme la micromélie et les pathognomoniques talons charnus . Tous les patients avaient un bon développement psychomoteur avec absence de déficit cognitif. Le dosage du taux de l'IGF1 pratiqué dans un seul cas était normal. L'étude génétique a pu être faite dans un seul cas avec confirmation du syndrome des 3M par biologie moléculaire. Tous les enfants ont reçu un traitement hormonal substitutif par la somatotropine injectable Après un an de recul, un enfant avait gagné 3 cm sous traitement.

Conclusion:

Le syndrome des 3M est une cause rare de retard statural. Il faut l'évoquer devant un enfant né RCIU sans rattrapage statural et présentant un faciès typique. Le traitement par hormone de croissance peut être proposé avec des résultats modestes. Il est plus efficace s'il est proposé tôt et poursuivi plus longtemps. Ceci souligne l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces.

P86 - Transition des patients diabétiques : expérience du service de pédiatrie Farhat Hached de Sousse.

R. Kebaili (1), A. Guerrioui (1), Y. Hasni (2), N. Jaballah (3), N. Soyah (4), A. Tej (4), H. Ben Belgacem (4), M. Ben Abedlbari (4), M. Ben Guedria (4), J. Bouguila (4), S. Tilouche (5), L. Boughamoura (4).

servicepediatrie CHU Farhat hachedsousse (1).service d'endocrinologie CHU Farhat hachedsousse (2).service pediatrie CHU Farhat hached (3).service de pediatrie CHU Farhat hached (4).service de réanimation médicale pédiatrique CHU Farhat hached (5).

Introduction:

Le diabète type 1 constitue un véritable problème de la santé publique. Son incidence est en nette augmentation depuis les dernières décennies. Comme toute maladie chronique découverte durant l'enfance, un transfert vers les services adultes est nécessairement réalisé pour garantir une prise en charge optimale et adaptée selon l'âge. Toutefois cette transition est confrontée à plusieurs obstacles et elle est associée à haut risque de discontinuité, voire de rupture de suivi.

Objectifs:

Les objectifs de notre travail étaient de : - Procéder à la transition des patients diabétiques devenus jeunes adultes vers les services d'endocrinologie à travers un protocole standardisé. - Décrire le profil évolutif des diabétiques en phase de transition ainsi que le niveau de satisfaction avant et après le passage au service d'endocrinologie adulte.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude monocentrique descriptive portant sur trente-quatre patients diabétiques suivis dans le service de pédiatrie de l'hôpital Farhat Hached et qui sont des candidats pour la transition vers le service d'endocrinologie-diabétologie pour adultes au sein du même hôpital. Cette étude a été menée sur une période de 6 mois allant du juillet 2022 à décembre 2022. Après une préparation préalable, les patients étaient convoqués par petits groupes pour une réunion avec un endocrinologue adulte, au sein de salle d'éducation du service de pédiatrie, puis adressés vers la consultation d'endocrinologie adulte.

Résultats:

L'âge moyen de nos patients au moment de la transition était de 21,9 ±4 ans. Une prédominance masculine a été notée avec un rapport (H/F) de 1,43. La moitié des patients étaient scolarisés et les autres étaient des travailleurs. L'âge moyen de découverte du diabète était de 7 ±3,9 ans avec un mode de révélation prédominant sous forme de décompensation acido-cétosique. Trois patients dans notre étude avaient des comorbidités au DT1 : Hypothyroïdie et maladie cœliaque. La durée moyenne du suivi était de 14,6 ±4,7 ans. Le nombre moyen des hospitalisations était de 2,1. Le taux moyen de l'hémoglobine glyquée à la dernière visite pédiatrique était de 9,5 ±1,6 %. Pour les complications liées au diabète, un patient a présenté un accident vasculaire ischémique et deux patients avaient présenté une rétinopathie diabétique. Le score moyen de la sous échelle HAD-A était à 7,8 ±5,7 alors que le score moyen de sous échelle HAD-D était à 8 ± 5,8; 47.1% des patients avaient un score d'anxiété et de dépression inférieur à 7 ce qui signifie l'absence de symptômes. Sur les 34 patients inclus et ayant participé à la réunion, 24 patients seulement se sont rendus à leur première consultation en endocrinologie, soit 70,58%. La majorité des patients transférés (87,5%) ont déclaré qu'ils se sentaient suffisamment accompagnés, et 66,7% étaient satisfaits de cette expérience. Apres la transition, le taux moyen de l'HbA1c était de 8,9 ±1,09 à 6 mois.

Conclusion:

Un accompagnement spécifique pour les patients diabétiques lors du passage des soins pédiatriques aux soins adultes est primordial, des programmes de transition intra hospitalière plus détailles devraient être mis en place pour faciliter cette étape.

P87 - Déficit hypophysaire multiple congénital syndromique

M. Bouaziz (1), E. Ben Arab (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khlif (1), M. Ammous (1), A. Guizani (1), I. Selmi (1), E. Marmech (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de pédiatrie Hôpital Mongi slim, la Marsa (1).

Introduction:

Le déficit hypophysaire, ou hypopituitarisme, est défini par une insuffisance de synthèse d'une ou de plusieurs hormones antéhypophysaires (hormone de croissance, TSH, ACTH, LH-FSH, prolactine) associé ou non à un diabète insipide (déficit en ADH). Chez l'enfant, il est plus fréquemment congénital, par anomalie du développement hypophysaire. Il s'agit d'une maladie rare de prévalence estimée entre 1/16 000 et 1/150 000.

Objectifs:

Décrire la présentation clinique, radiologique, génétique et évolutive de cette entité.

Matériel et méthodes:

Notre observation rapporte le cas d'un déficit hypophysaire multiple syndromique confirmé génétiquement.

Résultats:

Il s'agit de l'enfant H.S issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents familiaux particuliers. Les échographies anténatales ont objectivé un oligoamnios sévère. Il est né à terme, eutrophique, avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. L'examen à la naissance a objectivé une dysmorphie faciale (front bombant, épicanthus, palais ogival, oreilles bas implantées), un souffle cardiaque mésocardiaque, une instabilité des hanches, un pied bot bilatéral, un micropénis et des bourses vides. Une échographie pelvienne a confirmé la présence d'une ectopie testiculaire bilatérale sans autres anomalies. Le reste du bilan malformatif radiologique a noté la présence d'une communication inter-ventriculaire restrictive et une communication inter-auriculaire ostium-secundum ainsi qu'une luxation congénitale des hanches. Une IRM cérébrale demandée devant un retard du développent psychomoteur, était normale. Les explorations endocriniennes du trouble de différenciation sexuelle ont conclu à la présence d'un déficit gonadotrope. L'exploration des autres axes hypothalamo-hypophysaires a révélé un déficit hypophysaire congénital multiple (anté et post-hypophysaire). L'IRM hypothalamo-hypophysaire a montré une interruption de la tige pituitaire. L'étude génétique de gènes impliqués dans les déficits hypophysaires a conclu à la présence d'un variant pathogène de classe 4 du gène GLI2 à l'état hétérozygote (c.947delp.Leu316Argfs*33). Cette variation a été retrouvée également au sein du génome maternel. L'enfant a été mis sous traitement substitutif à vie. Il est âgé actuellement de 6 ans et 4 mois et présente un retard psychomoteur avec retard du langage.

Conclusion:

Le déficit hypophysaire multiple congénital est une pathologie rare pouvant s'intégrer dans une forme syndromique. L'étude génétique est indispensable devant une forme syndromique pour la mise en évidence de « nouveaux » syndromes afin d'orienter la recherche de pathologies associées et de porter un conseil génétique.

P88 - Hyperinsulinisme congénital diagnostiqué à la période néonatale : à propos de 6 cas.

M. Barka (1), I. Guellim (1), M. Taamli (1), N. Soyed (1), D. Brahem (1), O. Mghirbi (1), N. Mahdhaoui (1).

Service de néonatologie, CHU Farhat Hached de Sousse. (1).

Introduction:

L'hyperinsulinisme congénital (HIC) est une maladie endocrinienne rare de transmission autosomique récessive dont la prévalence est estimée à 1/50000. Elle se manifeste dès les premières semaines de la vie par la survenue d'hypoglycémies récurrentes sévères pouvant entraîner un coma et/ou des convulsions très fréquemment à l'origine de séquelles neurologiques et est considérée comme la cause la plus fréquente d'hypoglycémie sévère et persistante pendant la période néonatale.

Objectifs:

L'objectif de notre travail est de faire à travers ces cas le point sur cette pathologie: présentation clinique, particularités thérapeutiques et facteurs pronostiques.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective menée au service de néonatologie de CHU Farhat Hached, ayant inclu tous les cas de nouveau-nés hospitalisés dans notre service pour prise en charge d'une hypoglycémie néonatale en rapport un hyperinsulinisme congénital. Six cas d'HIC ont été colligés au sein du service de néonatologie de Farhat Hached, répartis en cinq garçons et une fille.

Résultats:

Quatre nouveau-nés ont une histoire familiale :deux frères avec des parents non consanguins, une sœur et un frère issus de parents consanguins. Tous les nouveau-nés sont issus de grossesses suivies, menées sans dysgravidies (dépistage de diabète gestationnel négatif). Les accouchements étaient à terme, dont quatre par césariennes. Quatre nouveau-nés étaient eutrophiques, deux macrosomes. Tous étaient hospitalisés pour hypoglycémie néonatale symptomatique de détresse respiratoire ou neurologique. L'hyperinsulinisme congénital était suspecté devant le caractère récidivant et anarchique des hypoglycémies malgré des apports glucidiques totaux importants [20 à 28g/kg/j]. Le dosage de l'insulinémie au moment de l'hypoglycémie était franchement élevé pour les Six cas [allant de 7 à 50 uUl/L]. Deux nouveau-nés étaient traités par Dizoxide et Glucagon iv, un par Dizoxide et sandostatine, et Trois par Dizoxide seulement. La biologie moléculaire de l'hyperinsulinisme a été pratiquée chez les deux frères et leurs parents avec mise en évidence d'une mutation KCNJ 11 à l'état homozygote chez les deux frères et à l'état hétérozygote chez les parents. Pour ces deux cas, l'évolution était marquée par la persistance de l'hypoglycémie ce qui a nécessité une pancréatectomie subtotale respectivement à j91 et j45 de vie. L'évolution était favorable pour les deux avec des chiffres glycémiques normaux et un bon développement psychomoteur. Pour les deux autres ; la sœur a eu recours également à une pancréatectomie subtotale avec installation de diabète insulinodépendant mais le frère, dont l'hypoglycémie a été stabilisée sous Dizoxide et sandostatine, est décédé à l'âge de 40 jours dans un tableau d'œdème, insuffisance rénale, détresse respiratoire et troubles hémodynamiques. Pour les deux autres cas, l'hypoglycémie était bien jugulée par la Dizoxide sans avoir recours à une pancréatectomie. L'étude génétique a été réalisée chez un patient parmi ces deux montrant une mutation du gène GCK.

Conclusion:

L'HIC est une pathologie lourde qui nécessite un suivi à long terme. Le pronostic dépend des complications qui sont essentiellement : les séquelles neurologiques secondaires aux moments d'hypoglycémie, l'intolérance au glucose et le diabète sucré. Le diagnostic génétique est fait dans environ 45% des cas. Les mutations du gène ABCC8 sont les causes les plus fréquemment identifiées. L'étude moléculaire est fortement recommandée dans la prise en charge des HIC.

P89 - Syndrome de Cushing Iatrogène Infantile : à propos de 3 cas

A. Zouaoui (1).

Pédiatrie D , Hôpital d'Enfants El Bechir Hamza (1).

Introduction:

Le syndrome de Cushing est une pathologie rare chez l'enfant, caractérisée par une hypercortisolémie pouvant être d'origine endogène ou iatrogène. La forme iatrogène est la plus

fréquente dans cette tranche d'âge, en raison de l'utilisation prolongée de corticostéroïdes pour diverses affections. Bien que les formes orales et injectables soient les plus souvent en cause, les corticostéroïdes topiques peuvent également entraîner un syndrome de Cushing en cas d'usage inapproprié.

Objectifs:

Nous rapportons trois cas d'enfants ayant consulté pour un syndrome de Cushing récent

Matériel et méthodes:

Nous rapportons trois cas d'enfants ayant consulté pour un syndrome de Cushing récent

Résultats:

Les trois cas concernent des filles âgées respectivement de 15 mois, 2 ans et 4 mois, et 4 ans et 10 mois, ayant consulté pour une prise de poids récente. L'anamnèse met en évidence une utilisation inappropriée de crèmes corticostéroïdes topiques prescrites pour le traitement d'un psoriasis (2 cas) et d'un érythème fessier (1 cas) pendant une durée excédant trois mois. Toutes présentaient un syndrome de Cushing, caractérisé par une obésité, un faciès lunaire et un hirsutisme. Deux d'entre elles présentaient également des vergetures abdominales et de l'acné. Le bilan endocrinologique a révélé, dans deux cas, des taux basaux indétectables d'hormone corticotrope (ACTH) et de cortisol, confirmant ainsi le diagnostic de syndrome de Cushing iatrogène. Le troisième cas présentait des valeurs hormonales normales. La dégression des corticoïdes a été préconisée dans les 3 cas avec retour à la normale sur le plan clinique au bout de 1 à 2ans

Conclusion:

Le syndrome de Cushing peut résulter d'un usage excessif de corticostéroïdes topiques, en particulier dans la prise en charge des affections dermatologiques fréquentes. Bien que leur prescription soit justifiée, une utilisation inadaptée peut entraîner des effets systémiques significatifs. L'information et la sensibilisation des parents ainsi que des pharmaciens sont essentielles afin de limiter ces risques et d'assurer un usage sécurisé de ces traitements.

P90 - Association de diabète type 1 et maladies auto-immunes: à propos de 8 cas

S. Miled (1), S. Khlif (1), C. Minyar (1), J. Ben Hefaiedh (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de Pédiatrie et Néonatologie- Hôpital Mongi Slim La Marsa (1).

Introduction:

Le diabète de type 1 (DT1) est une maladie auto-immune fréquente, souvent associée à d'autres pathologies auto-immunes. L'identification et la description de ces associations sont essentielles pour une prise en charge globale et optimale des patients.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques clinico-biologiques, thérapeutiques et psychosociales des patients atteints de diabète type 1 (DT1) avec comorbidités auto-immunes.

Matériel et méthodes:

Étude descriptive rétrospective incluant les patients suivis pour DT1 associé à une autre maladie auto-immune au service de pédiatrie du CHU Mongi Slim- La Marsa sur une durée de 9 ans (2017-2025).

Résultats:

Nous avons colligé 8 enfants: 6 filles et 2 garçons. L'âge moyen était de 10,2 ans. Nous avons noté des antécédents familiaux de maladies auto-immunes : DT1 (N=2), dysthyroïdie (N=3), vitiligo (N=1) et AJI (N=1). Le diagnostic de DT1 a été posé suite à une acidocétose diabétique dans 5 cas. Les autres présentaient des signes cardinaux du diabète. Les patients avaient des auto-anticorps positifs dans 7 cas. Les maladies auto-immunes associées étaient : thyroïdite auto-immune (N=4), maladie cœliaque (N=3) dont un avait aussi une arthrite juvénile idiopathique, myopathie (N=1). La découverte de ces maladies associées était fortuite lors d'un dépistage systématique dans 5 cas. Les complications incluaient des épisodes récurrents d'hypoglycémie dans 6 cas, d'acidocétose dans un cas, et d'une ostéopénie dans un cas en rapport avec une maladie cœliaque. Tous les patients sont sous analogues d'insuline. Trois patients recevaient du levothyrox, 3 suivaient un régime sans gluten, et 1 recevait de l'étanercept pour l'AJI. L'observance était moyenne dans 5 cas. Un soutien familial était retrouvé dans 6 cas, avec de bons résultats scolaires et une meilleure intégration psychosociale.

Conclusion:

Cette étude met en évidence la diversité des comorbidités auto-immunes associées au DT1 et leur impact sur la prise en charge globale. Une approche multidisciplinaire, incluant un soutien psychosocial et familial, est essentielle pour améliorer la qualité de vie de ces patients.

P91 - Insuffisance surrénalienne à révélation tardive : étude de 13 cas

Y. Smaoui (1), S. Kmiha (1), F. Charfi (1), R. Kolsi (1), I. Chabchoub (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).

Service de pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax, Tunisie. (1).

THEMES:

Endocrinologie

Introduction:

L'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) est une maladie génétique autosomique récessive due à un déficit enzymatique de la stéroïdogenèse, affectant la synthèse du cortisol. Dans ses formes à révélation tardive, une activité enzymatique résiduelle préserve généralement l'équilibre glucocorticoïde, mais l'excès d'androgènes surrénaliens peut induire une puberté précoce

Objectifs:

Décrire le profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des enfants suivis pour HCS dans le service de pédiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax ; ainsi que déduire des recommandations de prise en charge et de suivi adaptées à nos conditions locales.

Matériel et méthodes:

Notre travail est une étude rétrospective, descriptive et comparative concernant les enfants suivis pour HCS à révélation tardive au service de Pédiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax. Cette étude a été menée sur une période de 41 ans allant de 1er Janvier 1983 au 31 Décembre 2024.

Résultats:

Nous avons recensé 13 cas d'HCS à révélation tardive, ce qui correspond à une incidence annuelle moyenne de l'HCS de 0.37 cas par an. Une consanguinité parentale a été retrouvée dans 76.9% des cas. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 4.43 ans. Sur le plan clinique, la puberté précoce était le motif de consultation dans 76.9%, associée à une HTA dans 23% des cas, une avance staturo-

pondérale a été notée dans 84% des cas. Sur le plan biologique, aucun patient n'a présenté un syndrome de perte de sel ou une hypoglycémie. La 17OHP était élevée chez 12 patients avec une moyenne de 126 ng/ml. La cortisolémie était effondrée chez tous les enfants ; elle était en moyenne de 23.1 ng/ml . L'ARP était élevée chez seulement deux enfants. Le composé S et la DOC étaient élevés chez 3 enfants confirmant ainsi le diagnostic d'un déficit en 11βOH. Une étude en biologie moléculaire à la recherche de l'une des mutations les plus fréquentes de l'HCS a permis de confirmer le diagnostic d'une HCS par déficit en 21 hydroxylase chez un seul enfant. Au terme du bilan étiologique, nous avons retenu : 10 cas (76.9%) de déficit en 21 hydroxylase, 3 cas (23%) de déficit en 11 béta hydroxylase. Le traitement hormonal substitutif a été initié chez tous les enfants à un âge moyen de 4.1 ans . L'hydrocortisone a été utilisée chez tous les enfants, associée au fludrocortisone dans 53,8% des cas. La dose moyenne du traitement par HC était de 25.2 mg/m2/j . Une chirurgie féminisante a été pratiquée chez 3 filles à un âge moyen de 5.6 ans . Durant le suivi , Après un recul moyen de 7,2 ans, 10 enfants ont été toujours sous traitement hormonal et 3 enfants ont arrêté le traitement , HTA était bien contrôlée chez 2 enfants, et un autre a nécessité des hospitalisations fréquentes pour des chiffres tensionnels élevés.

Conclusion:

L'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) est un ensemble de troubles endocriniens rares causés par des mutations génétiques altérant la biosynthèse des corticostéroïdes. Cette étude examine les différents types de HCS, leurs mécanismes physiopathologiques, les stratégies diagnostiques actuelles et les options thérapeutiques disponibles. Une prise en charge multidisciplinaire est indispensable pour assurer un suivi optimal de l'enfance à l'âge adulte et prévenir les complications à court et long terme.

P92 - Dysgénésie gonadique mixte : à propos d'un cas

R. Kebaili (1), A. Guerrioui (1), O. Mandhouj (2), N. Soyah (3), A. Ksia (4), M. Abedlbari (2), N. Jaballah (2), H. Ben Belgacem (2), M. Ben Guedria (2), S. Tilouche (5), A. Tej (2), L. Boughamoura (2).

servicepediatrie CHU Farhat hachedsousse (1).service de pediatrie CHU Farhat hached (2).service pediatrie CHU Farhat hached (3).service de chirurgie pediatrique Monastir (4).service de reanimationmedicalepediatrique (5).

Introduction:

Les dysgénésies gonadiques sont définies par des anomalies du développement des gonades, ils représentent des anomalies rares du développement sexuel. Les dysgénésies gonadiques mixtes (DGM) 45, X /46, XY constituent une variation rare du développement sexuel associée à une anomalie qui affecte les des chromosomes sexuels.

Objectifs:

Décrire, à travers un cas clinique et une revue de la littérature, la présentation clinique, les anomalies associées et la prise en charge de la DGM.

Matériel et méthodes:

.

Résultats:

Il s'agit d'un patient issu d'un mariage non consanguin, né à terme sans incidents. L'examen à la naissance a objectivé un nouveau-né eutrophique avec un examen clinique sans anomalies hormis la présence d'un hypospadias et un testicule gauche non palpable dans les bourses. Le patient a été adressé en chirurgie pédiatrique pour complément de prise en charge. Il a été opéré à l'âge d'un an par voie classique pour positionner le testicule dans la bourse. En per opératoire, les chirurgiens ont constaté la présence d'une structure qui rappelle l'aspect d'un testicule avec absence d'individualisation du canal déférent, et présence des vaisseaux très courts. L'abaissement était difficile et la décision était alors d'opter pour une orchidectomie gauche. L'examen histo-pathologique de la pièce opératoire a montré des caractéristiques histologiques compatibles avec le syndrome de régression testiculaire gauche avec la présence d'une paroi utérine tubaire. Une échographie abdomino-pelvienne et une imagerie par résonance magnétique ont été réalisées, montrant l'absence de dérivés müllériens, et la présence un testicule droit d'apparence et de taille normaux localisé dans le scrotum. Le caryotype a montré la présence d'un mosaïcisme chromosomique avec des cellules présentant 45, X dans 4/21 des mitoses analysées et 46, XY dans 17/21 des mitoses, concluant alors au diagnostic de DGM. L'hybridation in situ par fluorescence (FISH) a montré la présence du gène SRY sur les chromosomes Y. Actuellement, l'enfant est âgé de deux ans, il est eutrophique, il a un bon développement psychomoteur. Devant la taille de la verge normale, il n'y a pas d'indication à démarrer un traitement hormonal par testostérone pour le moment, mais ce traitement pourra être nécessaire au moment de la puberté.

Conclusion:

La présentation clinique au cours des dysgénésies gonadiques mixtes est très variable allant de la masculinisation partielle avec ambiguïté sexuelle à la naissance au phénotype complètement masculin ou complètement féminin. Un diagnostic précoce pendant la vie néonatale ou même en prénatal est primordial. La prise en charge doit être multidisciplinaire et orientée pour préserver le pronostic vital par la résection des structures dysgénésiques à haut risque de dégénérescence d'une part et pour alléger la souffrance psychologique du sujet atteint et son entourage familial de l'autre part.

P93 - Le foie métabolique : Syndrome de Mauriac pédiatrique A propos d'un cas

O. Mandhouj (1), R. Kebaili (1), B. Ferchichi (1), A. Tej (1), N. Jaballah (1), M. Abdelbari (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).

service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

Introduction:

Le syndrome de Mauriac est une complication rare du diabète de type 1, principalement observée chez les enfants et les adolescents. Il se manifeste par un retard de croissance, un retard pubertaire, une hépatomégalie et une perturbation de la fonction hépatique. Ce syndrome est généralement lié à un contrôle inadéquat du diabète, ce qui entraîne une accumulation anormale de glycogène dans le foie. Nous rapportons ainsi le cas d'un jeune adolescent atteint de ce syndrome tout en précisant la physiopathologie et les principaux diagnostics différentiels.

Objectifs:

Mise au point sur le mécanisme physiopathologique ainsi que la confirmation diagnostique du syndrome de Mauriac tout en discutant les diagnostics différentiels.

Matériel et méthodes:

***

Résultats:

Il s'agit d'un adolescent de 14 ans, hospitalisé pour une décompensation acido-cétosique liée à un diabète de type 1, associée à des œdèmes des membres inférieurs et un ballonnement abdominal. Le diabète, diagnostiqué à 9 ans, était mal équilibré, entraînant des hospitalisations fréquentes et des complications. On notait un retard pubertaire et statural (-4DS). L'examen clinique a révélé une distension abdominale, une hépatomégalie (FH=16 cm), des œdèmes des membres inférieurs et un impubérisme. L'HbA1C était de 14,7 %. Le bilan hépatique montrait une cytolyse (20 fois la normale), une cholestase anictérique (GGT=493 UI/L), et des triglycérides élevés (5,2 g/L). Les autres bilans (rénal, hémostase, thyroïdien) étaient normaux. L'échographie abdominale a confirmé l'hépatomégalie sans hypertension portale. Les sérologies virales et bilans immunologiques(Anticorps de l'hépatite auto immune et sérologie coeliaque) étaient négatifs. Un bilan de la maladie de Wilson a été effectué, montrant un test à la D-pénicillamine positif. Devant la persistance de la symptomatologie sous DPénicillamin, une biopsie hépatique a révélé une hyper-granulation évoquant une hyper-glycogénose. Sur la base des résultats cliniques et biologiques, le diagnostic de syndrome de Mauriac a été retenu. Une optimisation de l'insulinothérapie et une éducation thérapeutique ont été mises en place.

Conclusion:

Complication rare, potentiellement grave du diabète insulinorequérant mais probablement sous diagnostiquée, la glycogénose hépatique doit être évoquée devant une cytolyse hépatique et une hépatomégalie survenant dans un contexte de diabète déséquilibré. Même si cette complication métabolique du diabète n'est pas responsable de la mortalité de l'affection, avant tout liée aux complications cardiovasculaires, elle a un impact majeur sur la qualité de vie des patients. Ainsi, une bonne équilibration du diabète est la pierre angulaire de la prise en charge.

P94 - Apport des appareils de mesure de la glycémie par système flash dans la prise en charge de l'enfant diabétique. : Expérience d'une unité d'endocrinologie

L. Essadem (1), A. Bouzidi (1), Y. Balti (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Service de médecine infantile D, Hôpital d'enfant de Tunis (1).

Introduction:

Le diabète de type 1 (DT1) chez l'enfant représente un défi majeur de santé publique, nécessitant une gestion rigoureuse de la glycémie pour prévenir les complications à long terme. Les nouvelles technologies, telles que les système flash de surveillance continue du glucose type Freestyle, ont transformé la prise en charge de cette maladie en offrant une surveillance en temps réel et une meilleure qualité de vie. En Tunisie, pays à ressources limitées, l'accès à cette technologie reste encore restreint et son apport très peu étudié.

Objectifs:

décrire les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques, ainsi que l'apport de ces technologies sur l'hémoglobine glyquée (HbA1C).

Matériel et méthodes:

Nous avons colligé 18 patients suivis au service de médecine infantile D à l'hôpital d'enfants de 2019 à 2023 ayant bénéficié de Free-style. Les données cliniques et biologiques de leur prise en charge et de leur suivi ont été étudiées. Les HbA1C avant et après Freestyle ont été comparées.

Résultats:

Le sex ratio était de 1,25 filles pour un garçon ,L'âge moyen au moment de diagnostic était de 66,44 mois (±44,33). En ce qui concerne les circonstances de découverte de diabète, l'acidocétose était présente dans huit cas, un SPUPD dans cinq cas, une cétose dans quatre cas. Le diabète a été diagnostiqué à la biologie sans signes cliniques patents chez un seul malade Tous les patients ont été mis d'emblée sous une insulinothérapie par schéma basal bolus. La dose moyenne d'insuline était de 0,87 UI/Kg/j(±0,13 UI/Kg/J). La moyenne de l'hémoglobine glyquée initiale était de 10,8% (±3,41%). Le Freestyle a été installé, en moyenne 22 mois après le diagnostic (±27,5 mois). Nous avons noté une différence statistiquement significative entre les valeurs de l'hémoglobine glyquée avant et après Freestyle, (p= 0,012)

Conclusion:

Les nouvelles technologies d'auto surveillance flash de la glycémie améliorent significativement le contrôle glycémique chez les enfants atteints de DT1, comme le montre la baisse significative de l'HbA1c. Cette technologie innovante doit être à diffusée plus largement eu égard à son confort d'utilisation en plus de son impact métabolique.

P95 - Pathologies associées au diabète de type 1 chez l'enfant : étude rétrospective

O. Hammami (1), D. Ben Nasser (1), H. Hlel (1), A. Ourari (1).

pédiatriehopitalregionalmenzelbourguiba (1).

Introduction:

Le diabète de type 1 (DT1) est une maladie auto-immune dans 90 % des cas qui peut s' associer à d'autres maladies auto-immunes (10 à 15 %) et/ou des anticorps spécifiques d'organes (30 %)

Objectifs:

L'objectif de ce travail illustre le profil épidémiologique des principales pathologies autoimmunes retrouvées chez les enfants suivis pour DT1 dans un hôpital régional.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective menée auprès des patients suivis pour DT1, dans le service de pédiatrie de l'hôpital régional de Menzel Bourguiba entre 2021 et 2025. Les données ont été recueillis à partir des dossiers médicaux afin d'identifier les pathologies associées, leurs modes de dépistage et leurs caractéristiques biologiques et cliniques.

Résultats:

Nous avons colligé 53 patients, l'âge moyen était de 7 ans et 2 mois avec un sex/ratio de 2, une maladie cœliaque a été note dans 3,8% des cas (n=2). Le diagnostic a été retenu avec la positivité des anticoprsantitransglutaminases recherchée systématiquement chez tous nos patients avec ou sans signes cliniques lors de leur suivi. Une hypothyroidie a été diagonstiqué chez un patient (1,9 %) recherche devant un retard scolaire et confirme par le dosage hormonal

Conclusion:

L'augmentation croissante de la prévalence est une préoccupation de sante publique avec une implication socio-économique. Des efforts doivent être faits pour un diagnostic précoce et un suivi de qualité. Ceci passe par la formation et le renforcement des capacités des prestataires de sante au niveau périphérique et une meilleure collaboration des différents services de prise en charge du diabète de l'enfant

P96 - Progression d'une maladie de basedow vers une thyroïdite de Hashimoto: A propos d'un cas pédiatrique

A. Maachaoui (1), J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).

service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

Les dysthyroïdies auto-immunes comprennent principalement la maladie de Basedow et la thyroïdite d'Hashimoto, qui sont classiquement opposées sur le plan physiopathologique. Cependant, la transition d'une maladie de Basedow vers une hypothyroïdie d'Hashimoto est un phénomène rare, dont la physiopathologie reste mal comprise.

Objectifs:

Mettre l'accent à travers une observation pédiatrique sur la possibilité de progression de la maladie de basedow vers une thyroïdite de Hashimoto

Matériel et méthodes:

Les données cliniques et paracliniques ont été recueillies à partir de l'observation médicale

Résultats:

Il s'agit d'une patiente âgée de 12 ans, aux antécédents familiaux de polyarthrite rhumatoïde chez la mère, suivie depuis l'âge de 3 ans pour retard psychomoteur. A l'âge de 11 ans elle a présenté un tableau évocateur d'hyperthyroïdie avec tachycardie, palpitations, tremblements et hypersudation. Le bilan thyroïdien a révélé une hyperthyroïdie périphérique avec une TSH indétectable, conduisant à l'introduction des antithyroïdiens de synthèse. L'évolution a été marquée par une régression progressive des symptômes et une inversion du profil biologique vers une hypothyroïdie profonde après 11 mois. Le bilan immunologique a révélé des anticorps anti-TPO très élevés (56.56 UI/ml) et des anticorps anti-récepteurs de la TSH fortement positifs (10.53 UI/L), associés à des anticorps antinucléaires (AAN) élevés à 1/1280. L'échographie thyroïdienne a mis en évidence un goitre diffus évoquant une thyroïdite. L'ensemble du tableau suggère une évolution d'une maladie de Basedow vers une thyroïdite d'Hashimoto. La conduite était une titration des antithyroïdiens de synthèse jusqu'à obtention d'une euthyroïdie.

Conclusion:

Ce cas illustre la complexité des interactions immunologiques dans les dysthyroïdies. En effet, la coexistence de taux élevés d'anticorps anti-TPO et anti-récepteurs TSH renforce l'hypothèse d'une réponse immunitaire fluctuante, possiblement influencée par des facteurs environnementaux ou génétiques.

P97 - DIABETE INSIPIDE CENTRAL DE L'ENFANT : EXPERIENCE DU SERVICE DE PEDIATRIE A DE SFAX

S. Dayegue (1), O. Ghariani (1), K. Roeya (1), H. Aloulou (1), F. Charfi (1), M. Bahloul (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1).

Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker Sfax (1).

Introduction:

Le DI est l'un des troubles les plus courants affectant l'homéostasie hydrosodée. Le DIC est défini par une excrétion anormalement importante d'urines hypotoniques, résultant d'une production quantitativement ou qualitativement inadéquate d'AVP. Le diagnostic positif du DIC est facile à établir. Cependant, des présentations cliniques atypiques existent et peuvent retarder le diagnostic. Le vrai défi face un DIC reste le diagnostic étiologique. Les étiologies sont nombreuses et peuvent apparaitre des années après le diagnostic du DIC.

Objectifs:

étudier les caractéristiques épidémiologiques cliniques, et paracliniques, chez les patients hospitalisés ou suivis pour DIC permettant de faire le diagnostic positif de DIC, étudier les modalités thérapeutiques du DIC en lui-même et de l'étiologie retenue et étudier l'évolution et le pronostic de chaque étiologie retenue pour le DIC.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective descriptive de 13 patients atteints de DIC colligés au service de pédiatrie A au CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 36 ans allant du 1er Janvier 1987 au 31 Décembre 2023. Nous avons étudié pour chacun de nos patients, les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques, ainsi que la démarche du diagnostic étiologique, les modalités thérapeutiques et évolutives.

Résultats:

Le DIC chez l'enfant est rare, avec seulement 13 cas recensés. La prévalence est d'environ 23 cas pour 100 000 habitants, et l'incidence annuelle est de 3 à 4 nouveaux cas pour 100 000 habitants. La majorité des patients étaient de sexe masculin (10 sur 13), avec un âge moyen au diagnostic de 7 ans et 6 mois. Le SPUPD était le motif de consultation pour tous les patients. Des anomalies de croissance étaient observées chez 9 patients. L'interrogatoire minutieux des antécédents familiaux est crucial, car des cas similaires peuvent indiquer un DIC génétique. Le diagnostic repose sur la confirmation de l'hypo osmolarité des urines (moins de 300 mOsm/Kg H2O) et l'épreuve de restriction hydrique, qui a été réalisée chez 11 patients sans complications. Le test à la desmopressine a montré une réponse positive dans tous les cas, avec une augmentation de l'OsmU et de la DU. Dans notre étude, une cause organique a été identifiée chez 6 /13 patients soit 46,15% des cas. La durée d'évolution entre le diagnostic de DIC et le diagnostic de l'étiologie était en moyenne 7,66 mois (extrêmes de 1 à 24 mois). Les causes du DIC peuvent être acquises (traumatismes, infections, interventions neurochirurgicales) ou congénitales, et peuvent inclure des anomalies génétiques. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est essentielle pour le diagnostic étiologique, bien que des résultats normaux puissent être observés au début de la maladie. Le traitement principal est la desmopressine, administrée par voie orale, intranasale ou parentérale. Une surveillance étroite est nécessaire pour éviter des complications comme l'intoxication à l'eau. Le

pronostic dépend de la pathologie sous-jacente, et un suivi clinique et radiologique est recommandé pour les cas initialement considérés comme idiopathiques.

Conclusion:

Cette étude souligne l'importance d'un diagnostic précoce et d'une évaluation systématique des causes du DIC, ainsi que l'efficacité du traitement par desmopressine pour améliorer la qualité de vie des patients.

P98 - Puberté précoce centrale : Analyse clinique et impact du traitement par analogues de la GnRH

M. Wejden (1), L. Essadem (1), O. Bahlous (1), N. Haddad (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

La puberté précoce centrale (PPC) est une pathologie rare due à l'activation prématurée de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique, entraînant un développement pubertaire avant 8 ans chez la fille et 9 ans chez le garçon. Elle résulte d'une sécrétion précoce de gonadotrophines (FSH, LH) liée à une activation anormale de l'hypothalamus. La PPC peut affecter la croissance, le développement osseux et l'équilibre psychologique des enfants. Un diagnostic précoce et un traitement par analogues de GnRH sont essentiels pour prévenir l'arrêt prématuré de la croissance et les troubles psychologiques associés.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est d'analyser les caractéristiques cliniques et l'évolution des patients atteints de puberté précoce centrale, ainsi que l'impact du traitement par analogues de la GnRH.

Matériel et méthodes:

Nous présentons une étude rétrospective descriptive portant sur 10 patients suivis dans notre service entre 2014 et 2024 pour une puberté précoce. Les paramètres étudiés incluent l'âge au diagnostic, le stade de Tanner, les résultats des imageries cérébrales et des échographies pelviennes, ainsi que le traitement administré et son efficacité.

Résultats:

Nous avons recensé dix patients chez qui la puberté précoce s'est manifestée entre l'âge de 2 et 7 ans, avec un âge moyen de 6 ans et 2 mois. L'hypertrophie mammaire était présente chez 66,6% des patientes, seule ou associée à d'autres signes. La pilosité pubienne concernait 44,4% des cas, et un cas de ménarche précoce à 2 ans a été observé. À la première consultation, 77,8% des patientes présentaient un développement mammaire avancé (S3-S4), 77,8% avaient une pilosité axillaire peu développée (A1), et 44,4% avaient une pilosité pubienne avancée (P3). La majorité (88,8%) présentait une croissance accélérée, avec 55,5% dépassant +3 DS. L'avance moyenne de l'âge osseux était de 32,5 mois. Les échographies pelviennes ont montré des tailles utérines (38-55 mm) et ovariennes (7,1-15 mm) variables, Certaines images révèlent des rapports corps/col différents, allant de 1 à 1,6, avec une ligne de vacuité présente et fine dans tous les cas avec des signes d'imprégnation hormonale. L'IRM cérébrale n'a révélé aucune anomalie dans 88% des cas, mais une hypertrophie anormale de l'antéhypophyse a été observée dans un cas. Tous les patients ont été

traités par analogues de la GnRH, avec un suivi moyen de 3,5 ± 1,1 ans. Après traitement, 88% ont montré une réduction de la croissance et une normalisation de la puberté. Aucune complication majeure n'a été signalée, et une nette régression de la taille utérine (42 mm à 29 mm) et ovarienne a été observée.

Conclusion:

La puberté précoce centrale nécessite un diagnostic précoce et un traitement adapté pour prévenir les complications liées à la maturation osseuse avancée et aux impacts psychologiques. Le traitement par analogue de GnRH (Décapeptyl) est efficace, avec des régressions des signes de puberté précoce, notamment la réduction de la taille des ovaires et de l'utérus, et des améliorations du stade de Tanner. Une surveillance continue est essentielle pour ajuster le traitement et suivre l'évolution pubertaire après son arrêt.

P99 - Évaluation des connaissances parentales sur l'obésité infantile

M. Tliba (1), A. Marzouk (2), M. Mejri (2), R. Thabti (2), L. Jallouli (2), F. Friha (2), A. Bouaziz (2).

service de pédiatrie hopital régional Ben Arous (1).service pédiatrie hôpital régional Ben Arous (2).

Introduction:

L'obésité infantile est un problème de santé publique croissant, avec des conséquences importantes sur la santé physique et mentale des enfants. Une meilleure connaissance des parents concernant les facteurs de risque est essentielle pour une prévention efficace.

Objectifs:

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances des parents sur l'obésité infantile au service de Pédiatrie et Néonatologie de l'hôpital régional de Ben Arous.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée auprès de 200 parents accompagnant leurs enfants en consultation pédiatrique. Un questionnaire structuré a été utilisé pour recueillir les données durant les mois de janvier et février 2025.

Résultats:

L'échantillon comprenait principalement des enfants d'âge scolaire. Le niveau d'éducation des mères était réparti comme suit : primaire (33), secondaire (108), universitaire (57) et analphabète (2). La majorité des parents définissaient l'obésité par le poids selon la taille (131 cas), d'autres par le poids seul (48 cas) ou par le pourcentage de masse grasse (21 cas). L'obésité n'était pas perçue comme une pathologie par 12% des mères, dont 9 étaient en surpoids ou obèses. L'évaluation de l'IMC des enfants a montré que 59% avaient un IMC normal, 25% étaient maigres, et 14% (31 enfants) avaient un IMC supérieur au 97e percentile, principalement des filles en âge scolaire. Parmi les enfants obèses, 51% des mères ne considéraient pas l'obésité comme pathologique. De plus, 77% des parents des enfants obèses avaient eux-mêmes un IMC > 25. L'analyse des connaissances des parents sur les facteurs de risque de l'obésité a révélé que 85% des parents reconnaissaient l'impact d'une alimentation déséquilibrée, 82% identifiaient la sédentarité, 43% l'obésité parentale, et 24% l'absence d'allaitement comme des facteurs de risque.

Conclusion:

Bien que certains parents aient une connaissance générale des facteurs de risque de l'obésité infantile, une proportion importante manque d'informations appropriées pour prévenir cette condition. Il est crucial de développer des programmes d'éducation et de sensibilisation pour améliorer la compréhension des parents et promouvoir des comportements de santé plus sains, afin de lutter efficacement contre l'obésité infantile en Tunisie.

P100 - Syndrome de McCune-Albright : Manifestations cliniques et approche diagnostic (à propos de 2 cas)

W. Mkaouer (1), L. Essadem (1), O. Bahlous (1), K. Ben Mansour (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

Le syndrome de McCune-Albright (SMA), une maladie génétique rare due à une mutation activatrice du gène GNAS, en est l'une des principales causes. Ce syndrome associe typiquement une triade clinique comprenant une dysplasie fibreuse des os, des taches café-au-lait et une hyperfonction endocrine, dont la puberté précoce est l'une des manifestations les plus fréquentes chez les filles.

Objectifs:

L'objectif de ce travail est de souligner l'importance du diagnostic précoce et de la gestion multidisciplinaire du syndrome de McCune-Albright, en mettant l'accent sur ses manifestations cliniques.

Matériel et méthodes:

Cette étude a inclus deux patientes diagnostiquées avec des manifestations cliniques évocatrices du syndrome de McCune-Albright. Les patientes ont été évaluées par un bilan hormonal comprenant la mesure de la LH, FSH et des œstrogènes, ainsi que par des examens d'imagerie, notamment l'échographie pelvienne, l'IRM et les radiographies, afin de caractériser les anomalies hormonales et osseuses associées à cette pathologie.

Résultats:

Nous rapportons deux cas de filles diagnostiquées avec une puberté précoce périphérique dans le cadre du syndrome de McCune-Albright. Cas 1 :Une fille de 3 ans et 2 mois est hospitalisée pour un saignement vaginal cyclique depuis trois mois. L'examen clinique montre des taches café-au-lait à contours irréguliers et un stade pubertaire Tanner S2, P2, sans pilosité axillaire ni signes d'hyperandrogénie. L'âge osseux est avancé (5 ans et 9 mois). Le bilan hormonal révèle l'absence de pic de LH et FSH après stimulation, suggérant une puberté précoce périphérique. L'échographie pelvienne montre un utérus de type pubère avec hydrométrie et une masse kystique rétro-utérine gauche, confirmée par IRM, qui révèle un utérus piriforme, des ovaires hypertrophiés avec des kystes bilatéraux, et une dysplasie fibreuse du toit de la cotyle gauche. L'ensemble des éléments cliniques et radiologiques est compatible avec un syndrome de McCune-Albright. Cas 2 : Une fille de 6 ans et demi présente un saignement génital modéré de 8 à 9 jours et des douleurs osseuses. L'examen clinique montre un stade pubertaire S2 P1 A1, avec une dysmorphie faciale (golfes temporaux bombants, asymétrie cranio-faciale) et une boiterie due à une inégalité des membres inférieurs. La radiographie du bassin révèle une dysplasie du fémur droit. L'échographie pelvienne montre un utérus piriforme de taille normale avec un endomètre fin. Le bilan hormonal montre une hyperœstrogénie, et le test de stimulation ne révèle pas de pic de LH ni de FSH.L'âge osseux est

avancé de 16 mois.Les douleurs osseuses, la dysmorphie faciale et la boiterie évoquent des lésions osseuses et des troubles de croissance, compatibles avec une fibrose dysplasique et un désordre endocrinien, orientant vers le syndrome de McCune-Albright.

Conclusion:

Le syndrome de McCune-Albright est une affection rare, caractérisée par une puberté précoce périphérique, des anomalies osseuses, des taches café-au-lait et des troubles endocriniens. Un diagnostic précoce est essentiel pour une prise en charge appropriée, visant à traiter les symptômes et prévenir les complications. La gestion multidisciplinaire est cruciale pour optimiser le pronostic à long terme.

P101 - La sitostérolémie : à propos d'un cas en pédiatrie

NEH. Gabsi (1), H. Ouarda (2), S. Khelif (2), J. Ben Hafaiedh (2), J. Kanzari (2), M. Amous (2), E. Ben Arab (2), O. Azzabi (2), N. Siala (2).

Service de pédiatrie et de néonatologie, Mongi Slim La Marsa (1).Service de pédiatrie, Mongi Slim, La Marsa (2).

Introduction:

La sitostérolémie est une maladie génétique autosomique récessive, rare, due à une mutation inhibitrice des gènes des protéines ABCG5/ABCG8. Ces gènes ont pour fonction de rediriger vers la lumière intestinale les stérols végétaux alimentaires absorbés dans l'entérocyte via le transporteur NCP1L1. Ceci a pour conséquence une augmentation importante des taux plasmatiques des stérols végétaux (principalement sitostérol, campéstérol), qui se déposent dans les parois artérielles augmentant ainsi le risque d'accidents cardiovasculaires.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la sitostérolémie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation didactique d'un enfant suivi pour une sitostérolémie au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa Tunis.

Résultats:

Enfant âgé de 13 ans, issu d'un mariage consanguin du premier degré, ayant pour antécédents familiaux un cousin germain suivi pour hypercholestérolémie ayant présenté un infarctus du myocarde à l'âge de 30 ans, et une sœur décédée à l'âge de 19 ans dans un contexte de pancytopénie avec hypercholestérolémie non étiquetée. Le patient a été hospitalisé pour exploration d'une thrombopénie (macrothrombocytopénie) associée à une hypercholestérolémie, un gérontoxon bilatéral, des xanthomes tendineux des coudes et des genoux sans dysmorphie faciale et sans splénomégalie ni hépatomégalie. Le diagnostic a été posé par un dosage biologique des taux plasmatiques des stérols végétaux par chromatographie avec des résultats comme suit : Cholestanol : 49 mg/L (norme <10mg/L), Campéstérol: 115.2 mg/L (norme<10mg/L), Sitostérol : 353 mg/L (norme<15mg/L), Lathostérol : absence, Cholestérol : 9.67 mmol/L. Le Diagnostic a été confirmé par une étude génétique avec une extraction d'ADN montrant un génotype causal de

sitostérolémie au locus ABCG8. L'enfant a été mis sous une association de cholestyramine et d'ézétimibe bloquant NCP1L1, responsable de l'absorption des phytostérols dans l'entérocyte à une posologie de 10 mg/jour qui est nécessaire pour réduire suffisamment le taux plasmatique des phytostérols. Les produits enrichis en stérols végétaux (margarines, yaourts) ont été formellement contre- indiqués. Par ailleurs, un dépistage familial (biologique avec dosages du sitostérol et du campéstérol, et génétique) a été proposé chez les apparentés.

Conclusion:

La sitostérolémie est une maladie génétique rare, qui reste encore sous diagnostiquée, avec un retard fréquent au diagnostic. La gravité des complications, notamment cardiovasculaires implique une prise en charge thérapeutique rapide, et un dépistage des sujets apparentés.

Gastroentérologie ,Nutrition,Hépatologie

P102 - Cholangite sclérosante néonatale révélée par une cholestase : à propos d'un cas

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

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

Introduction:

La cholangite sclérosante néonatale est une cause rare de cholestase en pédiatrie. Le diagnostic est généralement porté chez le jeune nourrisson à la cholangiographie peropératoire réalisée pour suspicion d'atrésie des voies biliaires. Toutefois, le diagnostic peut être parfois retardé dans les formes atypiques, nécessitant un ensemble d'explorations.

Objectifs:

L'objectif de cette observation est d'illustrer un cas de cholangite sclérosante néonatale chez un nourrisson suivi pour cholestase.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation de cholangite sclérosante néonatale.

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de trois mois, issu d'un mariage consanguin de deuxième degré, avec des antécédents d'ictère néonatal évoluant depuis l'âge de trois jours. L'ictère avait initialement été pris en charge par un pédiatre de libre pratique sans investigations complémentaires. À l'examen clinique, l'enfant présentait un ictère sans hépatomégalie des selles normocolorés. Le bilan biologique révélait une bilirubine totale/directe à 100/96 µmol/L, une cytolyse hépatique à six fois la normale et des GGT élevées à 578 UI/L. L'échographie était sans anomalies. Une sérologie virale a montré une PCR CMV faiblement positive (400 UI/mL, puis 295 UI/mL). Les anticorps antinucléaires (AAN) Hep-2 étaient mouchetés à 1/100 avec des anticorps anti-muscle lisse positifs mais non spécifiques. Un bilan immunologique maternel retrouvait des AAN Hep-2 mouchetés à 1/200, évoquant un possible lupus néonatal. L'enfant a été mis sous

vitaminothérapie (ADEK), Ursolvan et corticothérapie (2 mg/kg/j). L'évolution a été marquée par l'aggravation de la cytolyse hépatique et une augmentation de la GGT, remettant en question une origine immunologique. Une Bili-IRM a été réalisée, révélant un aspect évocateur d'une cholangite sclérosante avec signes d'hépatopathie chronique. Une étude génétique a été demandée et son résultat est en cours.

Conclusion:

La cholangite sclérosante néonatale est une cause rare de cholestase. Son diagnostic a beaucoup bénéficié ces dernières années des avancées en imagerie et en génétique.

P103 – AutoimmuneHepatitis in Children: A Study of 13 Cases

S. Hannachi (1), I. Marzouk (1), N. Selsabil (1), S. Mabrouk (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).

pédiatriesahloulsousse (1).

Introduction:

Autoimmunehepatitis (AIH) is a rare autoimmunedisorderthat leads to chronicinflammatoryliverdisease. In children, itoftenresults in more severeliver damage compared to adults. The pathogenesisinvolves T-cell-mediated activation of B cells, producingautoantibodiestargetingliverantigens. Withouttimelytreatment, AIH can progress to significantliver damage, includingcirrhosis and liverfailure.

Objectifs:

The aim of thisstudywas to describe the clinical, biochemical, and histologicalcharacteristics of pediatric AIH cases.

Matériel et méthodes:

This retrospectivestudy examines 13 pediatric AIH cases diagnosed at the PediatricsDepartment of SahloulUniversity Hospital in Tunisiabetween August 2009 and April 2024. Data wereextractedfrom patient records, focusing on clinicalpresentation, laboratoryfindings, histologicalfeatures, and treatmentoutcomes.

Résultats:

The cohortconsisted of 13 childrenagedbetween 4.5 and 12 years, with a meanage of 8.55 years. The female-to-male ratio was 1.16:1. Amongthese patients, 61.53% werediagnosedwith type 1 AIH (AIH-1), while 38.46% hadseronegative AIH. All patients presentedwithjaundice and/or hepatomegaly at diagnosis. Laboratoryfindingsrevealedcytolysis in all patients and cholestasisin 76.23%. Hypergammaglobulinemia was observed in all cases. Antinuclear antibody (ANA) and anti-smooth muscle antibody (ASMA) were positive in 75.8% of AIH-1 patients. Liver biopsies indicatedchronic active hepatitisin 83.84% of patients, withtwo cases progressing to cirrhosis. An association withotherautoimmunediseaseswasobservedin 38.15% of cases. Additionally, 30.79% of patients presentedwithadvancedliverdisease and complications. Treatmentregimensincluded prednisolone, with or without azathioprine, depending on diseaseseverity.

Conclusion:

Early suspicion and prompt diagnosis of AIH in pediatric patients are crucial to initiatetimelytreatment, preventdisease progression, and avoid complications.

P104 - L'ingestion d'eau de javel en vrac chez l'enfant

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

Introduction:

l'ingestion accidentelle d'eau de javel est une intoxication chimique fréquente chez l'enfant dans notre pays, avec des conséquences cliniques variables allant de symptômes bénins à des complications potentiellement graves. L'eau de javel en vrac est un produit artisanal non contrôlé qui peut être mélangé avec d'autres produits caustiques.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, endoscopiques, thérapeutiques et évolutifs des ingestions d'eau de javel en vrac en milieu pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive menée sur une période de 5 ans de2020 à 2024, colligeant tous les enfants hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa pour ingestion d'eau de javel en vrac.

Résultats:

Nous avons colligé 31 enfants avec un sex-ratio de 1,58 et un âge médian de 41 mois (7 mois – 14 ans et 7mois). L'ingestion d'eau de javel en vrac était accidentelle à domicile dans la totalité des cas, la quantité ingérée était imprécise chez 94%. Elle était secondaire à un stockage dans des récipients inadéquat (bouteille d'eau) dans 68%. Des vomissements provoqués étaient notés chez 26% des enfants et une administration de lait par les mères chez 58%. Le délai moyen de consultation était de 1,2 heures post-ingestion. Vingt-trois enfants étaient symptomatiques à l'admission: vomissements (55%), douleurs abdominales (13%), odynophagie (13%), dyspnée haute transitoire (7%) et des lésions buccales chez un seul enfant. La fibroscopie œsogastroduodénale a été pratiquée dans 94% des cas, après un délai moyen de 14 heures post-ingestion, montrant des lésions œsophagiennes chez 3 enfants (Stade I pour deux patients et stade II a pour un seul enfant) et des lésions gastriques dans 23% des cas à type de gastrite congestive. L'enfant ayant eu une oesophagite stade II a été mis sous inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) avec antibiothérapie. Les autres enfants ayant une gastrite étaient mis sous IPP pendant 10 jours. L'évolution était favorable sans séquelles dans tous les cas.

Conclusion:

L'ingestion d'eau de javel en vrac chez l'enfant est fréquente dans notre pays. Les conséquences sont le plus souvent bénignes, mais le risque de lésions sévères reste possible en cas de mélange de produits caustiques. La prévention par une meilleure éducation et la sécurisation des produits ménagers est cruciale pour réduire la fréquence de cet incident.

P105 - A propos de 2 cas du syndrome de la pince aorto-mésentérique

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Ammar (1), H. Zitouni (2), R. Mhiri (3), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).chirurgie pediatriquesfax (2).chirurgie pediatrique (3).

Introduction:

Le syndrome de la pince mésentérique se définit par la compression de la troisième portion du duodénum (D3) entre l'artère mésentérique supérieure (AMS) en avant et le plan aorto-rachidien en arrière.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est d'étudier les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette maladie.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive de 2 cas du syndrome de la pince aorto-mésentérique, réalisée dans le service de Pédiatrie B du CHU Hédi Chaker de SFAX sur une période de 5 ans allant du 1ér Janvier 2019 au 31 Décembre 2024.

Résultats:

1/Il s'agit d'une patiente âgée de 12 ans, suivie à la consultation externe pour constipation, douleur abdominal et vomissements chronique, admise pour vomissements avec amaigrissement de 3kg pendant 15j avec à l'examen une sensibilité abdominale au niveau flac droit et gauche, cernes oculaire sans anomalies biologiques. D'où la patiente a été mise en repos digestif avec perfusion sur VVP avec une angioscanner abdominale a été demandé montrant : un angle aorto-mésentérique mesuré à 11°. D'où la patiente a été adressée au service de chirurgie pédiatrique devant l'échec du traitement médical. 2/Patiente âgée de 8 ans, aux antécédents familiaux de mère suivie pour constipation avec hémorroïdes, admise dans notre service pour vomissements incoercibles depuis 1 mois avec à l'examen, sensibilité per-ombilical sans anomalies biologiques. La patiente à été mise initialement sous perfusion sur VVP devant la récidive des vomissements avec un angio-scanner abdominale a montré: angle entre aorte et artére mésentérique supérieur est aigue à 11°. La patiente a été mise sous traitement médical par régime hypercalorique et antiémétique avec réussite.

Conclusion:

La chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'échec du traitement médical. En réalité, elle s'avère nécessaire dans 75% des cas.

P106 - Hépatite auto-immune séronégative : A propos de deux cas

O. Batbout (1), R. Hadj Salem (1), E. Sfar (1), A. Daya (1), S. Daldoul (1), S. Chouchane (1).

Service de pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba Monastir (1).

Introduction:

L'hépatite auto-immune (HAI) est une maladie inflammatoire du foie. Son diagnostic repose sur la présence d'autoanticorps, d'une hypergammaglobulinémie et des lésions histologiques évocatrices. Cependant, dans 10% des cas, les auto-anticorps sont absents.

Objectifs:

Etude de deux cas d'Hépatite auto-immune séro-négative

Matériel et méthodes:

Nous rapportons deux cas d'HAI séronégative hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir.

Résultats:

Observation 1 : Un garçon âgé de 13 ans, sans antécédents, admis pour ictère cholestatique. L'examen clinique montrait un ictère cutanéomuqueux. La biologie révélait une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée, une cytolyse hépatique, des GGT élevées, une insuffisance hépatocellulaire et une lymphopénie à la NFS. Les causes virales, toxiques ainsi que la maladie de Wilson étaient éliminées. Les autoanticorps et le test de Coombs direct étaient négatifs et le dosage des immunoglobulines était normal pour l'âge. Une Ponction biopsie hépatique montrait une hépatite chronique active (A2) et fibrosante (F3). Le diagnostic d'HAI séronégative était retenu et l'enfant était mis sous corticoïde puis Azathioprine avec bonne évolution clinico- biologique. Observation 2 : Un garçon âgé de un an et huit mois, issu d'un mariage, sans antécédents, admis pour ictère cutanéomuqueux cholestatique. L'examen clinique était normal hormis un ictère cutanéomuqueux. La biologie montrait une bicytopénie à l'hémogramme, une cytolyse hépatique, une hyper bilirubinémie à prédominance conjuguée, des GGT élevées, une hypergammaglobulinémie et un TP normal. Les causes infectieuses, hématologiques et métaboliques étaient écartées Les autoanticorps du foie étaient négatifs. Le TCD était positif. Une ponction biopsie du foie montrait une hépatite chronique active (A2) et fibrosante (F2). Le diagnostic d'une HAI séronégative était retenu et le nourrisson était mis sous corticothérapie et Azathioprine avec bonne évolution clinico-biologique.

Conclusion:

L'HAI séronégative est rare chez l'enfant. Son diagnostic est suspecté sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques et confirmé par l'histologie. Une prise en charge précoce et un suivi régulier sont essentiels pour prévenir l'évolution vers la cirrhose.

P107 - Les hépatopathies auto-immunes : expérience d'un service de pédiatrie

S. Miled (1), E. Ben Arab (1), M. Bouaziz (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khlif (1), M. Ammous (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de pédiatrie Hôpital Mongi slim, la Marsa (1).

Introduction:

Les hépatopathies auto-immunes (HAI) sont des maladies inflammatoires du foie, caractérisées par la présence d'autoanticorps sériques responsables d'une agression des hépatocytes et/ou des

cholangiocytes. Un traitement immunosuppresseur adapté à la sévérité de l'atteinte inflammatoire permet habituellement d'éviter une évolution fatale de la maladie vers l'insuffisance hépatique.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, biologiques, immunologiques, histologiques et évolutifs des hépatopathies auto-immunes.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une durée de 10 ans au sein du service de pédiatrie La Marsa. Nous avons inclus tous les enfants ayant été suivi dans notre service pour hépatopathie auto-immune.

Résultats:

Nous avons colligé 17 cas. Le sex-ratio était de 0,9. L'âge moyen au diagnostic était de 7,2 ans. Le mariage était consanguin dans 3 cas. Des antécédents familiaux d'hépatopathies et de maladies auto-immunes ont été notés respectivement dans 2 et 8 cas. Les symptômes révélateurs étaient un ictère avec décoloration des selles (N=7), des arthralgies (N=3), une fièvre prolongée (N=3) et un prurit (N=5). Une hépatomégalie a été notée dans 13 cas. Nous avons noté à la biologie une anémie (N=9), thrombopénie (N=2), leucopénie (N=1), cholestase (N=6), cytolyse hépatique (N=12) et une hypergammaglobulinémie (N=12). Le bilan cuprique et les sérologies virales étaient négatifs dans tous les cas. La biopsie du foie a montré un infiltrat inflammatoire et une fibrose dans tous les cas. Il s'agissait d'une hépatite auto-immune (N=8): type 1 (N=6), type 2 (N=1) et séronégative (N=1). Le diagnostic d'Overlap syndrome (hépatite et cholangite auto-immune) a été retenu dans 4 cas et celui de cholangite auto-immune dans 5 cas. Les pathologies auto-immunes associées étaient une anémie hémolytique (N=2), un syndrome lymphoprolifératif (N=1), une neutropénie (N=1), une pancréatite (N=1) et une arthrite juvénile idiopathique (N=1). Le traitement reposait sur l'association d'une corticothérapie et de l'azathioprine (AZA) dans tous les cas. Le recours à un deuxième immunosuppresseur (mycophénolatemofétil) était nécessaire devant l'absence de rémission immunologique (N=3), ou devant la survenue d'effets indésirables sous AZA (N=1). Un arrêt du traitement immunosuppresseur (devant la rémission clinique, biologique, immunologique et histologique) a été réalisé dans 6 cas. Une rémission clinico-biologique seulement a été obtenue dans 8 cas. Trois cas étaient perdus de vue.

Conclusion:

Les hépatopathies auto-immunes constituent un groupe d'atteintes inflammatoires engageant le pronostic hépatique. La mise en route précoce d'un traitement immunosuppresseur adapté permet une évolution favorable dans la majorité des cas.

P108 - Prise en charge médicochirurgicale du cavernome porte de l'enfant : Expérience du CHU de Monastir

R. Haj Salem (1), E. Amdouni (1), S. Ben Youssef (2), S. Sfar (2), C. Chardot (2), T. Ghedira (1), M. Abdelaali (3), M. Maatouk (3), J. Saad (3), A. Zrig (3), L. Sahnoun (2), S. Chouchene (1).

Service de Pédiatrie de Monastir (1).Service de Chirurgie Pédiatrique de Monastir (2).Service de Radiologie de Monastir (3).

Introduction:

Le cavernome portal est la conséquence d'une occlusion chronique du système porte extra-hépatique formé d'un réseau de veines dont le calibre est augmenté et au sein desquelles chemine un sang portal hépatopète. Chez l'enfant, il constitue une cause majeure d'hypertension portale (HTP). Le cathétérisme ombilical, pendant la période néonatale, constitue une étiologie fréquente du cavernome porte.

Objectifs:

..

Matériel et méthodes:

C'est une étude rétrospective menée de 2002 à 2025 colligeant 21 enfants suivis pour cavernome porte opérés à l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir.

Résultats:

Vingt et un cas étaient colligés. L'âge moyen était de 7.5 ans (extrêmes : 2 ans - 14 ans). Le motif d'hospitalisation était dominé par les signes d'HTP retrouvés dans 15 cas, un ictère cholestatique dans 2 cas et une pancytopénie dans 4 cas. Des antécédents de cathétérisme ombilical étaient notés dans 66.7 % des cas. L'échographie-doppler abdominale confirmait l'HTP chez tous les patients. L'exploration endoscopique objectivait la présence de varices œsophagiennes dans tous les cas. Les perturbations biologiques étaient dominées par la pancytopénie. Le bilan de thrombophilie était demandé pour tous les malades mais n'a été réalisé que chez 14, revenant normal chez 13 et objectivant une baisse des protéines S et C avec mutation hétérozygote du facteur V chez le quatorzième. La portographie était réalisée chez tous les enfants qui ont bénéficié d'une dérivation par anastomose mésentérico-rex dans 13 cas, une anastomose mésentérico-cave dans 6 cas et une anastomose splénorénale dans 2 cas. Les suites post opératoires étaient simples et les patients sont suivis régulièrement à la consultation externe.

Conclusion:

Le cavernome portal est une pathologie handicapante de l'enfant exigeant une prise en charge multidisciplinaire entre hépato pédiatre, chirurgien pédiatre et radiologue. Le bilan étiologique doit comprendre la recherche d'une affection pro thrombotique et la notion de cathétérisme ombilical en période néonatale.

P109 - Atrésie des voies biliaires : Une Pathologie toujours d'actualité

R. Mhiri (1), J. Kanzari (1), S. Khelif (1), H. Ouerda (1), J. Ben Hfaiedh (1), E. Mermech (1), I. Selmi (1), A. Guizani (1), O. Azzabi (1), S. Helioui (1), N. Siala (1).

Service de pédiatrie- Hôpital Mongi Slim, la marsa (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 Kasaï) 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-Décembre 2024.

Résultats:

Nous avons colligé 10 malades (4 garçons et 6 filles). Ces patients sont tous nés à terme. Ils étaient tous eutrophiques (PN moyen= 3267 g) sauf un (PN=2064g). Une consanguinité parentale a été retrouvée chez 4 malades (40%). Aucun antécédent familial d'hépatopathie n'a été trouvé. L'âge moyen des ces patients au diagnostic de l'AVB était de 14 semaines (4-48 semaines). Tous les enfants avaient un ictère cholestatique avec selles totalement décolorées débutant à la période néonatale. L'intervention de Kasaï était pratiquée chez 5/8 des patients à un âge moyen tardif de 92 jours (37-150j). 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 45jours conditionne le pronostic de ces patients en leur permettant de garder leur foie natif plus longtem

P110 - Efficacité de la cholangiographie avec lavage thérapeutique au sérum salé dans le traitement du syndrome de bile épaissie

S. Atitallah (1), O. Rojbani (1), W. Ben Othmen (1), F. Kaddour (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (2).

Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1).Service de Pédiatrie C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (2).

Introduction:

Le syndrome de bile épaissie est une cause rare de cholestase chez le nourrisson. Son évolution est spontanément favorable, dans la majorité des cas. Mais dans de rares cas, l'obstruction des voies biliaires peut persister., nécessitant une intervention chirurgicale en cas d'échec du traitement médical.

Objectifs:

Décrire une observation de syndrome de bile épaissie ayant nécessiter le recours à un traitement chirurgical.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson qui avait présenté un syndrome de bile épaisse persistant, ayant nécessiter le recours à une cholangiographie avec lavage thérapeutique au sérum salé.

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 2 mois présentant un ictère cholestatique. Le nourrisson avait présenté un ictère hémolytique durant la période néonatale dû à une incompatibilité dans le système ABO. L'examen clinique a révélé une pâleur, un ictère cholestatique sans hépatomégalie et une décoloration intermittente des selles. A la biologie, il avait une hyperbilirubinémie conjuguée et une élévation de la gamma-glutamyl transférase, sans insuffisance hépatocellulaire ni cytolyse. L'électrophorèse des protéines sériques et le bilan thyroïdien, étaient normaux. L'échographie abdominale a mis en évidence une vésicule biliaire distendue contenant un matériel échogène, ainsi qu'une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques en amont d'un matériel échogène obstruant le cholédoque distal. Le diagnostic retenu était un syndrome de bile épaisse. Le traitement médical initial, basé sur l'hyperhydratation, a permis une amélioration transitoire. Face à la persistance d'une cholestase sévère malgré un bilan étiologique négatif, une cholangiographie laparoscopique avec lavage au sérum salé a finalement été réalisée permettant de lever l'obstruction. Le patient a récupéré complètement, avec une normalisation de la fonction hépatique et la disparition de l'ictère.

Conclusion:

La cholangiographie laparoscopique avec lavage thérapeutique est une approche efficace et mini-invasive pour la prise en charge du syndrome de bile épaissie sévère, permettant une résolution rapide et des résultats favorables.

ps en cas de succès de l'opération.

P111 - Association of AutoimmuneHepatitis and CeliacDisease : Role of Gluten-Free Diet in ReversingLiverDysfunction

B. Meriem (1), R. Hadj Salem (1), E. Sfar (1), T. Ghedira (1), R. Neguez (1), C. Ben Mariem (1), S. Chouchane (1).

Service de pédiatrie de Monastir (1).

Introduction:

Autoimmunehepatitis (AIH) is a chronic inflammation of the liverwithunclearetiology. It isfrequentlyassociatedwithotherautoimmunediseases like celiacdisease (CD). CD is a systemicdisorder. The mostcommonliver manifestation in CD isisolatedhypertransaminasemia. we report a case of AIH thatpresented to us withjaundice . Extensive hepaticworkupalongwithworkup for CD showedceliac-related AIH, and strict gluten-free diet (GFD) helpedachieveremission.

Objectifs:

Describe a case of celiacdiseaseassociatedwith AIH to facilitateits management

Matériel et méthodes:

Wedescribed one case of a girl seen in the Pediatricdepartment of Monastir whopresented an association of AIH and celiacdisease and whoachievedspontaneousremission of AIH under a GFD

Résultats:

A nineyearold girl presentedwithasthenia, jaundice, and abdominal distension. Shehad no familyhistory of autoimmunity or liverdisease. Examinationrevealedjaundice and pale skin withouthepatomegaly. Laboratoryresultsshowedsevereanemia, lymphopenia, cholestasis,

elevatedliver enzymes, hypergammaglobulinemia and elevated IgG levels. Autoimmune markers werealsonegative and liverbiopsyshowedlymphocyticinfiltrate and centrilobularnecrosis consistent with AIH. CD wasconfirmed by elevated tissue transglutaminaseantibodies and villousatrophy on biopsy. Remarkably, Strict gluten-free diet (GFD) wasadvised and the girl achievedremissionfollowing a GFD, withclinicalimprovement and normalization of liverfunction. No relapse wasobserved at follow-up.

Conclusion:

Cliniciansshouldconsider screening for CD in patients with AIH. Early application of GFD can preventfurtherliver damage and can help achieveremission in these patients.

P112 - AtypicalPresentation of AlagilleSyndrome:NeonatalCholestasiswith Normal Gamma-Glutamyl Transferase Levels

S. Atitallah (1), W. Ben Othmen (1), H. Jilani (2), N. Pottier (3), F. Kaddour (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

PediatricDepartment C, Bechir Hamza Children'shospital, Tunis, Tunisia (1).Geneticdepartment, Mongi Slim Hospital, Marsa, Tunisia (2).Genopathies and toxicologydepartment, CHRU Lille, France (3).

Introduction:

Alagille Syndrome (ALGS) is a multisystemdisordercommonlypresenting in neonateswithcholestasis, typicallyassociatedwithelevated gamma-glutamyl transferase (GGT). An unusual manifestation involvescholestasiswith a normal GGT level, complicatingearlydiagnosis and management.

Objectifs:

This case report highlights an atypicalpresentation of Alagille Syndrome in a neonatewithcholestasis and normal GGT, emphasizing the diagnostic challenges and the role of genetictesting.

Matériel et méthodes:

We report a case of an infant withAlagille Syndrome in a neonatewithcholestasis and normal GGT.

Résultats:

A two-month-oldfemale infant wasadmitted for cholestaticjaundice. Initial workuprevealedsignificanthyperbilirubinemia (bilirubin total/direct: 233/125 µmol/L) with a normal GGT (77 IU/L). Imaging suggestedbiliaryatresia (BA), leading to a Kasaiportoenterostomy. Postoperatively, the patient showed persistent jaundice, hyperbilirubinemia, and normal GGT levels, necessitatingfurtherevaluation. Genetictestingidentified a heterozygouspathogenic variant in the JAG1 gene, confirmingAlagille Syndrome. The patient receivedsupportivetherapywithursodeoxycholicacid, vitamins, and close monitoring.

Conclusion:

This case underscores the variability of GGT levels in ALGS-relatedcholestasis. Cliniciansshouldconsider ALGS in the differentialdiagnosis of cholestasis, evenwith normal GGT, and use genetictesting for earlydiagnosis, to guide management and improveoutcomes.

P113 - L’ingestion de caustique :_x000B_Aspects cliniques et évolutifs

J. Elhem (1), R. Zairi (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

L'ingestion de produits caustiques est une urgence médicochirurgicale. Elle se définit comme l'absorption par voie digestive d'une ou de plusieurs substances possédant des capacités de destruction des tissus biologiques par contiguïté (acides forts, base fortes et oxydants …)

Objectifs:

Relever les aspects cliniques et évolutifs des ingestion de caustiques dans un service de pédiatrie générale en Tunisie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective sur une période de 2 ans (2020 -2021) portant sur les cas d’ingestion de caustique dans le service de pédiatrie A de l’hôpital d’enfants de Tunis

Résultats:

95 cas colligés. L'âge médian était de 28 mois [1-168 mois]. Le sex-ratio était de 1.11. Le caustique était un oxydant dans 60% des cas, une base forte dans 29% des cas, un acide fort dans 7% des cas et un agent moussant dans 4% des cas. Dans 51% des cas, il s'agissait d'une ingestion de l'eau de javel et dans 29% des ces d'une ingestion de soude. Les gestes proscrits réalisés avant la consultation aux urgences étaient: les vomissements provoqués dans 29% des cas, l'administration de lait dans 51% des cas et un lavage gastrique dans un cas. Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient les vomissement (44%), la brulure des muqueuses (21%), l'hypersialorrhée (15%) et les douleurs abdominales (7%). La fibroscopie œsogastroduodénale a été réalisée dans 75% des cas. Les anomalies objectivées à la fibroscopie étaient une œsophagite stade I (1.4%), une œsophagite stade IIa (10%), une œsophagite stade IIb (4%) et une œsophagite stade IIIa (1.4%). La prise en charge a consisté en une perfusion intraveineuse dans 84% des cas, une antibiothérapie dans 29% des cas, l'administration des inhibiteurs des pompes à protons dans 64% des cas et une corticothérapie dans (5% des cas. L'évolution était favorable dans 98% des cas. Une patiente a gardé une sténose œsophagienne cicatricielle.

Conclusion:

L’ingestion de caustiques est pathologie toujours d’actualité en pédiatrie. Le stade et les séquelles sans inprévisibles. Une prise en charge précoce et adaptée s’impose car le pronostic vital et fonctionnel en dépend.

P114 - L’ingestion de produits caustiques chez l’enfant: une urgence menaçante

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

Introduction:

L'ingestion de caustiques chez l'enfant est un problème de santé publique grave. Ces produits, de nature acide ou basiques, peuvent provoquer des lésions digestives de gravité variable nécessitant une prise en charge médicale voire chirurgicale urgente.

Objectifs:

Etudier les aspects cliniques, endoscopiques, thérapeutiques et évolutifs des ingestions de produits caustiques en milieu pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective sur une période de 5 ans (2020-2024) incluant tous les patients hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Mongi slim pour prise en charge d'une ingestion de caustiques.

Résultats:

Nous avons colligé 59 enfants avec un sex-ratio de 1,6 et un âge médian de 50 mois (7mois -175 mois). L'ingestion était accidentelle dans tous les cas. Le produit caustique était stocké dans un emballage non adapté dans 47% des cas. Une administration de lait post ingestion de caustique a été faite chez 57% des enfants et des vomissements provoqués ont été pratiqués dans 24% des cas. Les produits étaient acides (25%) et alcalins (76%). Des brûlures buccales étaient constatées dans 31% des cas. 70% des enfants étaient symptomatiques à l'admission: vomissements (47%), douleurs abdominales (13%) et odynophagie (6%). Trois malades ont consulté nos urgences devant l'apparition d'une hémorragie digestive haute. 92% des enfants ont eu une fibroscopie digestive dans un délai moyen de 12 heures suivant l'ingestion, objectivant des lésions œsophagiennes chez 16 enfants (30%) : stade IIa (N=9), stade IIb (N=5) et stade I (N=2). Des lésions gastriques étaient notées chez 11 enfants (20%) : gastrite congestive (N=10) et une lésion nécrotique chez un malade. Les enfants ayant des lésions endoscopiques ont été mis sous inhibiteurs de la pompe à protons. Les cinq enfants ayant une oesophagite stade IIb ont reçu des boli de méthylprednisolone. Dix enfants ont nécessité un contrôle endoscopique des lésions œsophagienne qui se sont améliorées dans un délai moyen de 20 jours. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion:

L'ingestion de produits caustiques est un accident fréquent chez l'enfant nécessitant une prise en charge rapide et adaptée. L'endoscopie joue un rôle clé dans l'évaluation de la sévérité des lésions et l'orientation thérapeutique. Toutefois, la prévention reste la meilleure approche pour éviter les complications graves.

P115 - Cholestases à début néonatal: à propos de 26 cas

M. Yatouji (1), S. Khlif (1), H. Ouarda (1), NH. Gabsi (1), J. Ben Hefaiedh (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de Pédiatrie et Néonatologie- Hôpital Mongi Slim La Marsa (1).

Introduction:

Les cholestases à début néonatal sont un groupe hétérogène d'affections caractérisées par une perturbation de l'excrétion biliaire au cours des premières semaines de vie. Elles peuvent être d'origine extra-hépatique, intra-hépatique ou intra et extra-hépatique.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives des cholestases à début précoce.

Matériel et méthodes:

Étude descriptive rétrospective des cas de cholestase à début précoce diagnostiqués entre 2011 et 2025 au sein du service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Mongi Slim.

Résultats:

Nous avons colligé 26 cas de cholestase à début néonatal. Le sex-ratio était de 1,6. La consanguinité a été retrouvée dans 9 cas. L'ictère cholestatique constituait le mode révélateur dans tous les cas. L'âge moyen d'apparition des symptômes était de 16 jours, avec un délai moyen de début de la prise en charge de 120 jours. L'examen initial a montré une dysmorphie faciale (N=2) et une hépatomégalie (N=11). Aucun n'avait de splénomégalie initialement. Les selles étaient décolorées avec des urines foncées dans 13 cas. Les taux moyens de bilirubine totale et directe étaient respectivement de 205,4 µmol/L et 80,7 µmol/L. Une cytolyse hépatique était associée dans 14 cas, et des taux normaux de GGT étaient retrouvés chez 15 patients. L'échographie abdominale était normale dans 11 cas et a montré une hépatomégalie dans 16 cas dont 1 avec signes d'hypertension portale. Une biopsie hépatique a été réalisée chez 3 enfants, et une analyse génétique chez 10 patients. Les principales étiologies étaient une atrésie des voies biliaires (N=7), une cholestase familiale intrahépatique progressive (N= 7), une cholestase néonatale bénigne (N=5), une cholestase secondaire à une infection sévère (N=3), un déficit de synthèse des acides biliaires (N=1), une cholangite sclérosante néonatale (N=1) et un syndrome d'Alagille (N=2). L'évolution était marquée par le décès de 6 patients (cirrhose compliquée d'une insuffisance hépatocellulaire). Une transplantation hépatique a été réalisée dans 3 cas avec évolution favorable : atrésie des voies biliaires (N=2) et cholangite sclérosante néonatale (N=1). Deux enfants ont évolué vers une insuffisance hépatique avec HTP. Treize sont toujours suivis à la consultation. Par ailleurs, 2 patients ont été perdus de vue. Le traitement symptomatique initial reposait sur l'administration d'acide ursodésoxycholique, une supplémentation vitaminique parentérale et une prise en charge nutritionnelle adaptée.

Conclusion:

La diversité des causes de cholestase à début néonatal nécessite une approche diagnostique exhaustive et urgente. Le diagnostic et la prise en charge précoces permettent de réduire le risque de complications à long terme.

P116 - Une étiologie rare d'une ascite de grande abondance chez un enfant

A. Radouani (1), J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).

service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

L'éosinophilie gastro-intestinale (EGI) est une maladie inflammatoire rare de l'enfant, caractérisée par une infiltration anormale de la paroi digestive sans cause secondaire identifiée. Elle peut se manifester par une ascite ou des sténoses digestives.

Objectifs:

Décrire une atteinte digestive rare chez l'enfant à travers une observation d'EGI révélée par une ascite

Matériel et méthodes:

les données cliniques et paracliniques ont été recueillies à partir de l'observation médicale .

Résultats:

AG, garçon de 12 ans, sans antécédents médicaux particuliers, était hospitalisé pour exploration d'une ascite découverte lors de l'exploration de douleurs abdominales récurrentes. L'examen clinique était normal hormis la distension abdominale. Le bilan biologique était normal mis à part une hyperéosinophilie à 4400 éosinophiles/mm³ à la NFS. L'échographie abdominale a montré une ascite de grande abondance sans autres anomalies associées. La ponction d'ascite a montré un liquide trouble de nature exsudative avec rapport LDH ascite/sang légèrement élevé avec culture négative. Le Quantiferon était négatif. La cœlioscopie avec biopsie épiploïque a révélé des remaniements inflammatoires œdémateux et congestifs avec un infiltrat riche en polynucléaires éosinophiles. Le diagnostic d'EGI a été retenu après exclusion des autres diagnostics différentiels. L'évolution a été marqué par la disparition des douleurs abdominales et l'asséchement spontané de l'ascite.

Conclusion:

L'EGI compliquée d'ascite chez l'enfant est une présentation rare mais généralement bénigne. Une approche conservatrice avec une surveillance clinique peut être envisagée. Un suivi régulier reste toutefois essentiel pour détecter d'éventuelles récidives ou complications tardives.

P117 - Diarrhée glairo-sanglante persistante chez un nourrisson en rapport avec un syndrome Crohn-like : quel diagnostic à envisager ?

Y. Mkhinini (1), S. Kmiha (1), R. Belhadj (1), F. Charfi (1), N. Tarhouni (1), H. Aloulou (1), R. Kolsi (1), T. Kammoun (1).

Service de Pédiatrie A, C.H.U Hedi Chaker de Sfax (1).

Introduction:

La diarrhée glairo-sanglante chez le nourrisson est un symptôme préoccupant, pouvant révéler des pathologies infectieuses, inflammatoires ou immunitaires sévères. Le syndrome Crohn- like désigne une présentation clinique et histologique évocatrice de la maladie de Crohn, bien que celle-ci soit rare avant l'âge de 5 ans. Une présentation précoce et atypique impose d'envisager des diagnostics différentiels, notamment les déficits immunitaires primaires.

Objectifs:

Analyser les défis diagnostiques et thérapeutiques d'une diarrhée chronique glairo-sanglante chez un nourrisson de 10 mois, en mettant en évidence l'intérêt des investigations immunologiques et génétiques.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson âgé de 10 mois, sans antécédents pathologiques, hospitalisé pour une diarrhée chronique glairo-sanglante au service de pédiatrie A du CHU Hédi Chaker de Sfax.

Résultats:

Une fillette de 10 mois, issue d'un mariage consanguin, a été admise pour une diarrhée chronique glairo-sanglante évoluant depuis deux mois. À l'examen, elle était asthénique, pâle et présentait une cassure pondérale (-2 DS). L'examen physique ne révélait pas d'autres anomalies. Les explorations biologiques ont objectivé une anémie microcytaire (Hb : 8 g/dL), une CRP élevée (132 mg/l) et une calprotectine fécale >1000 µg/g. L'endoscopie digestive a montré des ulcérations coliques segmentaires évocatrices d'une maladie de Crohn, confirmées par l'analyse histologique. Les coprocultures étaient négatives. Face à cette présentation précoce, un bilan immunitaire a été réalisé, revenant normal. Une analyse génétique pour un déficit en récepteur de l'interleukine 10 est en cours. Une prise en charge nutritionnelle par alimentation entérale continue a été instaurée, avec une amélioration clinique partielle.

Conclusion:

La diarrhée chronique glairo-sanglante du nourrisson, associée à des lésions Crohn-like, représente un défi diagnostique et thérapeutique nécessitant une exploration approfondie, incluant une investigation immunologique et génétique.

P118- Purpura rhumatoïde de l'enfant : particularités de l'atteinte digestive

S. El Euch (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rebhi (1), S. Mosbeh (1), H. Barakizou (1).

Service de Pédiatre Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

Introduction:

Le purpura rhumatoïde est la vascularite la plus courante chez l'enfant. Les manifestations digestives sont fréquentes et peuvent affecter le pronostic des patients.

Objectifs:

Cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs de risque associés à une atteinte digestive sévère dans le purpura rhumatoïde.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur 34 cas de purpura rhumatoïde au service de pédiatrie de l'Hôpital Militaire de Tunis, sur une période de 2010 à 2020. Les patients ont été répartis en deux groupes : le Groupe A avec une atteinte digestive sévère, et le Groupe B avec une atteinte digestive modérée ou absente.

Résultats:

L'étude a inclus 14 patients dans le groupe A et 20 dans le groupe B, avec un âge médian de 5 ans. Les enfants âgés de 4 à 6 ans, principalement des filles, étaient plus susceptibles de présenter une atteinte digestive sévère. La présence de purpura facial était associée à une atteinte digestive plus grave. Parmi les 26 patients présentant des manifestations digestives, 12 ont eu des hémorragies et 4 des invaginations. L'arthrite a touché 9 patients du groupe A et 5 du groupe B. Une hyperleucocytose et une hyperplaquetose étaient liées à la gravité digestive, ainsi que la polynucléose et l'hyponatrémie.

Conclusion:

L'identification des facteurs de risque associés à l'atteinte digestive pourrait améliorer la prise en charge du purpura rhumatoïde.

P119 - Ingestion caustique catastrophique: enjeu thérapeutique

O. Rojbani (1), N. Jelalia (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebeh (1), O. Bouyahya (1), S. MazighMrad (1), S. Boukthir (1).

Pédiatrie C HôpitalBechir Hamza (1).

Introduction:

L'ingestion de produits caustiques demeure un problème majeur de la santé publique en Tunisie. L'endoscopie digestive haute, reconnue comme gold standard pour l'évaluation de la gravité des brûlures digestives, peut augmenter le risque de perforation en cas de nécrose profonde. A travers une observation, nous nous proposons de décrire les enjeux thérapeutiques en cas de brûlures caustiques graves et l'apport de l'imagerie dans le diagnostic de gravité.

Objectifs:

A travers une observation, nous nous proposons de décrire les enjeux thérapeutiques en cas de brûlures caustiques graves et l'apport de l'imagerie dans le diagnostic de gravité.

Matériel et méthodes:

A travers une observation, nous nous proposons de décrire les enjeux thérapeutiques en cas de brûlures caustiques graves et l'apport de l'imagerie dans le diagnostic de gravité.

Résultats:

Il s'agissait d'un nourrisson de 14 mois et sans antécédents notables amené hospitalisé pour ingestion accidentelle d'hydroxyde de sodium. L'examen à H1 a montré une nécrose de la lèvre inférieure et de toute la muqueuse buccale, avec brulure de 3ème degré au niveau de la moitié supérieure de l'hémithorax droit. La patiente était somnolente et avait une dyspnée haute nécessitant l'intubation et le transfert en unité de soins intensifs. L'endoscopie digestive haute avec insufflation minimale a montré une nécrose de liquéfaction totale de la bouche œsophagienne avec disparition de la lumière. Le scanner thoraco-abdominal a montré une absence du réhaussement de l'œsophage avec des lésions gastriques profondes et étendues. Sous alimentation parentérale, antibiothérapie et inhibiteurs de la pompe à protons, l'évolution était marquée par une légère amélioration des lésions oeso-gastrique à l'imagerie. La bouche œsophagienne était totalement fibrosée à l'endoscopie de contrôle. La patiente est proposé pour oesophagoplastie.

Conclusion:

La prise en charge des brûlures caustiques graves est multidisciplinaire. Elle est basée sur l'alimentation parentérale, les inhibiteurs de la pompe à protons et la réanimation. L'imagerie par tomodensitométrie est un moyen efficace qui remplace l'endoscopie dans ces cas et traitement chirurgical est la seule issue.

P120 - Une cause inattendue d'un ictère cholestatique: A propos d'un cas pédiatrique de pancréatite auto-immune

J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), R. Karoui (1), I. Khamassi (1).

service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

La pancréatite auto-immune (PAI) est une étiologie rare de pancréatite chez l'enfant. Elle peut être révélée par des douleurs abdominales ou par un ictère cholestatique.

Objectifs:

Nous décrivons à travers cette observation les aspect cliniques et paracliniques d'une pathologie pancréatique rare chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Les données cliniques et paracliniques ont été recueillies à travers l'observation médicale

Résultats:

Observation AS, fille de 13 ans, a été admise pour exploration d'un ictère d'apparition récente. La patiente est sans antécédents pathologiques personnels notables et aux antécédents familiaux de myopathie de Duchenne chez le frère. Cet ictère cutanéo-muqueux est apparu 10 jours avant son admission associé à un prurit dans un contexte d'apyrexie sans autres signes associés. L'examen clinique était sans anomalie mis à part l'ictère cutanéo-muqueux. A la biologie, on a retrouvé une cytolyse hépatique à 4 fois la normale associée des gamma GT et des phosphatases alcalines élevées. Le TP était correct. La lipasémie était à 3.5 fois la normale. L''échographie abdominale a montré une dilatation modérée des voies biliaires intrahépatiques sans obstacle échographiquement décelable avec un foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers. Devant la présence d'une dilatation des voies biliaires, une Bili-IRM a été demandé montrant un aspect compatible avec une pancréatite auto-immune bifocale dont la localisation céphalique exerce un effet de masse sue le bas cholédoque et responsable d'une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques en amont. Le taux des IG 4 était normale et elle avait des ANCA atypiques positifs (pas de troubles du transit chez la patiente). La patiente a été mise sous corticothérapie à raison de 1 mg/kg avec une bonne évolution sur le plan clinique et radiologique.

Conclusion:

La pancréatite auto-immune constitue une pathologie rare chez l'enfant. Un suivi au long cours est nécessaire afin de guetter l'apparition de complications à type d'insuffisance pancréatique endocrine et/ ou exocrine et l'installation d'autres maladies auto-immunes.

P121 - Hépatite et Cytopénies auto-immunes : A propos d'un cas

S. Mechlia (1), R. Hadj Salem (1), I. Zmanter (1), S. Zayani (1), R. Naguez (1), O. Batbout (1), S. Chouchane (1).

Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (1).

Introduction:

Les cytopénies auto-immunes peuvent intéresser les trois lignées sanguines entrainant une anémie, une leucopénie et/ou une thrombopénie. Ces anomalies hématologiques peuvent survenir individuellement ou simultanément avec une maladie auto-immune. L'association hépatite et cytopénies auto-immunes est rare en pédiatrie. A notre connaissance, cette association n'a pas été citée chez le nourrisson.

Objectifs:

L'objectif de cet abstract est de rapporter un cas clinique pédiatrique rare d'association entre hépatite et cytopénies auto-immunes, afin d'explorer les défis diagnostiques et thérapeutiques sous-jacents à cette pathologie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de bicytopénie survenue simultanément à une poussée d'hépatite auto-immune.

Résultats:

Il s'agit d'un garçon âgé de un an et huit mois, sans antécédents, admis pour ictère cholestatique évoluant depuis trois semaines. L'examen clinique révélait un ictère conjonctival. Les examens complémentaires montraient une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée, une cytolyse hépatique, des GGT normales, une leuco neutropénie, une lymphopénie et une thrombopénie à l'hémogramme, une hypergammaglobulinémie et un TCD positif à IgG. Les autoanticorps anti-foie étaient négatifs tandis que les autoanticorps anti-plaquettes étaient positifs. A la PBF, il y avait une hépatite avec des signes d'activité portale et périportale A2 F2 et un abondant infiltrat inflammatoire lymphocytaire. La biopsie ostéomédullaire était normale. Le diagnostic retenu était une hépatite auto-immune séronégative avec cytopénies auto-immunes. Le nourrisson était mis sous corticothérapie et Azathioprine avec bonne évolution clinico-biologique.

Conclusion:

L'association hépatite et cytopénies auto-immunes chez l'enfant demeure rare, suggérant une dysrégulation immunitaire. Une reconnaissance précoce de cette association est essentielle pour optimiser la prise en charge et éviter les complications.

P122 - Microangiopathie thrombotique induite par le tacrolimus après une transplantation hépatique à propos d'un cas

S. Mechlia (1), A. Daya (1), R. Hadj Salem (1), O. Batbout (1), S. Zayani (1), S. Chouchane (1).

Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (1).

Introduction:

La transplantation hépatique pédiatrique constitue une avancée majeure dans la prise en charge des maladies hépatiques terminales. Grâce aux progrès chirurgicaux et aux stratégies immunosuppressives, la survie post-greffe s'est considérablement améliorée. Le tacrolimus

constitue l'immunosuppresseur couramment utilisé. Parmi ses effets secondaires, la microangiopathie thrombotique (MAT) qui est associée à un taux de mortalité élevé.

Objectifs:

Souligner l'importance d'un diagnostic rapide et une prise en charge adéquate d'un effet secondaire rare et mortel du tacrolimus chez les patients ayant subis une transplantation hépatique.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un enfant transplanté hépatique, dont la période post opératoire s'est compliquée par la survenue d'une microangiopathie thrombotique (MAT) induite par le tacrolimus.

Résultats:

Il s'agit d'un garçon âgé de 10 ans suivi pour une PFIC 4 au stade d'insuffisance hépatocellulaire. Il a bénéficié d'une transplantation hépatique avec une évolution post opératoire immédiate favorable. A j5 post transplantation hépatique, il y a eu une aggravation de son ictère et de l'ascite et la biologie a montré une ascension du taux de bilirubine, une thrombopénie associée à une anémie normochrome normocytaire régénérative en rapport avec une hémolyse. Un rejet aigu a été éliminé par une biopsie hépatique. Le diagnostic de MAT secondaire au tacrolimus a été suspecté et retenu devant un dosage de C3 diminué à 0.45g/l et un dosage de l'ADAMTS 13 à 55,4%. La prise en charge se basait sur l'arrêt du tacrolimus et de l'ajout de la ciclosporine et l'acide mycophénolique et une transfusion quotidienne de PFC. L'évolution a été marquée par une amélioration progressive et une normalisation de la biologie.

Conclusion:

La MAT constitue une complication rare mais potentiellement fatale chez les patients transplantés d'organes solides, avec un taux de mortalité important. Un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate sont essentiels pour améliorer le pronostic.

P123- Les atteintes hépato biliaires atypiques au cours des hépatites virales aigues A de l'enfant

S. Zedini (1), O. Bouyahya (1), Z. Trabelsi (1), R. Ben Rabeh (1), N. Missaoui (1), S. Atittalah (1), S. Yahyaoui (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

Service de pediatrie C hopitald'enfant (1).

Introduction:

Les hépatites virales aigue de l'enfant sont souvent bénignes voire asymptomatiques. Dans plus de 90% des cas, les formes symptomatiques sont peu parlantes et évoluent rapidement vers la guérison. Les formes atypiques par leur gravité ou leurs présentations inhabituelles sont rares.

Objectifs:

Décrire, à partir d'une série personnelle, les caractéristiques cliniques et évolutives des formes atypiques des hépatites virales aigues A (HVA) .

Matériel et méthodes:

Nous avons inclus dans cette étude rétrospective 41 patients suivis pour hépatite virale aigue considérée comme atypique : compliquée d'insuffisance hépatique, de cholestase prolongée ou à

rechutes, associée à une atteinte extra hépatique, ou déclenchant une hépatite auto-immune. Le diagnostic a été confirmé par une sérologie HVA positive de type IgM dans tous les cas.

Résultats:

Trente et un patients avaient une insuffisance hépatique compliquée d'encéphalopathie hépatique dans 12 cas. La mortalité était de 19,4%. Les facteurs de mauvais pronostic étaient un temps de Quick initial inférieur à 21% et un taux de bilirubine totale à l'admission supérieur à 300µmol. Une HVA a révélé une hépatite auto-immune chez deux patients âgés de 6 et 7 ans, le diagnostic suspecté sur l'évolution traînante et l'ascension secondaire des gammaglobulines a été confirmé par l'étude histologique. L'évolution était favorable sous traitement immunosuppresseur. Une cholécystite aiguë alithiasique a révélé une HVA chez trois filles. L'évolution était favorable sous traitement médical. Trois enfants avaient une forme cholestatique prolongée, l'évolution était favorable et l'enquête étiologique a retenu l'HVA comme seule cause de la cholestase. Une fille de 10 ans a présenté une cholestase ictérique à rechute dite biphasique associée à une hépatomégalie, une cytolyse modérée et des gamma glutamyl transférases à la limite de la normale. Un cas d'insuffisance hépatocellulaire avec ictère a rechutes .

Conclusion:

Les HVA fulminantes sont rares mais s'associent à une mortalité élevée. Dans les pays d'endémie, une HVA doit être systématiquement recherchée devant toute cholestase prolongée, à rechute ou une cholécystite alithiasique. Une hépatite auto-immune doit être recherchée au décours d'une HVA traînante cholestatique ou s'associant à une hypergammaglobulinémie

P124 - Cholestases Génétiques Rares : à propos de 9 cas

M. Bouaziz (1), S. Khlif (1), NH. Gabsi (1), J. Ben Hefaiedh (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de Pédiatrie et Néonatologie- Hôpital Mongi Slim La Marsa (1).

Introduction:

La cholestase intrahépatique familiale progressive (PFIC) et la cholestase intra-hépatique récurrente bénigne (BRIC) sont des maladies hépatiques rares d'origine génétique, caractérisées par un dysfonctionnement du transport biliaire. Les PFIC évoluent généralement vers une insuffisance hépatique nécessitant une transplantation, tandis que la BRIC se manifeste par des épisodes intermittents de cholestase réversible.

Objectifs:

L'objectif de ce travail était d'étudier les profils cliniques, biologiques et évolutifs des enfants ayant une cholestase familiale.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective qui a inclus tous les enfants suivis pour PFIC et BRIC entre 2013 et 2025 au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim la Marsa.

Résultats:

Nous avons colligé 9 enfants qui étaient suivis pour PFIC : PFIC1 (N=2), PFIC2 (N=6), avec un âge d'apparition entre 1 mois et 6 mois, PFIC3 (N=1) apparu à 3 ans et BRIC (N=1) apparu à l'âge de 4

ans. L'ictère cholestatique était le mode révélateur dans tous les cas. Les autres symptômes étaient le prurit (N= 9), le retard de croissance (N= 8). Les taux moyens de bilirubine totale et directe étaient respectivement de 88 µmol/l et de 40 µmol/l. Les taux de GGT étaient normaux dans les PFIC1, PFIC2 et BRIC. Leur taux était élevé dans la PFIC3 .Une cytolyse hépatique était associée chez tous les patients. Le diagnostic de PFIC2 a été évoqué par l'immunohistochimie de la biopsie hépatique chez un patient devant l'absence de la protéine BSEP. Le diagnostic était confirmé par la biologie moléculaire chez tous les enfants: mutation du gène ATP8B1, ABCB11, ABCB4, respectivement dans la PFIC1, PFIC2 et PFIC3 et pour le cas de BRIC, un variant pathogène très rare a été retrouvé au niveau du gène NR1H4 (dont le déficit est habituellement responsable de PFIC type 5). L'étude génétique a révélé une co-morbidité à type de maladie de Gilbert chez un enfant suivi pour PFIC 2. L'enfant atteint de BRIC avait une surdité de perception associée. L'évolution était marquée par le décès de 3 enfants dans un tableau de cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire, 1 patient (PFIC3) a eu une transplantation hépatique avec succès. Entre les épisodes critiques, l'enfant atteint de BRIC a normalisé son bilan hépatique. Le traitement reposait sur l'acide ursodésoxicholique, la vitaminothérapie. Une dérivation partielle interne et externe a été pratiquée dans 2 cas (PFIC1) devant l'échec du traitement médicamenteux. Les traitements spécifiques, à type de molécules chaperonnes : Phéburane* (phénylbutyrate de sodium), ont été utilisés dans un cas de PFIC 2 ayant une mutation type « faux sens » avec évolution favorable.

Conclusion:

Les PFIC et les BRIC sont des cholestases familiales rares d'origine génétique, affectant le transport biliaire. Tandis que les PFIC évoluent souvent vers une insuffisance hépatique, les BRIC se manifestent par des épisodes récurrents et réversibles. Un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée permettent d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients.

P125 - Intérêt du dosage des métabolites de la thiopurine chez les enfants atteints de maladie Crohn : Vers une approche proactive pour optimiser le traitement

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

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

Introduction:

L'azathioprine est largement utilisée pour le maintien de la rémission chez les enfants atteints de maladie de Crohn (MC). La mesure des métabolites de la thiopurine, la 6-thioguanine (6-TGN), peut aider à optimiser le traitement et à prévenir la toxicité. L'objectif de cette étude était d'évaluer une approche combinant des mesures précoces des métabolites avec l'indice d'activité de la MC pour obtenir un dosage optimal de l'azathioprine.

Objectifs:

L'objectif de cette étude était d'évaluer une approche combinant des mesures précoces des métabolites avec l'indice d'activité de la MC pour obtenir un dosage optimal de l'azathioprine.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans une unité de gastroentérologie pédiatrique en Tunisie sur une période de six ans (2018-2024). Nous avons inclus des enfants suivis pour MC. Nous avons évalué le « dosing » de l'azathioprine, l'indice d'activité de la MC et le dosage des métabolites de la thiopurine. L'activité de la maladie a été évaluée par le score CDAI : inférieur à 150 correspond à une MC inactive ; compris entre 150 et 450 à une MC active ; supérieur à 450 à une MC sévère.

Résultats:

Nous avons inclus 23 enfants atteints de MC (11 filles et 12 garçons). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 10,5 ± 2 ans. Des manifestations anopérinéales ont révélé la MC chez trois patients. L'insuffisance pondérale et le retard statural ont été notés chez 11 et huit patients respectivement au moment du diagnostic. Les manifestations extradigestives ont été rapportées chez neuf patients. La dose moyenne d'azathioprine était de 1,9 ± 0,21 mg/kg. Le taux moyen de 6-TGN était de 352 ± 109 pmol/8×108 globules rouges (GR). L'indice d'activité de la maladie au moment de la mesure des métabolites était de 155,7±30,1. Treize patients étaient en rémission clinique (CDAI<150) avec 6-TGN dans l'intervalle thérapeutique et n'ont pas eu besoin d'ajustement de la dose d'azathioprine. Six avaient une MC active avec 6-TGN sous-thérapeutique pour lequel la dose d'azathioprine a été augmentée. Quatre avaient une MC inactive avec 6-TGN sous-thérapeutique et n'ont pas nécessité une augmentation de la dose d'azathioprine.

Conclusion:

La mesure opportune des métabolites de la thiopurine et l'évaluation clinique peuvent fournir un outil puissant pour optimiser le « dosing » de l'azathioprine et réduire les effets indésirables graves chez les enfants atteints de MC.

Génétique

P126 - Le syndrome fémoro-facial: à propos de deux observations

H. Maalaoui (1), I. Chelly (1), W. Barbaria (1), M. Bourcheda (1), L. Kraoua (2), I. Khamassi (1).

Pédiatrie générale de l'hôpital Habib Bougatfa Bizerte (1).Service des maladies héréditaires et congénitales, Hôpital Charles Nicolle (2).

Introduction:

Le syndrome fémoro-facial (SFF) est une entité congénitale rare avec moins de 100 cas décrits dans la littérature. Il est caractérisé par une dysmorphie faciale caractéristique associée à une hypoplasie fémorale de degré variable qui peut être uni ou bilatérale. D'autres malformations peuvent s'y associer. La majorité des cas sont sporadiques, sauf dans deux cas.

Objectifs:

L'objectif de notre travail était de d'étayer le tableau clinique de ce syndrome à travers deux observations.

Matériel et méthodes:

Deux enfants de sexe féminins ont été adressés à la consultation de génétique médicale à un âge respectif de trois ans et de deux mois pour exploration d'un syndrome polymalformatif.

Résultats:

Elles étaient issues de parents jeunes. Une consanguinité a été observée dans le premier cas. L'hypoplasie fémorale a été diagnostiquée en anténatal dans les deux cas. Observation 1 : L'enfant présentait une agénésie fémorale bilatérale. Notion de diabète maternel sous insuline non équilibrée au moment de la conception. A la naissance, elle était eutrophique avec une taille inférieure au troisième percentile. A l'examen, l'enfant présentait les 4 critères de dysmorphie faciale avec obliquité en haut et en dehors des fentes palpébrales, une hypoplasie des ailes du nez,

un philtrum long et une micrognathie. La patiente avait un pied bot gauche et une scoliose dorso-lombaire. On a complété par des échographies cardiaque et rénale qui étaient sans anomalies. Le bilan radiologique et le scanner du rachis entier avaient révélé une agénésie des deux fémurs, une anomalie de nombre des côtes et des anomalies vertébrales. Observation 2 : Nourrisson présentait une agénésie fémorale gauche et hypoplasie fémorale droite. Elle est issue d'une grossesse compliquée d'un diabète gestationnel. L'échographie morphologique a révélé en plus une fente labio-palatine bilatérale, une hypertrophie du ventricule gauche et une agénésie du rein gauche qui ont été confirmés en postnatal par les examens complémentaires. Un caryotype a été pratiqué par amniocentèse montrant une formule 46,XX. Notre patiente était macrosome avec un poids de naissance à 4200g et une taille entre 3ème et 10ème percentile. Elle présentait deux critères de dysmorphie faciale (obliquité en haut et en dehors des fentes palpébrales et l'hypoplasie des ailes du nez). Elle avait un pertuis de la fesse droite, une fossette sacrée, des pieds bots bilatéraux et une syndactylie du deuxième et troisième orteil bilatérale.

Conclusion:

En absence de marqueurs biologique ou génétique spécifiques, le SFF reste difficile à diagnostiquer puisque les anomalies fémorales peuvent se voir dans d'autres syndromes. L'étiopathogénie du SFF reste mal élucidée. Cependant, une association au diabète gestationnel a été notée dans presque la moitié des cas, ce qui a été vérifié chez nos patientes. Certains auteurs suggèrent une origine génétique, d'où l'importance au recours aux techniques pangénomiques pour une meilleure compréhension de ce syndrome. Le traitement orthopédique repose essentiellement sur la correction des pieds bots pour l'acquisition de la marche.

P127 - Expression clinique du syndrome facio-génito-poplité à travers d'une observation

H. Maalaoui (1), B. Ferchichi (1), W. Barbaria (1), M. Bourcheda (1), I. Chelly (1), I. Khamassi (1).

Pédiatrie générale de l'hôpital Habib Bougatfa Bizerte (1).

Introduction:

Le syndrome facio-génito-poplité ou syndrome des ptérygiums poplités autosomique dominant (AD-PPS) est un syndrome génétique rare, caractérisé par d'une série de signes cliniques caractéristiques (fente labiale avec ou sans fente palatine (91 % - 97 %), ptérygium poplité (58 %), anomalies génitales et unguéales). Sa prévalence est inconnue, mais plus de 200 cas d'AD-PPS ont été rapportés dans la littérature. Ce syndrome est associé à des mutations du gène IRF6 (1q32.2-q32.3).

Objectifs:

L'objectif de notre travail était de d'étayer le tableau clinique de ce syndrome à travers une observation.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin issu de deux parents non apparentés. La grossesse était de déroulement normal. L'échographie morphologique n'a pas identifié d'anomalies. L'accouchement était à terme avec bonne adaptation à la vie extra-utérine et naissance d'un nouveau-né eutrophique.

Résultats:

A l'examen, le nouveau-né présentait une dysmorphie faciale avec un faciès aplati, un œdème palpébral, un épicanthus, une racine du nez aplatie, une pointe du nez bulbeuse écrasée, une fente

labiale gauche, une fente palatine postérieure, un sinus au niveau de la lèvre inférieure et une synéchie filiforme reliant les mâchoires supérieure et inférieure (syngnathie). A l'examen des membres inférieurs, on avait noté la présence d'une palmure cutanée qui s'étendait des tubérosités ischiatiques aux talons (ptérygium poplité), une oligodactylie des deux pieds avec une syndactylie du 4ème et 5ème orteil droits et un pli cutané qui recouvrait l'ongle de l'hallux droit et des ongles des orteils à gauche. Par ailleurs, on avait noté des mamelons ombiliqués et un scrotum bifide. On a complété les explorations par une échographie cardiaque qui a révélé une communication inter-auriculaire à type d'ostium secundum. Les échographies trans-fontanellaire et abdominale étaient sans anomalies. Le diagnostic d'AD-PPS a été évoqué chez lui devant les signes cliniques caractéristiques, il a été adressé au service de maxillo-faciale pour confection d'une orthèse palatine. Il a été opéré de sa fente labio-palatine, avec une résorption spontanée de la syngnathie. IL bénéficiait d'une kinésithérapie pour son flessum du genou. Le développement psychomoteur était normal.

Conclusion:

L'AD-PPS est associé à des mutations du gène IRF6 qui est impliqué dans la formation des tissus épithéliaux ce qui explique les différentes anomalies cliniques observées dans ce syndrome. Il se transmet selon le mode autosomique dominant avec une pénétrance incomplète et une expressivité variable. Dans notre cas, les parents étaient sains donc il s'agissait très probablement d'une néo mutation. Une confirmation moléculaire est souhaitable chez notre patient pour pouvoir offrir à cette famille un conseil génétique précis. Notre patient avait bénéficié d'une prise en charge précoce, symptomatique et pluridisciplinaire à fin d'améliorer sa qualité de vie et son activité physique.

P128 - Les dysmorphies crânio-faciales révélant une mutation du gène FGFR2 : une comparaison entre les syndromes d'Apert et de Crouzon

M. Rebhi (1), A. Kammoun (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1).

de pédiatrie de l'hôpital militaire de première instruction de tunis (1).

Introduction:

les malformations crânio-faciales sont un ensemble de pathologies congénitales rares présentes de manière isolée ou associées à d'autres anomalies dans un cadre syndromique. Parmi lesquelles on trouve celles révélant les syndromes d'Apert et de Crouzon.

Objectifs:

Comparer d'un point de vue clinique et génétique les syndromes d'Apert et de Crouzon.

Matériel et méthodes:

Revue rétrospective et comparative de deux nouvelles observations pédiatriques de mutation du gène FGFR2.

Résultats:

Observation 1 : Il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin âgé de 3 mois admis pour exploration d'une dysmorphie crânio-faciale. Il présentait à l'examen : une dolichocéphalie , un front bombé, des oreilles bas implantés,une base du nez aplatie, une hypertrophie gingivale, une fente labio-palatine et une syndactylie des 4 membres. Le fond d'œil a objectivé une papille dysversique. L'échographie transfontanellaire a montré une hypotrophie cérébelleuse associée à une dilatation du système

ventriculaire. Une IRM cérébrale a montré une craniosténose bi coronale avec trigonocéphalie ,une hypotrophie du vermix et une hydrocéphalie tri-ventriculaire. L'échographie cardiaque a objectivé un foramen ovale perméable. L'échographie rénale et le bilan thyroïdien étaient normaux. Un séquençage de l'exome a montré une mutation du gène FGFR2 à l'état hétérozygote associée au phénotype OMIM 101200 confirmant le syndrome d'Apert. Une enquête familiale a été entamée et le patient a été adressée au service de neurochirurgie. Observation 2 : Il s'agit d'un nourrisson de sexe féminin âgée de 4 mois adressée pour exploration d'une dysmorphie crânio-faciale. Elle présentait à l'examen : une brachycéphalie, front plat avec une tête large. Un hypertélorisme, une exophtalmie avec un exorbitisme et une hypoplasie de la base du nez. Elle a été explorée par une TDM cérébrale montrant : craniosténose avec brachycéphalie associée à une hydrocéphalie triventriculaire. Une IRM cérébrale a montré une malformation Arnold Chiari type 1 ainsi qu'une hydrocéphalie triventriculaire sans signes de résorption transépendymaire. Le reste des explorations étaient sans anomalies. L'étude génétique a objectivé une mutation du gène FGFR2 à l'état hétérozygote associée au phénotype OMIM 123500 confirmant l'existence du syndrome de Crouzon. Une enquête familiale a été entamée et la patiente a été adressée au service de neurochirurgie pour complément de prise en charge.

Conclusion:

Quoi qu'il existe des différences entre les syndromes de Crouzon et Apert , ils restent des étiologies très rares des dysmorphies crânio-faciales et sont similaires par leur complications neurologiques. Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire afin de réduire leur morbi-mortalité et améliorer leur pronostic.

P129 - Syndrome de Kabuki: à propos d'un cas

N. Haddad (1), A. Zouaoui (1), L. Essaddam (1), W. Mkaouar (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie, Urgences et consultations , Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

Introduction:

Le syndrome de Kabuki (KS), également appelé syndrome du maquillage de Kabuki ou syndrome de Niikawa-Kuroki est une maladie génétique rare, caractérisée par une dysmorphie faciale distincte, un retard du développement psychomoteur et des atteintes multisystémiques. Il est principalement lié à des mutations des gènes KMT2D et KDM6A.

Objectifs:

Nous rapportons un cas illustrant les particularités évoquant fortement le syndrome de Kabuki afin d'enrichir la compréhension clinique de cette pathologie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas illustrant les particularités évoquant fortement le syndrome de Kabuki afin d'enrichir la compréhension clinique de cette pathologie.

Résultats:

Il s'agit d'un enfant âgé de 11 ans, né à terme, hospitalisé pour détresse respiratoire néonatale associée à un stridor congénital et un syndrome malformatif se manifestant par un excès de peau au niveau de la nuque, un torticolis congénital et des oreilles basses implantées. Une luxation

congénitale de la hanche a été diagnostiquée et traitée par langage. Sur le plan endocrinologique, l'enfant est suivi pour une hypothyroïdie congénitale avec une glande thyroïdienne en place, sous traitement substitutif par thyroxine depuis l'âge d'un mois. L'évolution a été marquée par des infections respiratoires récurrentes avec trois hospitalisations pour pneumopathies à l'âge de 22 mois, 3 ans et 3 ans et demi, ainsi que des épisodes répétés d'otites moyennes aiguës. L'enfant est suivi pour un retard du développement psychomoteur et également suivi en chirurgie pour une ectopie testiculaire en position inguinale haute. L'examen clinique a objectivé une dysmorphie faciale caractéristique, associant : Fentes palpébrales longues avec éversion du tiers externe de la paupière inférieure, épicanthus et hypertélorisme, sourcils arqués et clairsemés, oreilles basses, décollées en aile, pointe nasale aplatie, commissures labiales dirigées vers le bas avec malocclusion dentaire. Le caryotype était normal (46, XY). Le bilan polymalformatif a mis en évidence : Une dysplasie des cotyles des hanches, une atrophie choriorétinienne bilatérale au fond d'œil, une malformation de Chiari de type 1 à l'IRM cérébrale, sans anomalie médullaire associée. L'échographie abdominale et cardiaque ainsi que l'électromyogramme étaient normaux. Il s'agit d'une présentation clinique évocatrice du syndrome de Kabuki, avec des atteintes multisystémiques incluant un retard du développement psychomoteur, une dysmorphie faciale typique, des anomalies musculo-squelettiques (luxation congénitale de la hanche), une ectopie testiculaire, une hypothyroïdie congénitale et des infections respiratoires récurrentes.

Conclusion:

Ce cas illustre la diversité phénotypique du syndrome de Kabuki et l'importance d'un diagnostic précoce pour une prise en charge multidisciplinaire adaptée, améliorant ainsi la qualité de vie des patients.

P130 - Association syndrome VACTREL/VATER et troisième membre inferieur : À propos d'un cas

M. Chouikha (1), N. Jelalia (1), A. Mseddi (1), Y. Sdiri (1), W. Belhadj (1), N. Ben Abba (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), S. Kacem (1).

Service de néonatologie, Centre de maternité et de néonatologie de Tunis (1).

Introduction:

L'association VATER/VACTERL est une association rare d'anomalies congénitales caractérisées par la présence d'au moins trois des malformations suivantes : anomalies vertébrales, atrésie anale, malformations cardiaques, fistule trachéo-oesophagienne, malformations rénales et anomalies des membres. Son incidence est estimée à environ 1 sur 10 000 à 1 sur 40 000 enfants nés vivants.

Objectifs:

rapportera travers une observation récente les aspects clinique, thérapeutique et évolutif d'une association chez un nouveau-né d'un syndrome VACTREL/ VATER et un troisième membre inferieur.

Matériel et méthodes:

rapportera travers une observation récente les aspects clinique, thérapeutique et évolutif d'une association chez un nouveau-né d'un syndrome VACTREL/ VATER et un troisième membre inferieur.

Résultats:

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin né a un terme de 33 semaines d'aménorrhée par césarienne pour pré éclampsie sévère avec bonne adaptation à la vie extra-utérine et excès de poids

de naissance. Au bilan prénatal, l'échographie morphologique a mis en évidence multiples malformations incluant : anomalies vertébrales, malformation cardiaque, anomalie du tube digestif et uropathie malformative, un caryotype prénatal a été pratiqué : 46XY. L'examen du nouveau-né a montré la présence d'une masse lombaire dure avec une excroissance longitudinale évoquant un 3éme membre inferieur plus court contenant 2 orteils, les organes génitaux externe sont indifférenciés, une imperforation anale et une extrophie vésicale. A la radiographie thoraco-abdominale et du bassin : atrésie œsophagienne, une déformation vertébrale dorsale (T8-T9), des calcifications au niveau de l'ombre de la masse lombaire et la présence au niveau du 3eme membre inferieurs d'une silhouette osseuse normale Une échographie abdominale a montré une malformation rénale kystique avec une hépatomégalie. Une échographie cardiaque a mis en évidence une mésocardie, une coarctation de l'aorte avec CIA. Le nouveau-né a été donc mis sous Prostine. Au cours de son hospitalisation le nouveau-né a présenté une détresse respiratoire dans le cadre de la maladie des membranes hyaline qui a nécessité sa mise sous ventilation mécanique et administration de surfactant. Sur le plan digestif, le nouveau-né a été opéré en urgence au service de chirurgie pédiatrique pour fermeture de la fistule trachéooesophagienne, oesophagostomie et ano-rectoplastie. En peropératoire l'estomac est trouvé en position médiane. En post-opératoire le nouveau-né est décédé à J04 de vie par un arrêt cardio-respiratoire. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

Conclusion:

Le syndrome VATER /VACTERL peut parfois s'associer à d'autres malformations congénitales dont le diagnostic exige multiples examens complémentaires parfois difficiles et indisponibles et ensuite la prise en charge présente un défi thérapeutique nécessitant une prise en charge complexe et multidisciplinaire.

P131 - Syndrome de Di-George : à propos de 8 cas

C. Ben Mahmoud (1), J. Ben Hfaiedh (1), J. Mdaini (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

Introduction:

Le syndrome de Di George (Syndrome vélocardiofacial) est une anomalie chromosomique congénitale rare (1/4 500 à 1/10 000 naissances vivantes), caractérisée le plus souvent par des malformations cardiaques et palatines, une dysmorphie faciale, un retard du développement et une immunodéficience. Le syndrome de délétion 22q11.2 présente un phénotype clinique variable.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques phénotypiques chez 8 patients atteints du syndrome de Di George.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective sur une période de 4 ans (janvier 2020 - décembre 2024) englobant tous les patients suivis pour syndrome de Di George.

Résultats:

Nous avons colligé 8 enfants. Le sex-ratio était de 7, un antécédent familial de maladie de Di-George a été décrit chez un enfant. L'échographie morphologique, faite chez 6 patients, a révélé la présence d'une cardiopathie dans 2 cas. L'âge moyen au diagnostic était de 7 mois [1 jour - 18 mois]. Le

diagnostic a été évoqué devant une hypocalcémie (n=1), une cardiopathie (n=5), dépistage dans la famille (n=1). Le diagnostic prénatal était fait par amniocentèse devant la découverte d'une cardiopathie complexe à l'échographie morphologique chez un patient. Tous les enfants avaient une dysmorphie faciale évocatrice du syndrome de Di-George. La radiographie thoracique a montré une cardiomégalie chez 4 enfants et l'absence de l'ombre thymique chez 3 enfants. L'échographie cardiaque a montré : une tétralogie de Fallot (n=2) une communication inter-ventriculaire (n=2) une bicuspidie aortique (n=1) une artérialusoria (n=1) une transposition des gros vaisseaux avec hypoplasie du ventricule droit (n=1). Elle était normale chez un enfant. Le traitement chirurgical de la cardiopathie a été indiqué chez 2 enfants avec bonne évolution. Au cours de l'évolution, 2 enfants ont présenté une hypocalcémie sévère qui a étécorrigée par voie intraveineuse. Un enfant a présenté une achalasie avec sténose du cardia en rapport avec un syndrome de Cayler associé traité chirurgicalement. Le bilan immunitaire a été pratiqué chez tous les enfants et a montré un déficit immunitaire dans 4 cas.

Conclusion:

Le pronostic de syndrome de Di George est conditionné par la gravité de l'atteinte cardiaque. Le diagnostic doit être suspecté devant toute cardiopathie congénitale associée ou non a une dysmorphie faciale. Il doit être dépisté chez les parents et la fratrie des malades. Un bilan immunitaire avec le dosage de la calcémie sont nécessaires après la confirmation diagnostique.

P132 - Syndrome de Wolf-Hirschhorn

B. Briki (1), B. Elakermi (1).

Pédiatrie Kairouan (1).

Introduction:

Le syndrome de Wolf-Hirshhorn (SWH) est une maladie génétique rare survenant majoritairement par délétion de novo de l'extrémité distale du bras court du chromosome 4 (4p) . Il se caractérise par une dysmorphie faciale spécifique, des malformations congénitales, des troubles du neurodéveloppement, ainsi qu'une déficience intellectuelle plus ou moins sévère.

Objectifs:

Rapporter les aspects cliniques et paracliniques du SWH

Matériel et méthodes:

A propos d'un cas

Résultats:

Nous rapportons le cas d'une fille âgée de 11 ans , premier enfant d'un couple non consanguin , aux antécédents familiaux d'un cousin maternel atteint du syndrome de Wolf-Hirshhorn et notion d'avortement chez la mère pour syndrome polymalformatif . La grossesse était bien suivie avec amniocentèse faite à 16SA+6j devant la suspicion d'hygroma kystique revenant sans anomalies . Née à 42SA+6j avec RCIU sévère harmonieux . Elle a été hospitalisée à l'âge de 5 mois pour bronchiolite aigue avec constatation d'une dysmorphie faciale et un poids < -3DS . La sérologie cœliaque et TORSCH étaient négatives . Une échographie abdominale et ETF faites sans anomalies .A l'ETT une petite CIA sans retentissement et VPSD qui se draine dans la VCS . Le caryotype a montré la présence d'une délétion partielle 4p emportant le gène WHS caractéristique du syndrome de Wolf-Hirshhorn. Une deuxième hospitalisation à l'âge de 15 mois pour IU à E.Coli avec à l'échographie rénale une

dédifférenciation cortico sinusale bilatérale et à la scintigraphie DMSA 51% 49% .La patiente était réadmise à l'âge de 17 mois pour convulsion à type de crise clonique partielle secondairement généralisée dans un contexte de fièvre en rapport avec une OMA. Elle avait un retard de développement psychomoteur : pas d'acquisition de la marche ni de la position debout , un retard staturo pondéral : poids <-4DS , taille -4DS et PC<-3DS. La biologie était sans anomalies, PL négative et TDM c sans anomalies. L'évolution était marquée par la réadmission à plusieurs reprises à l'âge de 2 ans , 2ans + 1 mois , 3 ans et 4ans pour récidive des crises convulsives dans un contexte de fièvre. IRM c a montré une anomalie de dysmyélinisation , à l'EEG il y avait un ralentissement diffus de l'activité de fond . La patiente était mise sous dépakine avec ajout de l'urbanyl devant la récidive des crises .

Conclusion:

Le syndrome de Wolf-Hirschhorn est une affection génétique complexe qui nécessite une prise en charge précoce et multidisciplinaire en raison de la diversité de ses manifestations cliniques. Bien qu'il n'existe pas de traitement curatif, un suivi adapté permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de mieux gérer les symptômes associés.

P133 - Association diabète de type 1 et épilepsie révélant un syndrome déletionnel : à propos d'une observation

N. Ghabi (1), A. Tej (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), R. Kbaili (1), H. Ben Belgacem (1), M. Guedria (1), S. Tilouche (2), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).

Service Pédiatrie CHU Farhat HachedSousse (1).Service Réanimation Pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (2).

Introduction:

L'association diabète type 1 et épilepsie est non fortuite. La physiopathologie de cette association incrimine des facteurs génétiques et immunitaires.

Objectifs:

Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant cette association et dont les signes dysmorphiques ont conduit à un diagnostic génétique.

Matériel et méthodes:

.

Résultats:

Patiente âgée, actuellement, de 12ans suivie depuis l'âge de 12 mois pour retard psychomoteur associé à des crises fébriles complexes pour lesquelles, elle a été mise sous Dépakine®. L'examen physique a révélé une dysmorphie faciale avec un faciès arrondi, une hypoplasie de l'étage moyen du visage, des fentes palpébrales obliques en haut et en dehors et un décollement des oreilles. Elle présente, par ailleurs, une brachymétaphalangie des doigts avec une syndactylie des 3ème et 4ème orteil des deux pieds. A l'âge de 3ans, elle a été hospitalisée pour syndrome polyuro-polydipsique conduisant au diagnostic de diabète de type 1 d'où sa mise sous insulinothérapie. A l'âge de 6ans, elle a présenté des crises tonico-cloniques et le diagnostic d'une épilepsie généralisée a été porté avec ajustement thérapeutique. L'IRM cérébrale a objectivé une atrophie cortico-sous corticale. Le

bilan thyroïdien était normal et la sérologie cœliaque était négative. L'étude génétique a objectivé une délétion en 2q37.2q37.3 englobant 63 gènes dont le gène HDAC4, considéré comme responsable de nombreuses manifestations phénotypiques du syndrome 2q37DS, notamment la brachymétaphalangie, la déficience intellectuelle et les crises d'épilepsie. Il a été rapporté que dans 20 à 30% des cas, d'autres anomalies peuvent être associées telle que l'obésité et des tumeurs de Wilms. L'association au diabète de type1 semble être rare. Une exploration des parents a été indiquée (caryotype avec FISH) pour déterminer s'il s'agit d'une délétion survenue de novo ou résultant d'une anomalie chromosomique équilibrée afin de pouvoir orienter le conseil génétique.

Conclusion:

La connaissance des éléments dysmorphique est un véritable atout pour le clinicien, lui permettant une confrontation diagnostique grâce à des tests génétiques ciblés et conduisant, ainsi, à un conseil génétique et à une surveillance clinique orientée.

P134 - Anomalies facio-cutanées du Syndrome de Costello : à connaître !

S. El Ouertani (1), M. Zribi (1), H. Boudabous (1), L. Kraoua (2), A. Ben Chehida (1), MS. Abdelmoula (1).

service de pédiatrie, CHU La Rabta (1).Service de maladies congénitales et héréditaires CHU Charles Nicolles (2).

Introduction:

Le syndrome de Costello (SC), rare et sporadique, est caractérisé par un retard global du développement, une dysmorphie et une hyperlaxité cutanée et ligamentaire caractéristiques. Sa gravité est liée au risque élevé de tumeurs et de cardiomyopathie hypertrophique (CMH).

Objectifs:

À travers deux observations, attirer l'attention sur les signes évocateurs du syndrome de Costello et sa gravité.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons, à travers deux observations, deux cas de syndrome de Costello et en illustrons la gravité.

Résultats:

Une fille et un garçon non apparentés, anciens macrosomes, se sont présentés pour retard global du développement, des troubles de la déglutition, des traits grossiers et une hypertrophie gingivale. Une maladie de surcharge a été exclue. Les anomalies cutanées (excès de peau, accentuation des plis palmoplantaires) et l'hyperlaxité ligamentaire ont évoqué un SC qui a été confirmé par la mise en évidence de mutations de novo au niveau du gène HRAS. Une CMH a été diagnostiquée respectivement à l'âge de 4 et 8 mois. La surveillance n'a pas mis en évidence de néoplasies. Dans un cas, la CMH était obstructive et s'est compliquée de troubles du rythme à l'origine d'une mort subite à l'âge de 5 ans.

Conclusion:

Les anomalies facio-cutanées du SC méritent d'être connues, du fait du risque de CMH potentiellement létale et de néoplasies à surveiller tout au long du suivi.

P135 - Le syndrome de Bardet-Biedl : à propos d'un cas

O. Mandhouj (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), M. Abdelbari (1), R. Kebaili (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), L. Boughamoura (1).

service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

Introduction:

Le syndrome de Bardet-Biedl est une maladie génétique rare qui fait partie des ciliopathies, un groupe de troubles causés par des anomalies des cils, des structures cellulaires essentielles pour diverses fonctions biologiques. Il inclut un éventail d'anomalies systémiques y compris obésité, retard de développement moteur ou cognitif, anomalies oculaires, rénales ainsi que d'autres malformations.

Objectifs:

Nous rapportons ici un cas de syndrome de Bardet Biedl chez une fille de 06 ans et 08 mois.

Matériel et méthodes:

***

Résultats:

Il s'agit d'une patiente de 6 ans et 8 mois, issue de parents consanguins de deuxième degré, adressée à notre consultation de pédiatrie à l'age de 5ans et 9mois, par un ophtalmologue pour une rétinopathie bilatérale. La grossesse s'est déroulée normalement avec des sérologies anténatales négatives. L'échographie morphologique n'a pas été faite. Un examen néonatal avait révélé une polydactylie bilatérale des orteils, corrigée chirurgicalement. Une prise pondérale rapide dès les premiers moisde vue a été notée mais n'avait pas motivé la consultation. À 3 ans, une surcharge pondérale était manifeste (poids de 24 kg, +2DS), accompagnée de troubles cognitifs, comportementaux et d'une baisse d'acuité visuelle. Un ophtalmologue a diagnostiqué une rétinopathie pigmentaire bilatérale avec myopie sévère et rétrécissement du champ visuel. En consultation, des signes dysmorphiques (visage arrondi, racine nasale plate, yeux en amande), une obésité morbide (IMC : 38,4 kg/m²) et des anomalies morphologiques (hexadactylie opérée, brachydactylie, genu valgum) ont été notés. L'examen neurologique a objectivé un retard cognitif, une déficience intellectuelle et des troubles du langage, responsables de difficultés scolaires. Un bilan malformatif a révélé une communication inter-auriculaire de 3 mm sans retentissement. Le caryotype et l'hybridation FISH étaient normaux. Un séquençage de l'exome a identifié une mutation homozygote du gène BBS5, confirmant le syndrome de Bardet-Biedl. Une prise en charge multidisciplinaire a été instaurée.

Conclusion:

Bien qu'il soit rare, le syndrome de Bardet-Biedl est une ciliopathie héréditaire qui peut avoir des répercussions lourdes sur la qualité de vie de l'enfant. Un diagnostic et une prise en charge précoce pourrait améliorer le pronostic.

P136 - Le syndrome de DiGeorge (22q11.2) de la génétique à une prise en charge personnalisée : étude de 6 observations

D. Laouini (1), N. Soyah (1), R. Kebaili (1), M. Abdelberi (1), H. Benbelgacem (1), N. Jaballah (1), M. Benguedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), N. Mahdhaoui (2), A. Tej (1), L. Boughamoura (1).

Pediatrie Farhat HachedSousse (1).Neonatologie Farhat Hached Sousse (2).

Introduction:

Le syndrome de Di George, appelé aussi syndrome cardio-vélo-facial, est le plus fréquent des syndromes micro-délétionnels chez l'homme. Il touche environ 1/4000 naissance. Il est dû à une micro délétion de la partie proximale du bras long du chromosome 22 (22q11). Il a une présentation phénotypique très variable ; les manifestations les plus fréquentes sont : une dysmorphie faciale caractéristique, une hypo-parathyroïdie, une cardiopathie et une agénésie ou hypoplasie thymique. Le diagnostic, évoqué sur la clinique, est confirmé par la méthode FISH de la biologie moléculaire. Il s'agit d'une mutation de novo dans la plupart des cas mais des formes familiales sont décrites dans 20 % des cas avec une transmission autosomique dominante. Le diagnostic d'un cas index doit conduire à une étude des parents et un conseil génétique.

Objectifs:

Rappeler les principales circonstances du diagnostic du syndrome du syndrome de Digeorge depuis les premières manifestations néonatales pour une reconnaissance précoce, une prise en charge personnalisée de la comorbidité chez l'enfant atteint, ainsi qu'un conseil génétique pour la famille.

Matériel et méthodes:

Il s'agit de 6 observations suivi entre les services de pédiatre et de néonatologie de l'hopital Farhat Hachedsousse et où le diagnostic a été confirmé au laboratoire de cytogénétique du même hopital, et ce par la méthode FISH montrant la microdélétion 22q11.2.

Résultats:

Il s'agit de 4 garçons et 2 filles, qui n'ont pas de consanguinité parentale. Un des patients a une sœur suivie pour syndrome de Digeorge. Deux grossesses sont compliquées d'hydramnios. Le diagnostic anténatal d'une cardiopathie a type de tronc artériel commun type 1 a été posé chez un patient lors de l'écho morphologique de T3. Tous les patients sont nés à terme. L'examen initial a montré une dysmorphie faciale caractéristique chez tous ces patients : une micrognathie, une ensellure nasale et des lèvres fines ; ainsi qu'une agénésie du pouce droit chez un patient. Un souffle cardiaque a été trouvé chez 5 patient ; et une hypotonie axiale chez 2 patients. Sur le plan biologique, une hypocalcémie symptomatique a été découverte en période néonatale chez tous ces patients (trémulations chez 3 patients, crises convulsives chez 2 patients et un accès de cyanose chez un patient). L'étiologie commune de cette hypocalcémie a été une hypoparathyrodie. Le bilan malformatif a comporté une radiographie thoracique qui a montré absence d'ombre thymique chez 3 patients et un petit thymus chez 3 autres ; une échographie cardiaque revenue normale chez un patient et a montré une interruption de l'arche aortique, un anévrysme du SIV avec un gros canal chez un patient, une CIV large avec shunt G-D, une CIV et CIA, une HTAP et dilatation des cavités droites chez tous ces patients. L'échographie abdomino-rénale a été sans anomalies dans tous les cas et l'échographie trans-fontanellaire néonatale a mis en évidence une plage d'hyper-échogénocitépéri-ventriculaire chez un patient. Le syndrome de Digeorge a été suspecté chez tous ces patients. Une étude génétique orientée par FISH a permis de poser le diagnostic en postnatal

chez 5 patients et en anténatal pour un seul patient, celui qui a des antécédents de la même anomalie chez la sœur.

Conclusion:

Ce syndrome représente un paradigme de la génétique clinique et des soins anticipatifs. Il est caractérisé par un tableau clinique très variable qui comprend de multiples anomalies, la connaissance approfondie des symptômes permet de poser le diagnostic d'une façon plus précoce, rechercher la comorbidité de la maladie et proposer une prise en charge adaptée. Bien que l'anomalie génétique la plus fréquente est la microdélétion 22q11.2 mais son absence n'élimine pas le diagnostic si le cortège des manifestations cliniques est très suggestif.

P137 - Le syndrome de Prader Willi : un syndrome complexe au carrefour de la génétique et de l'endocrionologie : A propos de 4 observations

D. Laouini (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), M. Abdelberi (1), H. Benbelgacem (1), N. Jaballah (1), M. Benguedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (2), N. Mahdhaoui (3), R. Kebaili (1), L. Boughamoura (1).

Pediatrie Farhat HachedSousse (1).Réanimation Pédiatrique Farhat Hached Sousse (2).Neonatologie Farhat Hached Sousse (3).

Introduction:

Le syndrome de Prader-Willi (SPW) est une maladie génétique complexe rare qui touche 1 pour 15 à 20 000 naissances responsable de handicaps sévères chez l'enfant et l'adulte. Il se manifeste précocement dans la vie par une hypotonie néonatale avec difficultés alimentaires ; à un âge plus avancé par une obésité, des anomalies endocriniennes et métaboliques ainsi que des troubles psychiatriques. Bien que le diagnostic soit facilement suspecté sur des critères cliniques, variables au cours de la vie, le test génétique est indispensable pour le confirmer. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées. L'analyse de la méthylation de l'ADN devrait être réalisée en première intention, car elle permet de confirmer le diagnostic dans la presque totalité des cas, en mettant en évidence la seule présence de l'allèle méthylé d'origine maternelle (allèle soumis à l'empreinte parentale) Ainsi, un profil normal de méthylation de la région 15q11-q12 exclut à 99 % le diagnostic de ce syndrome. Une fois le diagnostic de SPW est confirmé, il est indispensable de préciser le mécanisme génétique responsable afin d'assurer un conseil génétique.

Objectifs:

Décrire les symptômes du syndrome de Prader Willi conduisant au diagnostic ainsi que les aspects évolutifs de la maladie jusqu'à l'adolescence pour une meilleure prise en charge des complications et de la comorbidité.

Matériel et méthodes:

Il s'agit de 4 patients suivis parallèlement aux services de pédiatrie et de néonatologie du CHU Farhat Hached de Sousse pour syndrome de Prader Willi confirmé par l'étude génétique, à la période néonatale chez trois enfants et à l'âge de 13 ans chez une fille.

Résultats:

IL s'agit de trois garçons et une fille. Une consanguinité parentale a été notée chez un seul patient. A la naissance, trois enfants ont été eutrophiques, l'autre a été hypotrophe; Les quatre patients sont admis en période néonatale pour détresse respiratoire. Un syndrome dysmorphique a été constaté

chez trois enfants : des yeux bridés en amendes, une ensellure nasale, des oreilles bas implantées avec une hypotonie axiale et faible réflexe de succion ; une cryptorchidie bilatérale chez un garçon et une ectopie testiculaire droite chez un autre ; une luxation congénitale de la hanche chez un patient. Le bilan malformatif : échographie transfontanellaire, échographie cardiaque et abdominale n'ont pas trouvé d'anomalies. Concernant le 4ème cas, c'est une fille âgée de 13 ans au moment du diagnostic. Elle présente une obésité morbide avec BMI = 43.7 et une déficience intellectuelle. L'analyse moléculaire par MS-MLPA : hétérodisomie maternelle de la région 15q11q13. L'évolution a été marquée par le décès d'un patient à j38 de vie suite un état de choc septique, le deuxième patient présente est actuellement âgé de 7 ans présente un léger surpoids avec une déficience intellectuelle sévère (QI = 35) ; la jeune fille présente une obésité morbide avec troubles du comportement alimentaire (polyphagie) et échec des règles hygiéno-diététique et une déficience intellectuelle. Un bilan de retentissement du syndrome métabolique ainsi qu'une polygraphie ont été prévus pour dépister les anomalies à traiter notamment un Syndrome d'Apnées du Sommeil. Un de nos patients a été perdu de vue.

Conclusion:

Le SPW est aujourd'hui reconnu comme un modèle de plusieurs morbidités : modèle d'obésité sévère, de troubles du comportement alimentaire, de troubles hypothalamiques, de troubles psychiatriques et de déficits des habilités sociales et, de manière plus générale, modèle du spectre autistique. Le diagnostic précoce permet d'instaurer un suivi régulier et prise en charge adapté surtout pour l'obésité qui conditionne le pronostic.

P138 - Syndrome de Crouzon dans sa forme néonatale : A propos de deux observations.

M. Barka (1).

Service de Néonatologie CHU Farhat Hached Sousse. (1).

Introduction:

Le syndrome de Crouzon ou dysostose cranio-faciale de Crouzon est une affection congénitale héréditaire rare, autosomique dominante, en rapport avec une mutation du gène FGFR2. Elle associe une craniosynostose et une dysmorphie avec hypoplasie caractéristique du massif facial. C'est une affection évolutive découverte souvent après 2 ans. Elle engage le pronostic visuel par le biais de l'HTIC avec risque de cécité (2/3 des patients). Le traitement chirurgical est à discuter au cas par cas. Les formes congénitales à révélation néonatale sont de mauvais pronostic et engagent le pronostic vital par le biais de la détresse respiratoire.

Objectifs:

Etudier les aspects cliniques, diagnostiques et évolutifs du syndrome de Crouzon diagnostiqué à la période néonatale.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective ayant inclus deux patients diagnostiqués porteurs d'un syndrome de Crouzon entre 2017 et 2024 au service de Néonatologie CHU Farhat Hached Sousse.

Résultats:

Observation 1 : Nouveau né de sexe masculin, à terme et eutrophique, issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse mal suivie, accouché par césarienne pour souffrance fœtale. Notion d'hydramnios à l'échographie anténatale. APGAR 3/5/5. L'examen à la naissance a objectivé un

patient hypotonique, aréactif, en détresse respiratoire avec cornage et respiration en batracien, un syndrome malformatif notamment microcéphalie, front bombant rétréci, encoches bifrontales, atrésie bilatérale des choanes, fente vélopalatine totale, hypoplasie du maxillaire supérieur, hypertrophie gingivale, lèvre supérieure hypoplasique, hypertélorisme, exorbitisme défaut d'occlusion palpébrale, kératite et œdème conjonctival bilatéral. Il n'y avait pas d'autres malformations associées. Le patient est décédé au bout de 24 heures avant le complément d'enquête malformatif et l'autopsie a été refusée par les parents. Observation 2 : Nouveau-né de sexe masculin issu de parents non consanguins et d'une grossesse régulièrement suivie avec diagnostic anténatal à l'échographie morphologique et à l'IRM fœtale d'une craniosténose portant sur les sutures coronales donnant un aspect en trèfle de la boite crânienne, associée à une hydrocéphalie et un hydramnios. Né par césarienne à terme, Apgar 7/8/9. L'examen à la naissance a mis en évidence une dysmorphie faciale majeure avec une macrocranie, un aspect en trèfle de la voute crânienne avec des encoches coronales, un hypertélorisme oculaire, une exophtalmie sévère à l'origine d'une malocclusion palpébrale d'une kératite et œdème conjonctival bilatéral, des narines antéversées, une hypoplasie maxillaire et des oreilles bas implantés. Il n'y avait pas d'autres malformations associées. Le patient est décédé à J4 avant le complément d'enquête malformatif et l'autopsie a été refusée par les parents.

Conclusion:

La maladie de Crouzon est une maladie génétique rare de révélation pendant la petite enfance. Sa prise en charge chirurgicale peut s'imposer pour prévenir les complications. Le diagnostic anténatal est intéressant pour le dépistage des formes précoces de pronostic fâcheux,

P139 - Cataracte congénitale : à propos d'un cas secondaire à un Syndrome de Nance-Horan

O. Mandhouj (1), N. Jemmeli (1), M. Beji (1), M. Jouili (1), A. Marzouki (1), O. Sonnara (1), O. Mars (1), R. Sakka (1), B. Mahjoub (1).

service de pédiatrie, hopital Taher Sfar Mahdia (1).

Introduction:

La cataracte congénitale, définie par une opacification du cristallin présente dès la naissance, est une des principales causes de cécité évitable chez l'enfant. Elle est le plus souvent idiopathique, mais peut aussi être secondaire à des embryofoetopathies, à des anomalies du métabolisme ou associées à des anomalies génétiques, dans le cadre d'un syndrome à transmission héréditaire ou liée à des aberrations chromosomiques

Objectifs:

***

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un enfant porteur d'une cataracte congénitale secondaire à une mutation génétique.

Résultats:

Il s'agit d'un enfant de sexe masculin, âgé de 7 ans, issu d'un mariage consanguin de 2ème degré, avec des antécédents familiaux de cataracte congénitale et de cécité chez les oncles paternels et maternels. L'enfant est issu d'une grossesse mal suivie, né à terme. Il est porteur d'une cécité

bilatérale séquellaire d' une cataracte congénitale bilatérale, opérée à plusieurs reprises avec échec des interventions. Il a été adressé à notre consultation à l'âge de 5 ans par l'équipe d'ophtalmologie pour examen pédiatrique. À l'examen, il présentait une dysmorphie faciale, incluant une microcranie, un faciès allongé, un prognathisme, un nez large, des oreilles décollées, un aspect crénelé des dents avec diastème, ainsi qu'un nystagmus, une leucocorie et une microcornée. Par ailleurs, il avait un bon développement psychomoteur avec un intellect conservé. Le potentiel évoqué auditif (PEA) a révélé une surdité de transmission à droite. Un bilan malformatif comprenant une échocardiographie (ETT) et une échographie abdominale n'a pas révélé d'anomalies. Un séquençage de l'exome a permis d'identifier une mutation pathogène du gène NHS situé sur le chromosome Xp22.2, confirmant le diagnostic du syndrome de Nance-Horan. Cette mutation génique explique le phénotype clinique de notre patient.

Conclusion:

Le syndrome de Nance-Horan est de transmission dominante liée à l'X. Chez les garcons, il se caractérise par l'association d'une cataracte congénitale à une microcornée, des anomalies dentaires et une dysmorphie faciale avec un intellect peu ou pas atteint. Le traitement chirurgical de la cataracte, dans le cadre de ce syndrome, semble être peu efficace.

Hématologie ,Oncologie ,Immunologie

P140 - Infections mycobactériennes dans la maladie granulomateuse chronique : caractéristiques cliniques et prise en charge

M. Gouja (1), I. Ben Fraj (1), G. Khattech (1), A. Ben Taleb (1), S. Rekaya (1), M. Ben Khaled (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1).

Service d'immuno-hématologie pédiatrique. Centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. (1).

Introduction:

Les patients atteints de granulomatose septique chronique (CGD) présentent une vulnérabilité accrue aux mycobactéries en raison de l'altération de la fonction des neutrophiles, compromettant ainsi la réponse immune contre les pathogènes intracellulaires. Cette susceptibilité rend le diagnostic et la prise en charge des infections mycobactériennes particulièrement complexes et cruciaux.

Objectifs:

-Décrire les caractéristiques cliniques, les données microbiologiques et anatomopathologiques des infections à mycobactéries chez les patients atteints de CGD. -Décrire les stratégies thérapeutiques mises en place et leur efficacité.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 33 ans, de 1991 à décembre 2024. Ont été inclus tous les patients suivis pour CGD et ayant présenté une infection à mycobactéries, confirmée par culture ou PCR, ou considérée probable sur la base de signes cliniques évocateurs, d'imageries compatibles et d'une réponse favorable au traitement antituberculeux, en l'absence d'autre étiologie identifiée.

Résultats:

Parmi les 101 patients atteints de CGD suivis dans notre service, 49 (48,5 %) ont présenté une infection à mycobactéries. L'âge médian au diagnostic était de 5 mois (0,6–180 mois). Les infections étaient localisées dans 5 cas, locorégionales dans 24 cas et disséminées dans 20 cas. Les manifestations cliniques comprenaient principalement des adénopathies , avec 27 cas d'adénites fistulisées. Trois patients ont présenté une atteinte cutanée : Scrofuloderme (n=2), lupus vulgaris (n=1). Des complications sévères ont été relevées chez 6 patients, incluant une atteinte cérébrale (n=2), péricardique (n=1), , ostéoarticulaire (n=1) et un pyopneumothorax (n=1) et une dystrophie bulleuse pulmonaire (n=1) . L'examen microbiologique a permis d'identifier Mycobacterium tuberculosis dans 5 cas, et l'examen anatomopathologique a révélé des granulomes épithélioïdes sans nécrose dans 5 cas, une nécrose caséeuse dans 4 cas et des granulomes suppuratifs dans 2 cas. Les stratégies thérapeutiques variaient selon l'étendue de l'infection. Tous les patients avec une forme loco-régionale ou disséminée ont été mis sous quadrithérapie à base de Levofloxacine, Ethambutol, Isoniazide et Rifampicine. La durée du traitement a varié selon l'étendu des lésions. Sept patient ont bénéficié d'une greffe de moelle osseuse. L'évolution était favorable dans la majorité des cas traités, bien que des complications persistantes aient été notées, ainsi que 4 décès.

Conclusion:

Les infections à mycobactéries chez les patients atteints de CGD sont souvent difficiles à identifier microbiologiquement, bien que l'histopathologie mette en évidence des granulomes typiques. Un traitement antibiotique prolongé est généralement efficace, mais des complications graves soulignent l'importance d'une gestion précoce et rigoureuse.

P141 - Hépatoblastome de l'enfant en Tunisie : caractéristiques cliniques et pronostiques sur une période de 18 ans

F. Hassine (1), E. Jbebli (2), S. Ben Ahmed (2), R. Amdouni (2), F. Fedhila (2), S. Rhayem (2), M. Khemiri (2).

Hôpital Monji Slim (1).Médecine infantile A hôpital d'enfants de Tunis (2).

Introduction:

Les tumeurs primitives du foie sont rarissimes chez l'enfant et l'hépatoblastome se situe en tête de liste. Le diagnostic peut être facilement évoqué devant la découverte d'une tumeur hépatique associée à une augmentation de l'alpha-fœtoprotéine (αFP). Cette dernière est aussi un marqueur très sensible pour le suivi de l'évolution tumorale sous traitement, l'évaluation du résultat de l'exérèse chirurgicale et le dépistage précoce d'une rechute tumorale. En Tunisie, ce sujet est peu étudié mis à part quelques faits cliniques.

Objectifs:

Les objectifs de cette étude étaient d'étudier les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives des hépatoblastomes de l'enfant et d'identifier les facteurs influençant le pronostic.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude monocentrique, descriptive et rétrospective menée à l'unité d'oncologie pédiatrique du service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis durant une période de 18 ans s'étalant de janvier 2006 à décembre 2023. Nous avons inclus : • Tous les

enfants atteints d'un hépatoblastome retenu sur un aspect radiologique évocateur avec un taux élevé de l'αFP ou confirmé histologiquement pour les tumeurs non sécrétantes. • Les enfants âgés de moins de 18 ans au moment du diagnostic. Nous n'avons pas inclus les enfants confiés à un autre centre d'oncologie pour la prise en charge thérapeutique. Ont été exclus les enfants dont les dossiers médicaux étaient inexploitables.

Résultats:

Nous avons colligé 18 enfants âgés en moyenne de 22 mois [1 mois- 7 ans] sans prédominance de sexe. La maladie était principalement révélée par un ballonnement abdominal (n=11) et des signes généraux (n=10). Elle était sécrétante dans 16 cas. La maladie a été classée en PRETEXT I dans quatre cas, PRETEXT II dans sept cas, PRETEXT III dans six cas et PRETEXT IV dans un cas. Les patients étaient classés à haut risque dans 12 cas. Les patients étaient traités selon le protocole SIOPEL-3 (SIOPEL-3 HR pour les patients de haut risque et SIOPEL-3 SR bras B pour les patients de risque standard). Une bonne réponse à la chimiothérapie a été observée chez tous les patients avec une réduction tumorale variant entre 38 et 93%. Seize patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Ces patients étaient initialement classés dans le groupe de risque standard dans six cas et dans le groupe de haut risque dans dix cas. Un patient, classé dans le groupe de haut risque, a été opéré d'emblée à visée diagnostique et thérapeutique devant une tumeur rompue dans le péritoine avec un saignement menaçant le pronostic vital. Quinze patients ont eu une chirurgie secondaire après réduction du volume tumorale par la chimiothérapie néoadjuvante. Après un recul moyen de six ans [1 – 14 ans], 12 patients étaient en rémission complète et six sont décédés. La survie globale et la survie sans évènements à 5 ans étaient respectivement de 66,7% et 55,5%. Les principaux facteurs pronostiques influençant la survie étaient, le délai diagnostic ≥10 jours (p=0,048), le taux d'alpha foetoprotéine<100 µg/l (p<0,01), l'extension veineuse (p=0,018), le type histologique épithélial pur (p=0,004) et le haut risque (p=0,048). Au terme de l'analyse multivariée, la survie sans évènements était influencée de manière indépendante par le taux d'alpha-foetoprotéine<100 µg/l (p=0,045 et OR : 46,2) et l'extension veineuse (p=0,035 et OR : 2,5).

Conclusion:

L'hépatoblastome est une tumeur hépatique assez agressive, survenant chez les enfants en bas âge. Cette pathologie suscite un intérêt crucial en raison de son impact dévastateur sur la santé et nécessite une approche multidisciplinaire. En Tunisie, la greffe hépatique en pédiatrie reste relativement peu développée mais potentiellement prometteuse. En raison de la complexité et de la rareté des cas pédiatriques nécessitant une transplantation hépatique, le nombre de greffes pédiatriques réalisées chaque année en Tunisie reste limité par rapport à d'autres pays disposant de plus de ressources médicales et d'une plus grande base de donneurs potentiels. Cependant les perspectives d'avenir sont prometteuses grâce aux avancées constantes des recherches de l'oncologie pédiatrique.

P142 - Infections ostéo-médullaires dans la granulomatose septique chronique : Une urgence diagnostique et thérapeutique

M. Gouja (1), I. Ben Fraj (1), A. Ben Taleb (1), S. Rekaya (1), M. Ben Khaled (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1).

Service d'immuno-hématologie pédiatrique. Centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. (1).

Introduction:

Les infections ostéo-médullaires dans le cadre de la granulomatose septique chronique (CGD) sont des complications rares pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel. Elles nécessitent une identification rapide et un traitement spécifique pour prévenir des séquelles neurologiques et fonctionnelles durables.

Objectifs:

· Décrire les caractéristiques cliniques des infections ostéo-médullaires chez les patients atteints de CGD. · Analyser les traitements spécifiques utilisés pour ces infections et évaluer leur efficacité. · Examiner l'impact de ces infections sur l'évolution clinique de ces patients .

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une description de deux cas cliniques de patients suivis pour CGD dans notre service.

Résultats:

Observation 1 : Infection à Aspergillus niger Un enfant de 9 ans avait présenté une spondylodiscite aiguë compliquée d'une compression médullaire, entraînant une paralysie des membres inférieurs et des troubles sphinctériens. L'IRM avait montré une lyse vertébrale de D5 et une ischémie médullaire. Une laminectomie urgente avait révélé une infection à Aspergillus niger, confirmée histopathologiquement. L'enfant a eu un traitement antifongique combiné par voriconazole et caspofongine. Il a eu une greffe de moelle osseuse avec suite favorable. Observation 2 : Infection à Pseudoallescheriaboydii Une fille de 4 ans, suivie depuis l'âge de 6 mois pour une CGD compliquée de BCGite disséminée, avait été admise avec une paralysie des membres inférieurs due à une compression médullaire, accompagnée de fièvre et d'une masse palpable au niveau du rachis dorsal. Un scanner thoracique avait révélé une pneumonie droite avec extension à la colonne vertébrale, ainsi qu'une masse périvertébrale. L'IRM avait montré une collection prévertébrale avec consolidation parenchymateuse. L'enfant a eu une laminectomie en urgence avec isolement de Pseudoallescheriaboydii à la biopsie osseuse. Le traitement antifongique combiné par voriconazole et caspofongine, puis voriconazole et ambisome a été mis en place avec évolution défavorable. Un traitement chirurgical n'a pas pu être réalisé à cause de l'extension importante de l'infection. Elle est décédé à 6 mois de traitement dans un tableau d'état de choc septique.

Conclusion:

Les infections ostéo-médullaires chez les patients atteints de CGD, bien que rares, peuvent avoir un impact significatif sur l'évolution clinique. Les traitements antifongiques associés à un traitement chirurgical ont montré une efficacité dans la récupération clinique, bien que les réponses varient. D'où l'importance d'une prise en charge rapide et adaptée pour améliorer les résultats fonctionnels à long terme.

P143 - Anémie ferriprive chez l'enfant : un défi diagnostique et stratégie de de prise en charge

R. Hsasna (1), M. Bahri (1), E. Azza (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie infantile, Hopital Aziza Othmana (1).

Introduction:

L'anémie ferriprive est l'anémie carentielle la plus fréquente chez les enfants. Les réserves en fer sont nécessaires pour assurer une croissance normale et un bon développement psychomoteur. La prise en charge de cette anémie peut sembler évidente, mais elle pose plusieurs défis tant sur le plan diagnostic étiologique que sur le plan traitement.

Objectifs:

L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques des enfants présentant une anémie ferriprive.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive, qui a inclut les patients âgés entre 2 et 18 ans adressés au service d'hématologie infantile de l'hôpital Aziza Othmana entre 2023 et 2024 pour prise en charge d'une anémie ferriprive. Nous avons rapporté les caractéristiques épidémiologiques, clinico-biologiques, la prise en charge thérapeutique et étiologique de ces patients.

Résultats:

Nous avons inclus 42 patients. La médiane d'âge était de 15 ans [3-18 ans]. Une prédominance féminine a été notée (32 filles / 10 garçons). Le taux médian d'hémoglobine au diagnostic était de 7,2 g/dl [2,4-12,9 g/dl]. Le VGM médian était de 58 fl [45-100 fl] et le TCMH médian était de 18 pg [12-33]. Le taux médian des globules blancs et des polynucléaires neutrophiles était de 5600 E/mm3 [1680-24100] et 2700 E/mm3 [720-16200], respectivement. Le taux médian des plaquettes était de 281 G/L [61- 888 G/L]. Le dosage de la ferritinémie n'était réalisé que chez 27 patients, elle était basse chez tous. Tous les patients ont reçu un traitement martial per os. Trois patients ont reçu une transfusion de concentré de globules rouges avant d'être adressé en hématologie à cause d'une anémie profonde. Trois patients n'ont pas répondu au traitement oral ayant nécessité une substitution en intra-veineux. Le gain médian d'hémoglobine après un mois de traitement était de 1,9 g/dl [0-8 g/dl] ; et après 3 mois de traitement de 4,75 g/dl [0,1-10,6]. La carence martiale était en rapport avec une géophagie chez 3 patients et une carence d'apport chez 4 patients. Le diagnostic de maladie cœliaque a été suspecté chez 2 malades devant une diarrhée chronique associée à un retard de croissance, la recherche d'anticorps était positive chez les 2. Trois patients avaient une gastrite, dont deux à Helicobacter Pylori. Un patient avait une anémie de Biermer (traité par Vitamine B12 en association au fer). Un syndrome hémorragique cutanéo-muqueux a été noté chez 15 patients. Treize patientes avaient une ménométrorragie, et 2 patients avaient une épistaxis récidivante dont un qui avait un polype nasal. Un bilan d'hémostase a été réalisé chez 10 patients, il était normal chez tous. Sept patientes étaient adressées en gynécologie : une patiente avait une dysménorrhée et une autre avait une immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Aucune étiologie n'était retenue chez 14 patient.

Conclusion:

Le diagnostic d'une anémie ferriprive doit être toujours confirmé par une ferritinémie basse. Le traitement substitutif d'une anémie ferriprive est important, mais il doit être associé à un traitement étiologique. L'observance thérapeutique ainsi que les conseils hygiéno-diététiques sont importantes pour optimiser la réponse au traitement.

P144- Trisomie 18 associée à une leucémie aigüe : à propos de 3 cas

R. Hsasna (1), E. Azza (1), M. Bahri (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie infantile, Hopital Aziza Othmana (1).

Introduction:

La trisomie 18, ou syndrome d'Edward, est une anomalie chromosomique rare, d'une morbi-mortalité élevée à cause des malformations congénitales associées. Le diagnostic est suspecté en anténatal devant des anomalies à l'échographie, ou à la naissance en présence de malformations. Ces enfants sont à haut risque aussi de développer des cancers solides, néanmoins les hémopathies malignes sont rares.

Objectifs:

Nous rapportons dans notre travail 3 cas de leucémie aigüe (LA) survenue chez des enfants porteurs de trisomie 18 (T18).

Matériel et méthodes:

C'est un travail descriptif rétrospectif, incluant 3 patients porteur d'une trisomie 18 et qui étaient adressés au service d'hématologie infantile de l'hôpital Aziza Othmana pour prise en charge d'une leucémie aigüe.

Résultats:

Cas n°1 : Enfant MA, chez qui le diagnostic de T18 a été porté à l'âge de 6 ans devant un retard de croissance et un syndrome malformatif. Il avait une dysmorphie faciale (microcéphalie, macrognathie, oreilles bas implantées) et multiples anomalies des doigts (une adactylie des 2 pouces, une bradydactylie bilatérale des 5ème doigts et une syndactylie des 2 derniers orteils des 2 pieds). Il a présenté à l'âge de 8 ans une pancytopénie. Le myélogramme a confirmé le diagnostic d'une LA myéloblastique. Le caryotype oncologique était complexe. L'échographie cardiaque et abdominale n'ont pas montré de malformations. Le patient était traité selon le protocole ELAM02. L'induction s'est passée sans complications majeures. En post-induction, le patient était en échec. Il est décédé à 4 mois du diagnostic. Cas n°2 : Enfant GMA, diagnostiqué de T18 en mosaic à l'âge néonatal devant une hydrocéphalie. Il avait aussi une atrésie duodénale pour laquelle il a été opéré. Il a été adressé à notre service à l'âge de 14 ans pour pancytopénie. A l'examen, le patient avait un retard staturo-pondéral important, une dysmorphie faciale (visage triangulaire, microphtalmie), une peau très fragile, une syndactylie des doigts, et une ambigüité sexuelle. Les reins étaient mal rotés, pelviens, en fer à cheval. L'échographie cardiaque était normale. Le myélogramme a confirmé le diagnostic de LAM. Le patient est décédé à J4 d'hospitalisation, avant le début de la chimiothérapie, par hémorragie alvéolaire. Cas n°3 : Enfant AM, T18 diagnostiquée devant une dysmorphie faciale et un retard mental, adressé à notre service à l'âge de 16 ans pour pancytopénie. Le myélogramme a confirmé une LA promyelocytaire et la t(15 ;17) était présente au caryotype oncologique. Le patient était classé risque intermédiaire selon la classification de Sanz. Le patient était en rémission complète en post-induction. Il a reçu 3 cures de consolidation. Actuellement, il est en cours du traitement d'entretien.

Conclusion:

La survenue d'une LA chez un enfant porteur de T18 peut être un tournant décisif dans le pronostic de cette pathologie rare. Une évaluation de la fonction cardiaque et rénale est nécessaire. La chimiothérapie est souvent décevante.

P145 - Aspergillose pulmonaire invasive chez les enfants traités pour leucémies aigues : A propos de 14 cas

S. Khirallah (1), E. Azza (1), M. Bahri (1), R. Hsasna (1), R. Ben Lakhel (2), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie infantile, Hopital Aziza Othmana (1).Hématologie clinique, Hopital Aziza Othmana (2).

Introduction:

L'aspergillose pulmonaire invasive (API) représente une infection grave chez les enfants atteints de leucémies aigues (LA).

Objectifs:

L'intérêt de notre travail était de décrire le profil clinique et évolutif de l'API chez les enfants traités pour LA dans notre service.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, menée au service d'hématologie clinique infantile de l'hôpital Aziza Othmana de Tunis. Elle a inclut les enfants et les adolescents âgés de 2 à 18 ans, suivis et traités pour une LA, entre Janvier 2013 et Décembre 2023. Seuls les patients ayant présenté une API possible, probable ou prouvée selon les critères de l'EORTC/MSGERC 2019 ont été inclus dans notre étude.

Résultats:

Quatorze parmi 433 LA (3.2%) ont présenté une API. L'âge médian était de 10 ans [2-18], avec un sexe-ratio à 1. Dix patients avaient une LA lymphoblastique et 4 patients une LA myéloïde. Le diagnostic d'API a été retenu en induction chez 7 patients. Tous les patients avaient de la fièvre au diagnostic de l'API. Les signes respiratoires rapportés étaient : une toux (12patients), une hémoptysie (5patients) qui était cataclysmique chez 2 patients, une douleur thoracique (3patients) et une dyspnée avec désaturation (5patients). Deux patients présentaient un état de choc septique au moment de l'infection. Sur le plan biologique, le taux médian de PNN au moment de l'infection était de 0,1 G/L [0-14,7]. La durée médiane d'aplasie était de 10 jours [4-30]. Le taux de CRP médian était de 114 mg/l [24-240]. Une radiographie thoracique a été faite pour tous les patients : des lésions évocatrices ont été retrouvées chez 8 patients. Un scanner thoracique a été pratiqué chez 11 patients, tous ont montré un aspect en faveur d'une API : des nodules (9patients), image en verre dépoli avec ou sans un signe de halo (8patients) et opacité avec excavation (1patient). Cinq patients avaient une antigénémie aspergillaire positive. Selon les critères de l'EORTC/MSERGC, 9 API possibles et 5 API probables. Un traitement antifongique par Voriconazole a été instauré dans un délai médian de 3 jours [1-6] de l'apparition des symptômes. L'évolution sous traitement était favorable chez 12 patients. Deux patients sont décédés suites à une hémoptysie cataclysmique liée à l'API.

Conclusion:

L'API demeure une complication redoutable chez les enfants suivis pour leucémies aigues. Un accès immédiat aux outils de diagnostic et aux traitements spécifiques sont essentiels pour optimiser la prise en charge de ces patients.

P146 - Caractéristiques des rechutes neuro-méningées des LAL chez les enfants et les adolescents

E. Ben Othmen (1), E. Azza (1), M. Bahri (1), R. Hsasna (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie infantile, Hopital Aziza Othmana (1).

Introduction:

La rechute neuro-méningée dans la leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) est une complication rare mais grave, influençant le pronostic et les stratégies thérapeutiques.

Objectifs:

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques des rechutes neuro-méningées chez les enfants et les adolescents atteints de LAL.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée à l'hôpital Aziza Othmena de Tunis, incluant tous les enfants et les adolescents atteints d'une LAL et traités selon le protocole EORTC 58951 entre Janvier 2010 et Décembre 2022.

Résultats:

Parmi 381 patients nouvellement diagnostiqués d'une LAL, nous avons identifié 12 rechutes neuro-méningées (3,15%). L'âge médian était de 10 ans [3-18] avec un genre-ratio égal à 2. On a noté 3 LAL-T, 7 LAL-B Philadelphie négatif (Phi-) et 2 LAL B Philadelphie positif (Phi+). Six patients (50 %) ont reçu le bras RM2 et 6 (50%) VHR, avec de l'Imatinib pour les LAL Phi+. Dix patients (83,3%) étaient cortico-sensibles et tous les patients étaient chimio-sensibles. En fin d'induction, tous les patients (100%) étaient en rémission cytologique et cytogénétique. La maladie résiduelle (MRD) par cytométrie en flux étudiée chez 9/10 malades, était <10-3 chez 6 patients. Les 2 LAL Ph+ avaient une MRD indétectable par biologie moléculaire. Le délai médian de la rechute était de 22 mois [3-74 mois] de la rémission dont 7 rechutes on therapy (58,3%). Une atteinte isolée du SNC a été observée chez 8 patients (66,7 %), tandis que 4 patients (33,3 %) ont présenté une atteinte concomitante de la moelle osseuse. Lors de la rechute, 10 patients (83,3%) présentaient des manifestations neurologiques de type : hypertension intracrânienne (3), diplopie/trouble visuel (5), exophtalmie (1) et paralysie faciale (1). Deux patients étaient asymptomatiques mais avec une ponction lombaire infiltrée. Le taux médian de blastes dans le liquide céphalorachidien (LCR) était de 120 élément/µl [0-1200]. Tous les patients ont bénéficié d'une réinduction selon le protocole EORTC bras VHR et d'une chimiothérapie intrathécale (IT) triple. Le nombre médian des injections IT était de 6 [3-6]. Une stérilisation du LCR a été obtenue au décours de la 4ème injection IT chez 11 patients (91,6%).Parmi les 10 patients ayant obtenu une 2ème RC, 5 (50%) ont présenté une 2ème rechute neuroméningée.

Conclusion:

Les rechutes neuroméningées au cours des LAL de l'enfant et des adolescents demeurent une complication rare mais de mauvais pronostic. Pour améliorer la prise en charge et la survie de nos patients, il est nécessaire de compléter ce travail par l'étude des facteurs pronostiques associés.

P147 - Révolution thérapeutique dans l'aplasie médullaire acquise pédiatrique : Les défis de la transplantation des cellules souches hématopoïétiques en haplo-identique

F. Hassine (1), M. Ben Khaled (2), A. Ben Taieb (2), S. Rekaya (2), M. Bejaoui (2), F. Mellouli (2), I. Ben Fradj (2), M. Ouederni (2).

HopitalMonji Slim (1).service de pédiatrie immuno-hématologie centre national de greffe de la moelle osseuse (2).

Introduction:

La transplantation de cellules souches hématopoïétique en haploidentique offre une alternative salvatrice pour les enfants souffrant d'aplasie médullaire acquise, surtout lorsque les options de donneurs compatibles génoidentique sont limitées et après échec des traitements immunosuppresseurs.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques (TSCH) en haploidentique chez les enfants atteints d'une aplasie médullaire (AM) acquise, ses complications ainsi que la survie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective entre 2015 et 2024 incluant les patients atteints d'aplasie médullaire acquise avec une indication à la TSCH au service d'immuno-hématologie pédiatrique du centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis.

Résultats:

Huit cas d'aplasie médullaire acquise ont été inclus dans notre étude. Ils étaient découverts à l'occasion d'un syndrome hémorragique dont deux patients avec un tableau d'hémorragie cérébro-méningée. L'aplasie médullaire était sévère dans trois cas et très sévère dans cinq cas. Trois patients avaient déjà reçu un traitement immunosuppresseur par SAL, corticoïdes et Ciclosporine avant la TCSH sans réponse. Le nombre moyen de transfusions en plaquettes était de 28,4 ± 35,2 (5- 86), médiane 6. Le nombre moyen de transfusion de CGR était 18 ± 18,5 (2 -48), médiane 15. Le délai moyen d'évolution de la maladie avant la TCSH était de 5,6 mois ± 5,5 (2-12), médiane 4 mois. Les TCSH ont été réalisées dans des chambres à flux laminaire. Le protocole de conditionnement a été préétabli. Les patients atteints d'une AM ont reçu un conditionnement non myeloablatif, à base de Fludarabine, Cyclophosphamide et sérum anti lymphocytaire. Deux patients ont développé une GVHa et un patient a développé une GVHc. Trois patients n'ont pas eu de prise de greffon malgré une deuxième TCSH. Une bonne prise de greffon a été obtenue chez six patients avec guérison complète de l'aplasie médullaire. La survie globale à 5 ans était de 58,3%.

Conclusion:

Les perspectives de la greffe de cellules souches hématopoïétiques pour l'aplasie médullaire acquise sont très prometteuses, surtout en l'absence de réponse au traitement immunosuppresseur et en l'absence de donneur génoidentique. Toutefois, il reste encore des défis à relever, notamment en ce qui concerne les complications immunologiques et les effets à long terme des greffes. La recherche continue dans ces domaines permettra probablement d'améliorer les résultats et la qualité de vie des patients à l'avenir.

P148 - Maladie de Willebrand type II à révélation néonatale : à propos d'une observation

S. Ben Ahmed (1), O. Cherif (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

médecine infantile A (1).

Introduction:

La maladie de Von Willebrand est une maladie héréditaire par déficit quantitatif héréditaire ou fonctionnel du facteur de Von Willebrand, qui provoque un dysfonctionnement plaquettaire. La forme de type II est de transmission autosomique dominante, liée à une altération qualitative de la synthèse et de la fonction du facteur de von willebrand.

Objectifs:

Illustrer une révélation néonatale d'une maladie hématologique rare.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation d'une maladie de Willebrand type II à début néonatal.

Résultats:

BY, de sexe masculin est issu d'un mariage non consanguin. Dans ses antécédents familiaux, sa mère et sa grand-mère maternelle sont suivies pour maladie de Willebrand de type II. Il a été hospitalisé à H06 de vie pour une hématémèse de faible abondance. L'examen physique a retrouvé un nouveau-né stable sur le plan hémodynamique, sans saignement extériorisé. Le lavage gastrique a ramené du sang cailloté puis rouge vif. Sur le plan biologique, il n'avait ni anémie ni thrombopénie avec un bilan d'hémostase correct. Le diagnostic de la maladie a été retenu devant un dosage élevé de l'antigénémie du facteur Willebrand. Le nouveau-né a été gardé en observation avec abstention thérapeutique. Une réserve d'acide tranexamique a été indiquée en cas d'hémorragie cataclysmique. L'évolution à court terme a été marquée par la récidive de deux épisodes d'hématémèse de faible abondance à H22 de vie avec stabilité hémodynamique et des hématomes situés au niveau des points de piqûres.

Conclusion:

Le diagnostic de la maladie de Von Willebrand de type II nécessite une approche combinée, incluant les antécédents familiaux, les tests biologiques reposant sur le dosage de l'activité et de l'antigénémie du facteur von Willebrand et dans certains cas, des tests génétiques pour confirmer la mutation sous-jacente et identifier le sous-type spécifique. Une prise en charge à long terme est nécessaire pour prévenir les syndromes hémorragiques.

P149 - Greffe de cellules souches hématopoiétique Haplo-Identique en Tunisie : Transformer l'avenir des enfants avec un déficit immunitaire primitif

F. Hassine (1), M. Ben Khaled (2), A. Ben Taieb (2), S. Rekaya (2), M. Bejaoui (2), F. Mellouli (2), I. Ben Fradj (2), M. Ouederni (2).

HopitalMonji Slim (1).service de pédiatrie immuno-hématologie centre national de greffe de la moelle osseuse (2).

Introduction:

La transplantation des cellules souches hématopoïétiques est le seul traitement curatif de plusieurs maladies graves dont les déficits immunitaires primitifs (DIP). En l'absence de donneur HLA géno-identique, les enfants atteints de pathologies sévères et ne disposant pas de donneur HLA identique, ne pouvait pas bénéficier de ce traitement curatif en Tunisie auparavant. Actuellement la greffe de cellules souches hématopoiétiques en haplo identique représente un traitement salvateur et définitif des DIP.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques (TSCH) en haploidentique chez les enfants atteints de DIP, ses complications ainsi que la survie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective entre 2015 et 2024 incluant les patients atteints de déficit immunitaire primitif avec une indication à la TSCH au service d'immuno-hématologie pédiatrique du centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis.

Résultats:

Trente-huit patients atteints de DIP ont eu une TCSH haplo-identique dont un patient a été greffé deux fois. Vingt-trois patients avaient un SCID et quinze patients avaient autres DIP. Vingt-cinq parmi 38 patients ont été greffés avant l'âge d'un an. L'âge au moment de la TCSH a été en moyenne 22,7 mois ± 39,9 (2-204). Le délai médian entre le diagnostic et la TSH était de 10,3 mois± 19,6 (1-96). Cinq patients atteints de SCID ont été greffés avant toute symptomatologie infectieuse. Le diagnostic a été fait avant l'âge de 3 mois devant des antécédents de SCID dans la fratrie. Tous les autres patients avaient une symptomatologie avant TCSH faites d'infections sévères dont la Bécégite (n=13), des infections virales (n=8), des infections fongiques (n=5), et des cytopénies (n=8). Les trois patients atteints de lymphohistiocytose familiale (HLH) avaient un syndrome lympho-histiocytaire sévère qui a été mis en rémission avant la TCSH par le protocole associant Etoposide, ciclosporine A et dexaméthasone. Les deux patients atteints de syndrome de Wiskot-Aldrich (SWA) avaient une thrombopénie, une anémie hémolytique auto-immune et un eczéma qui ont été maitrisés par immunoglobulines et corticoïdes avant TCSH. Les deux patients atteints d'ostéoporose maligne avaient une hépatosplénomégalie et une pancytopénie nécessitant plusieurs transfusions avant la TCSH dont un patient avait nécessité une 2ème TCSH. Les deux patients greffés après l'âge de 3 ans ont inclus une neutropénie congénitale sévère compliquée d'infections sévères et réfractaire au G-CSF. Une prise de greffon a été obtenue chez 26 patients parmi 38. Une GVHa grade II-IV est survenue dans 11 cas, et une GVHcextensive dans cinq cas. La MVO sévère a été la première cause de décès précoce dans les DIP (n=4) suivie par une infection au VRS (n=3). La survie globale à 5 ans était de 63,6% pour les patients atteints de DIP. Les patients greffés pour SCID avaient la meilleure survie à 5 ans arrivant à 73,9%.

Conclusion:

La greffe de cellules souches hématopoïétiques a transformé le pronostic des patients atteints de déficits immunitaires primitifs, en offrant une possibilité de restauration durable du système immunitaire. Cependant, plusieurs défis demeurent, notamment la disponibilité des donneurs compatibles, les complications post-greffe et le risque de rejet ou de maladie du greffon contre l'hôte (GVH). Grâce aux avancées médicales et technologiques, plusieurs perspectives prometteuses se dessinent pour améliorer l'efficacité et l'accessibilité de cette thérapie.

P150 - Profil épidémiologique des tumeurs solides chez l'enfant : expérience de 10 ans au service de pédiatrie Sahloul

M. Ben Rhaiem (1), M. Sameh (1), S. Nouir (1), S. Hannechi (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).

Service de pediatrie CHU sahloul , Sousse (1).

Introduction:

Les tumeurs solides de l'enfant représentent près de 30% de tous les cancers pédiatriques. Elles constituent une cause majeure de mortalité infantile et posent un problème de diagnostic et de prise en charge en particulier dans les pays en voie de développement.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques cliniques, diagnostiques et évolutives des tumeurs solides pédiatriques au cours des 10 dernières années.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective sur 10 ans [2014-2025], incluant les patients atteints d'une tumeur solide et admis au service de pédiatrie CHU Sahloul .

Résultats:

Nous avons colligé 38 cas d'enfants atteints d'une tumeur solide. L'âge moyen des patients était de 5 ans +/- 2 ans, avec un sex-ratio de 1,2. Les circonstances de découverte les plus fréquentes étaient la masse abdominale (48 % des cas), et l'altération de l'état général (14 %). Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et la première consultation était de 17 jours +/- 15 jours , avec un délai moyen de diagnostic moyen de 30 jours +/- 27 jours par rapport aux premiers signes. Les localisations les plus fréquentes étaient rénales (28 %), cérébrales (23 %) et surrénaliennes (20 %). Le néphroblastome était le type histologique prédominant (28 %), suivi par le neuroblastome (25 %). Seulement 8 patients ont été opérés, dont la majorité (5/8) après chimiothérapie. La chimiothérapie a été administrée dans 80 % des cas, et seulement 6 patients ont reçu une radiothérapie. La progression de la masse tumorale était observée dans 35 % des cas, une réponse partielle dans 30 %, et une récidive dans 30 %. Quatre patients ont évolué vers des métastases. 3 patients parmi les 38, décédés dans notre service ; deux cas de tumeurs cérébrales sont décédés dans un tableau de détresse neurologique sévère, et un cas de neuroblastome des surrénales est décédé par un état de choc septique suite à une aplasie médullaire post-chimiothérapie.

Conclusion:

Les tumeurs solides présentent un pronostic qui varie en fonction de leur stade au moment du diagnostic et de leur réponse au traitement. Une détection précoce associée à une prise en charge rapide et un suivi continu jouent un rôle clé dans l'amélioration des résultats exigeant une approche pluridisciplinaire.

P151 - Infections respiratoires aiguës chez des enfants suivis pour une hémopathie : profil épidémiologique, clinique et microbiologique.

A. Abid (1), M. Bahri (1), Y. Chelbi (2), E. Azza (1), R. Hsasna (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

Hématologie Clinique Infantile , Hôpital Aziza Othmana (1).Service de Microbiologie , Hôpital Aziza Othmana (2).

Introduction:

Les infections respiratoires aiguës sont des affections courantes, particulièrement chez les enfants, surtout durant la saison hivernale, et plus particulièrement chez les patients vulnérables ayant reçu un traitement immunosuppresseur.

Objectifs:

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence le pathogène impliquée dans ces infections et d'étudier la présentation clinique associée.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective ayant intéressé les patients traités pour une hémopathie au service d'hématologie infantile de l'hôpital Aziza Othmana ayant présenté un syndrome respiratoire fébrile, soit au cours de l'hospitalisation ou lors de leur consultation en urgence, et ceci au cours de la saison hivernale allant du 13 janvier 2025 au 14 mars 2025 . Tous ces patients ont bénéficié d'une PCR multiplex en temps réel à partir d'un prélèvement nasal techniqué au service de microbiologie de l'hôpital Aziza Othmana.

Résultats:

31 patients ont été inclus, avec un âge médian de 10 ans [2 –17 ans]. Une prédominance féminine a été observée, avec un sex-ratio à 0,93.22 patients étaient suivis pour une Leucémie aigüe lymphoblastique (LAL) (70%) ,3 pour une leucémie aigüe myéloblastique (LAM) (9,7%) , 5 patients étaient suivis pour un lymphome (16%) et un patient suivi pour une aplasie médullaire (4.3%) . Deux Patients étaient en début du traitement (cure d'induction)(6,5 %), 20 étaient en Rémission (61%)(2 patients en cours de consolidation,16 patients au cours du traitement d'entretien, 2 Patients étaient Off Therapy). La maladie était évolutive chez quatres Patients(13%).Sur le plan clinique, les patients ont présenté les symptômes suivants :Fièvre (23 patients) ,Asthénie (8 patients),Céphalées(3 patients) , Myalgies(3 patients).Signes ORL: Angine(5 patients),Pharyngite(4 patients), Obstruction nasale(8 patients) et rhinorrhée (10 patients).Des signes respiratoires ont été notés chez 20 patients (64,5%): une toux productive chez 13 patients, une toux sèche chez 10 patients et des râles bronchiques à l'auscultation chez 11 patients.Aucun de ces patients n'a présenté de détresse hémodynamique ni des signes de lutte respiratoire. Tous les patients ont bénéficié d'une radiographie thoracique montrant un syndrome bronchique dans (35,48 %) des cas, tandis qu'elle était normale dans (65%) des cas. Sur le plan biologique, (32,25%) des patients étaient en aplasie chimio-induite.Une lymphopénie a été notée chez 13 patients (42%).La détection de génome viral par PCR en temps réel multiplexe était positive dans (25,8 %) des cas .La répartition des Pathogènes détectés était comme suit: 4 cas de virus respiratoire syncytial, 01 cas de Coronavirus humain NL63, 01 cas de Virus de la grippe A (H1N1) et deux cas Virus de la grippe B.Tous les patients ont présenté une évolution favorable après mise sous traitement symptomatique avec arrêt du traitement d'entretien pendant une semaine avant sa remise.

Conclusion:

Les infections respiratoires aiguës sont fréquentes chez les enfants suivis pour une hémopathie, avec une variété de virus identifiés comme principaux agents pathogènes. Malgré un état immunodéprimé, l'évolution clinique est généralement favorable avec un traitement symptomatique adapté.Il est crucial de renforcer la surveillance et les mesures préventives pour cette population à risque.

P152 - Lymphome hodgkinien et auto-immunité chez l'enfant

E. Jbebli (1), S. Ben Moussa (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

Le lymphome hodgkinien (LH) est un cancer du système lymphatique qui se caractérise par la présence de cellules de Reed-Sternberg. Dans certains cas, des phénomènes auto-immuns peuvent survenir chez les enfants atteints de LH. Les mécanismes exacts de cette association ne sont pas entièrement compris, mais des recherches suggèrent que des perturbations du système immunitaire causées par le LH pourraient déclencher des réactions auto-immunes.

Objectifs:

Evaluer la prévalence des maladies auto-immunes chez les enfants atteints de lymphome hodgkinien.

Matériel et méthodes:

Nous avons étudié rétrospectivement la prévalence des maladies auto-immunes chez les patients atteints de lymphome hodgkinien suivis à l'Unité d'Oncologie Pédiatrique du Service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis sur une période de 17 ans entre 2006 et 2023.

Résultats:

Nous avons colligé 37 enfants atteints du lymphome hodgkinien qui étaient tous traités selon le protocole EURONET-PHL-C1. Le sex-ratio était de 3.1 avec une prédominance masculine. Une auto-immunité a été observée dans 11% des cas. Tous les cas d'auto-immunité étaient observés chez des enfants de sexe masculin. L'âge moyen de survenue était de 11,2 ans [8 ans – 11.3 ans]. Trois patients avaient présenté une anémie auto-immune et l'autre patient a présenté un purpura thrombopénique immunologique. L'auto-immunité a précédé le diagnostic de la pathologie tumorale dans la moitié des cas, sa découverte était concomitante au diagnostic du lymphome dans un cas et a été découverte au cours du suivi dans l'autre cas. Le purpura thrombopénique immunologique est survenu deux mois après la fin du traitement par chimiothérapie. L'évolution a été marquée par le contrôle de la maladie auto-immune chez tous les patients sous l'association corticothérapie et chimiothérapie. Sur le plan tumoral, une rechute a été observée chez trois patients mais aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion:

Dans le lymphome hodgkinien, l'atteinte hématologique des lignées érythrocytaire et mégacaryocytaire peut être due soit à une métastase médullaire de la maladie, soit à une auto-immunité associée. La réalisation d'un test direct à l'antiglobuline ou la recherche d'anticorps antiplaquettaires est indispensable pour identifier le mécanisme et orienter la prise en charge.

P153 - Greffe de cellules souches hématopoiétiques en haploidentique pour les hémopathies malignes : Avancées et défis actuels en Tunisie

F. Hassine (1), M. Ben Khaled (2), A. Ben Taieb (2), S. Rekaya (2), M. Bejaoui (2), F. Mellouli (2), I. Ben Fradj (2), M. Ouederni (2).

HopitalMonji Slim (1).service de pédiatrie immuno-hématologie centre national de greffe de la moelle osseuse (2).

Introduction:

La transplantation de cellules souches hématopoïétiques (TCSH) représente une stratégie thérapeutique essentielle dans la prise en charge des hémopathies malignes avec un risque élevé. En l'absence de donneur HLA géno-identique, les enfants atteints de pathologies sévères et ne disposant pas de donneur HLA identique, ne pouvait pas bénéficier de ce traitement curatif en Tunisie auparavant. Actuellement la greffe de cellules souches hématopoiétiques en haplo identique représente un traitement salvateur et définitif.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques (TSCH) en haploidentique chez les enfants atteints d'hémopathies malignes, ses complications ainsi que la survie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective entre 2015 et 2024 incluant les patients atteints d'hémopathies malignes avec une indication à la TSCH au service d'immuno-hématologie pédiatrique du centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis.

Résultats:

Les enfants atteints de leucémie aigüe lymphoblastique (LAL) âgés de plus d'un an ont reçu une chimiothérapie selon le protocole EORTC et ceux âgés de moins d'un an selon le protocole INTERFAN. Les patients atteints de leucémie aigüe myéloblastique (LAM) ont été traités selon le protocole ELAM2. Vingt-sept patients atteints d'hémopathies malignes, dont un patient atteint d'un syndrome myélodysplasique, un patient atteint d'une leucémie myélomonocytaire juvénile et 25 patients atteints de LA, ont eu une TCSH haplo-identique. Ces derniers étaient répartis en 12 cas de LAM et 13 cas de LAL. L'âge moyen au diagnostic a été 11 mois ± 6,5 (1-24), médiane 9 mois. Au diagnostic une atteinte neuroméningée a été retrouvée dans 7 cas, et une atteinte orbitaire chez un patient. Des anomalies cytogénétiques au niveau de la moelle osseuse ont été objectivées dans 14 cas. Le délai médian entre le premier jour de la chimiothérapie et la TCSH était de 122 jours ± 74 (14-270). Le délai médian entre le dernier jour de la chimiothérapie et le début du conditionnement était de 36 jours ± 25 (2-90). Quatorze parmi 27 patients ont été greffés en première rémission devant les signes de haut risque de rechute : MRD positive après chimiothérapie (n= 11) et caryotype complexe comportant des anomalies cytogénétiques de mauvais pronostic (n=6). Deux patients ont été greffés en deuxième rémission, dont une rechute d'une LAM5 avec localisation orbitaire après une première rémission et une rechute après LALB3. Huit patients ont été greffés pour des leucémies réfractaires à la chimiothérapie. Quatre patients n'ont pas eu de prise de greffon. La GVHa grade II-III est survenue dans 8 cas, et l'infection CMV dans six cas. Au final cinq patients parmi les 27 atteints d'hémopathies malignes sont décédés. La survie à 5 ans était de 66,9%.

Conclusion:

La greffe de cellules souches hématopoïétiques a transformé le pronostic des patients atteints d'hémopathies malignes, en offrant une possibilité de guérison totale. Cependant, plusieurs défis demeurent, notamment la disponibilité des donneurs compatibles, les complications post-greffe et

le risque de rejet ou de maladie du greffon contre l'hôte (GVH). Grâce aux avancées médicales et technologiques, plusieurs perspectives prometteuses se dessinent pour améliorer l'efficacité et l'accessibilité de cette thérapie.

P154- A propos d'un cas d'anémie par carence en vitamine B12

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Chaari (2), R. Doued (1), B. Maalej (1), L. Gargouei (1).

pediatrie B sfax (1).Laboratoire hematologiesfaxhedichaker (2).

Introduction:

La carence alimentaire en vitamine B12 est habituellement due à une absorption insuffisante, mais une carence peut se développer chez les végétaliens qui ne prennent pas de compléments vitaminiques. Sa carence induit une anémie mégaloblastique, une atteinte de la substance blanche de la moelle épinière et du cerveau et une neuropathie périphérique. Le diagnostic est habituellement établi en mesurant le taux de vitamine B12 sérique.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est de présenter la forme clinique et biologique de cette maladie rare.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas d'anémie sidéroblastique congénitale chez un patient âgé de 5 ans, d'origine tunisien, admis au service de pédiatrie B se Sfax.

Résultats:

Nourrisson âgé de 2 mois, aux antécédents né à terme par voie basse eutrophique avec bonne adaptation à la vie extra utérine issu d'un mariage non consanguin et il été hospitalisé à l'âge de 40j pour ictère jaune orange cutanéo muqueux secondaire au allaitement maternel ne nécessitant pas de photothérapie, admis pour bicytopénie découverte a l'occasion d'un souffle systolique fonctionnel. A l'examen, abdomen souple dépressible sans hépato splénomégalie associée sans adénopathies sans ictère, léger pâleur cutanéo-muqueux avec bon état hémodynamique et neurologique. A la biologie l'NFS a montré GB 11460 PNN 1170 Lymphocyte 9380 Hb 8.5 g/dl VGM 79.7 fl réticulocytes 89000 plaquette 211.000 sans signes d'hémolyse associées, fer sérique à 7.37 micromol/l, ferritinémie à 351.4 ng/ml avec frottis en faveur origine carentielle d'où un dosage vitaminique a été demandé avec folate à 12.4 normal et vitamine B12 diminué à 76 pg/ml. Le diagnostique d'une bi cytopénie secondaire à un deficit en vitamine B12 a été retenue et le nourrisson été mis sous des injections en IM de vitamine B12 1000 microg/j pendant 7 jours avec hémoglobine de contrôle 8.7 g/dl sans anomalies des autres lignées puis relais par une injection par semaine jusqu'a normalisation du taux d'Hb avec dernier contrôle Hb à 10.4 g/dl. Pour l'enquête étiologique un bilan pour la mère a été réalisé revenant sans anomalies Vitamines B12 370 pmol/l avec hémoglobine maternelle à 11.6 g/dl, les auto-anticorps anti-facteur intrinsèque revenant négatif, protéinurie négative avec une fibroscopie oeso-gastro-duodénale est programmée.

Conclusion:

Le traitement consiste à administrer par voie orale ou par voie parentérale de la vitamine B12. Les folates (acide folique) ne doivent pas être utilisés en remplacement de la vitamine B12 car ils peuvent améliorer l'anémie mais entraîner une progression des troubles neurologiques. Les

nourrissons de mère végétalienne doivent recevoir une supplémentation en vitamine B12 dès la naissance.

P155 - A propos d'un cas d'une hémoglobinopathie type OArab

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), R. Mallek (2), M. Ammar (1), M. Elloumi (2), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).hematologiehedichakersfax (2).

Introduction:

L'hémoglobinose O Arab est une anomalie génétique due à la synthèse d'une hémoglobine anormale qui remplace l'hémoglobine A normale. Sa présence a été suggérée par l'utilisation d'une technique d'électrophorèse à pH alcalin et confirmée par l'électrophorèse à pH acide, l'électrophorèse capillaire et la chromatographie liquide haute performance. Le diagnostic de certitude a été apporté par l'étude moléculaire des gènes de la globine.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est de présenter la forme clinique et biologique de cette maladie rare.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas d'hémoglobinopathie O Arab homozygote chez un patient âgé de 7 ans, d'origine tunisien, admis au service de pédiatrie B se Sfax.

Résultats:

Patient âgé de 7ans, sans antécédents particuliers, qui s'est présenté pour des vomissements et diarrhée dans un contexte fébrile pendant 4 jours suivie par l'apparition d'un ictère jaune orange diffus avec des selles et urines normo colorées d'où il était admis pour exploration. La biologie initiale a montrée un ictère a prédominance bilirubine libre : BT=61 micromole/l BNC=6 micromole/l avec le reste du bilan hépatique normal avec un hémogramme normal. Lors de la suivie a la consultation externe, la patiente a présenté des douleurs épigastriques avec vomissements avec accentuation de l'ictère avec des urines qui sont parfois rouges avec découverte à l'échographie abdominale d'une vésicule biliaire lithiasique avec splénomégalie à 13 cm homogène, avec électrophorèse d'Hb montrant HbA 2.3% HbF 1.1% HbA2 et Hb variant type OArab augmenté a 96.6%. Une enquête familiale a été pratiquée concluant que toute la famille porte le variant OArab. D'où la patiente été diagnostiquée par anémie hémolytique secondaire hémoglobinopathie OArab et elle était mise sous foldine 5mg par jour avec contrôle de l'NFS avec dernier contrôle Hb 12.5 g/dl.

Conclusion:

L' hémoglobinopathietypeO Arab est le plus souvent sans traduction clinique. Dans quelques cas particuliers, elles peuvent être responsables d'un syndrome hémolytique majeur à l'état homozygote.

P156 - A propos d'un cas d'anémie sidéroblastique congénitale

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), I. Frikha (2), M. Ammar (1), M. Elloumi (2), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).hematologiehedichakersfax (2).

Introduction:

Les anémies sidéroblastiques congénitales forment un groupe hétérogène de maladies sur le plan génétique et se définissent par la présence de sidéroblastes en couronne dans la moelle osseuse.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est de présenter la forme clinique et biologique de cette maladie rare.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas d'anémie sidéroblastique congénitale chez un patient âgé de 5 ans, d'origine tunisien, admis au service de pédiatrie B se Sfax.

Résultats:

Patient âgé de 5ans, aux antécédents d'une hernie inguinale opérée à l'âge de 6mois avec père suivie pour sphérocytose, admis pour asthénie secondaire à une anémie sévére à 3.6 g/dl. Il a présenté a l'examen initial un souffle systolique factionnel avec pâleur isolé avec bon état hémodynamique. A la biologie initiale découverte d'une pan cytopénie Hb à 3.6 g/dl VGM 75.8 fl, Réticulocytes 29.000, PNN à 970, Plaquette 134.000 avec frottis normal, avec ascension de la ferritinémie à 828 ng/ml. Une échographie a été réalisée montrant une splénomégalie homogène de 10.5 cm. Devant la pan cytopénie un myélogramme a été réalisé montrant une moelle riche avec des signes de dysérythropoesieaveca la coloration de perlssidéroblaste en couronne à 40% concluant à une anémie sidéroblastique congénitale. Initialement, le patient a nécessité 3 transfusions de CGR avec hémogramme de contrôle normal. A la sortie, il à été mis sous foldine 5mg/j avec vitamines B6 à 100mg/j.

Conclusion:

Le seul traitement actuellement efficace pour cette maladie dans un tiers des formes héréditaires reste la pyridoxine. D'autres traitements spécifiques doivent encore prouver leur efficacité et leur innocuité.

P157 - A propos d'un cas d'histiocytose chez l'enfant

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), I. Moalla (1), S. Trichilli (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

Introduction:

L'histiocytose à cellules de Langerhans est une prolifération de cellules dendritiques mononucléaires qui infiltrent les organes de manière localisée ou diffuse.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est d'étudier les aspects cliniques, biologiques et radiologiques de cette maladie rare.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas d' histiocytoseLangerhasienne dans sa forme multi-systémique avec atteinte des organes à risques âgé de 16 mois, d'origine tunisien, admis au service de pédiatrie B se Sfax.

Résultats:

Il s'agit d'un patient, âgé de 16 mois, originaire de Gabes, sans antécédents particuliers, admis dans le service de pédiatrie pour un tableau de poly adénopathies dans un contexte d'apyrexie avec à l'examen adénopathies occipitales bilatérales, jugulo-carotidienne gauche, inguinales bilatérales et hépato-splénomégalie. A la biologie, une anémie microcytaire isolée. Une échographie abdominale a été demandée montrant: multiples volumineuses adénopathies iliaques bilatérales suspectes + multiples ganglions mésentériques rétro péritonéaux + multiples adénopathies inguinales bilatérales+ le balayage échographique montre en plus des adénopathies cervicales suspectes bilatérales et des ganglions sus claviculaires infra centimétriques sans visualisation d'adénopathie axillaire. Une cytoponction d'une adénopathie cervicale a été pratiquée, suggérant une histiocytose à cellules de Langerhans. Un bilan d'extension a été demandé : TDM TAP montrant : HSMG, adénomégalies iliaques, adénomégalies inguinales, scintigraphie osseuse sans anomalies, IRM cérébrale et hyopthalamo-hypophysaire avec bilan hormonal en cours. Pour confirmer le diagnostique, une adénectomie a été faite avec anapath montrant un aspect évoquant une histiocytose à cellules de langerhans. D'où le patient a été adressé à un service d' oncpédiatrie pour prise en charge thérapeutique.

Conclusion:

La morbidité et la mortalité sont augmentées en présence des deux paramètres suivants: âge < 2 ans et atteinte des organes à risque (système hématopoïétique, foie ou rate).

P158 - A propos d'un cas d'anémie par carence en vitamine B12

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Chaari (2), R. Daoued (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).Laboratoire hematologiesfaxhedichaker (2).

Introduction:

La carence alimentaire en vitamine B12 induit une anémie mégaloblastique, une atteinte de la substance blanche de la moelle épinière et du cerveau et une neuropathie périphérique.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est de présenter la forme clinique et biologique de cette maladie chez le nourrisson.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas d'anémie par carence en vitamine B12chez un nourrisson de 2mois, d'origine tunisien, admis au service de pédiatrie B se Sfax.

Résultats:

Nourrisson âgé de 2 mois, né à terme par voie basse avec notion à l'âge de 40j d'ictère secondaire à l'allaitement maternel, admis pour bi cytopénie découverte a l'occasion d'un souffle systolique

fonctionnel. A l'examen, léger pâleur cutanéo-muqueux avec bon état hémodynamique et neurologique. A la biologie l'NFS a montré PNN 1170 Hb 8.5 g/dl VGM 79.7 fl réticulocytes 89000, fer sérique à 7.37 micromol/l, ferritinémie à 351.4 ng/ml avec frottis en faveur origine carentielle avec taux vitamine B12 diminué à 76 pg/ml. Le diagnostique d'une bi cytopénie secondaire à un déficit en vitamine B12 a été retenue et le nourrisson été mis sous des injections en IM de vitamine B12 avec hémoglobine de contrôle 8.7 g/dl sans anomalies des autres lignées. Pour l'enquête étiologique un bilan pour la mère a été réalisé revenant sans anomalies, les auto-anticorps anti-facteur intrinsèque revenant négatif, protéinurie négative avec une fibroscopie oeso-gastroduodénale est programmée.

Conclusion:

Les nourrissons de mère végétalienne doivent recevoir une supplémentation en vitamine B12 dès la naissance. Le traitement consiste à administrer par voie orale ou par voie parentérale de la vitamine B12 selon étiologie.

P159 - Le déficit en Trans cobalamine type II : une erreur innée de métabolisme et de l'immunité

M. Weli (1), M. Nakti (1), H. Ben Hamedou (1), A. Kammoun (1), M. Tira (2), I. Ben Mostpha (3), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).institut pasteur tunis (2).Intstitutit Pasteur (3).

Introduction:

Le déficit en transcobalamine (TC) est un trouble héréditaire du transport de la cobalamine qui se manifeste généralement au cours des premiers mois de vie et se caractérise par une anémie mégaloblastique, un retard de croissance staturo-pondérale, des vomissements, une asthénie et une pancytopénie.

Objectifs:

Etudier les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de déficit en Trans cobalamine II.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un enfant qui a présenté un déficit en Trans cobalamine II.

Résultats:

Le patient était un nourrisson de sexe féminin. Les parents étaient des cousins germains. Elle a été hospitalisée à l'âge de 5 mois pour pneumopathie sévère hypoxémiante compliqué de septicémie. A l'examen, elle avait une altération de l'état général, un retard de croissance staturopondérale et une hypotonie axiale avec une hypertonie périphérique. Le scanner cérébrale a montré une atrophie frontale bilatérale. Elle a présenté des atteintes cutanéomuqueuses avec une langue dépaillée et des ulcérations buccales. L'hémogramme a montré une pancytopénie et le myélogramme a montré une anémie mégaloblastique. Le dosage des folate et vitamine B12 était normal. Le bilan métabolique a montré un taux d'acide méthyl malonique urinaire et une homocysteinurie élevé. Le dosage pondéral d'immunoglobulines a montré une hypogammaglobulinémie. L'étude des sous populations lymphocytaires était normale et le test de transformation lymphoblastique a montré une réponse faible aux mitogènes et aux antigènes. La patiente était mise sous vitamine B12 en intramusculaire

et acide folique avec amélioration clinique et biologique mais elle a gardé des séquelles neurologiques.

Conclusion:

La reconnaissance précoce de cette condition rare et l'initiation d'un traitement adéquat sont essentielles pour un meilleur pronostic.

P160 - Les troubles congénitaux de la glycosylation : un rapport de cas

M. Weli (1), M. Nakti (1), H. Ben Hamedou (1), A. Kammoun (1), M. Tira (1), I. Ben Mostpha (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

Introduction:

La glycosylation est un processus cellulaire complexe conduisant à des transferts successifs de monosaccharides sur une molécule acceptrice, le plus souvent une protéine ou un lipide. Ce processus est universel chez tous les organismes vivants et est très conservé au cours de l'évolution. Chez l'homme, des perturbations survenant au cours d'une ou plusieurs réactions de glycosylation sont à l'origine de glycopathologies génétiques rares, appelées anomalies congénitales de la glycosylation

Objectifs:

Etudier les aspects cliniques, paracliniques et évolutifs de trouble congénital de la glycosylation.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson atteint d'un trouble congénital de la glycosylation.

Résultats:

Le patient était un nourrisson de sexe masculin âgé de 4 mois. Il avait un facies dysmorphique avec une microcéphalie, un palais ogival et un rétrognatisme. Il a été hospitalisé pour fièvre avec altération de l'état neurologique. A l'examen, il avait une hépatomégalie avec une ascite de grande abondance. Il a présenté des épisodes d'hypoglycémie. Il avait une acidose métabolique sévère. Le bilan rénal a montré une insuffisance rénale aigue et une hyponatrémie et le bilan hépatique était normal. Le bilan d'hémostase a montré un TP bas et TCA allongé. L'enfant a présenté des évènements thrombotiques avec une thrombophlébite cérébrale, une thrombose de la veine iliaque externe et des foyers d'infarcissement spléniques, hépatiques, et rénales. L'IRM cérébral a montré une agénésie du corps calleux. Le bilan de thrombophilie était perturbé avec un taux bas deTP, protéine S, protéine C et d'antithrombine 3.Le bilan immunitaire a montré des taux effondrés d'IgG, IgA et IgM et un taux bas des lymphocytes B. La chromatographie des acides aminés et des acides organiques a montré un profil normal. L'étude d'iso électrofocalisation de la transferrine a montré un profil anormal en faveur de syndrome de CDG.

Conclusion:

Diagnostiquer les CDG est un défi, surtout lorsque si peu de patients sont diagnostiqués et présentent des phénotypes hétérogènes.

P161 - Déficit congénital en facteur XIII: expérience du service de pédiatrie B

I. Moalla (1), M. Weli (1), H. Ben Hamedou (1), S. Trichilli (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

Introduction:

Le déficit en facteur XIII est une maladie héréditaire, liée à des anomalies génétiques qui peuvent soit être transmises par les parents à leur enfant, soit provenir de la mutation d'un gène, dite mutation de novo.

Objectifs:

Préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients atteints de déficit congénital en FXIII.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive incluant tous les cas d'enfants atteints d'un déficit en FXIII pris en charge au service de pédiatrie B de Sfax.

Résultats:

Cinq cas ont été inclus dans notre étude : 4 filles et un garçon. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 2 ans et 10 mois. Un saignement du cordon ombilical a été noté chez 4 patients. Trois enfants ont présenté un saignement intracrânien spontané dont un était compliqué d'une hydrocéphalie. Le taux du FXIIIAc était nul chez nos 5 patients. La consanguinité était notée chez tous nos malades. L'analyse moléculaire réalisée chez 4 patients, a permis d'identifier une mutation fondatrice du gène F13A1 : c869insC. L'évolution était favorable pour 3 patients, une patiente a gardé des séquelles neurologiques et l'issue était fatale pour la patiente ayant développé une hydrocéphalie.

Conclusion:

Mis à part le risque d'hémorragies intracrâniennes qui peuvent engager le pronostic vital, le pronostic est favorable lorsque le traitement adéquat est mis en place.

P162 - Le Xanthogranulome juvénile : Une pathologie bénigne qui simule un cancer

R. Zairi (1), S. Rhayem (1), E. Jebabli (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

Service de médecine infantile A , Hôpital d'Enfants Bechir Hamza de Tunis (1).

Introduction:

Le xanthogranulome juvénile (XGJ) est une forme d'histiocytose non langerhansienne du jeune enfant. Il se manifeste principalement par une atteinte cutanée à type de nodules ou des plaques

jaunes-orange, une atteinte oculaire à type de lésions iriennes, cornéolimbiques, palpébrales et choroïdiennes et rarement une atteinte systémique particulièrement neurologique. Il s'agit le plus souvent d'une pathologie auto-involutive.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques clinico-radiologiques, thérapeutiques et évolutives du Xanthogranulome Juvénile en pédiatrie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un patient suivi pour xanthogranulome juvénile au sein de l'unité d'oncologie du service de médecine infantile A de l'Hôpital d'enfants de Tunis.

Résultats:

Il s'agit d'un patient de sexe masculin âgé de 10ans sans antécédents pathologiques notables qui a présenté une tuméfaction de la joue droite initialement localisée ayant rapidement progressé et entrainé une exophtalmie. L'examen initial a objectivé une tuméfaction de la joue droite indolore à la palpation sans masse palpable associée à une exophtalmie grade 1 de l'œil homolatéral. Par ailleurs l'état général était conservé et le reste de l'examen était sans particularités. L' examen ophtalmologique est revenu sans anomalies en dehors de l'exophtalmie grade 1. L' IRM orbitaire a objectivé une infiltration inflammatoire de l'espace infra-temporal droit s'étendant au niveau temporal homolatéral avec infiltration de la région jugale et comblement de la fissure ptérygopalatine associées à une hyperplasie muqueuse de la paroi des cellules ethmoïdales antérieures et une extension intra-orbitaire avec infiltration du muscle droit inférieur en intra-conique. La biopsie a mis en évidence une prolifération histiocytaire avec des cellules géantes de type TOUTON, une positivité du CD68+/CD4+/PS100+ et focalement du CD1a à l'immuno-histochimie. Le diagnostic de xanthogranulome juvénile a été retenu et un traitement par corticothérapie à base de prednisone à la dose de 1mg/kg/j a été initié. L'évolution a été marquée par une amélioration partielle avec diminution de la taille de la lésion suivie d'une reprise évolutive lors de la dégression des corticoïdes avec amélioration secondaire.

Conclusion:

Le xanthogranulome juvénile est une affection bénigne rare nécessitant une démarche diagnostique minutieuse afin d'éliminer les diagnostics différentiels. Les possibilités thérapeutiques varient de la simple surveillance aux traitements locaux et rarement à la chimiothérapie par voie générale

P163 - L'interaction inattendue de la drépanocytose et rectocolite hémorragique (RCH) : à propos d'un cas

A. Biha (1), A. Feil (2), S. Niang (3), A. Horma Babana (4), MH. Babana (4), S. Mohamed Brahim (5), N. Mamadou (6).

de Pédiatrie, Centre Hospitalier National (CHN) de Nouakchoutt (1).de Pédiatrie de CHN de Nouakchoutt, Mauritanie (2).de Pédiatrie de CHN, Nouakchoutt, Mauritanie (3).Service Hepatogastroenterologie à la Clinique Chiva, Nouakchott, Mauritanie (4).Unité de recherche et enseignement, Centre National d'Oncologie (CNO), Nouakchoutt, Mauritanie. (5).Service de consultation externe, CHN de Nouakchott, Mauritanie (6).

Introduction:

La drépanocytose est la première maladie génétique très répandue dans le monde. Elle constitue un problème majeur de santé publique selon l'OMS, l'association avec une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) est rare. Nous rapportons le cas d'une drépanocytose complique d'une rectocolite hémorragique (RCH).

Objectifs:

L'objectif principal est d'optimiser le traitement de chaque maladie sans aggraver l'autre. La gestion implique la prévention des crises vaso-occlusives (CVO) et de l'anémie tout en contrôlant l'inflammation intestinale. Les interactions médicamenteuses doivent être surveillées : les corticoïdes augmentent le risque d'ostéonécrose, les immunosuppresseurs exposent à des infections sévères, et la thrombose est un risque accru. Un suivi multidisciplinaire (hématologue, gastroentérologue, pédiatre) est essentiel, avec surveillance hépatique et nutritionnelle. Une approche personnalisée est nécessaire pour équilibrer le contrôle des deux pathologies tout en minimisant les complications.

Matériel et méthodes:

L'association entre la drépanocytose homozygote (SS) et la rectocolite hémorragique (RCH), est exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'une fille de 8 ans suivie pour drépanocytose SS sévère, ayant présenté une rectocolite hémorragique documentée.

Résultats:

il s'agit d'une fille A.B âgée de 8ans, d'ethnie Peulh, suivie pour drépanocytose SS depuis 2017, aux antécédents de plusieurs hospitalisations pour des crises vaso-occlusives (CVO). Au cours de l'évolution, y a l'apparition des selles glairo sanglante sur un fond de diarrhée chronique et de douleurs abdominales le tout évoluant dans un contexte fébrile. Une coloscopie avec biopsie a été faite est a conclu à une RCH colique. Un traitement de fond de la drépanocytose associé à un dérivé aminosalicylés (Pentsa), avec diminution du nombre d'hospitalisations et des besoins transfusionnels à court et moyenne terme. L'évolution à long terme marquée par la survenue d'une poussée évolutive nécessitant une corticothérapie à faible dose. L'enfant a bien évolué sous cette association thérapeutique.

Conclusion:

Ce cas met en lumière une association clinique rare entre drépanocytose SS et RCH. Il souligne la complexité de la prise en charge dans un contexte de pathologies chroniques intriquées, nécessitant une approche individualisée. La tolérance des aminosalicylés est rassurante, mais la prudence reste de mise avec les corticoïdes. Ce cas interroge également sur les interactions physiopathologiques potentielles entre inflammation chronique, ischémie et immunité intestinale dans la drépanocytose.

P164 - Eczéma persistant: Pensez au déficits immunitaires!

S. Zedini (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitalah (1), N. Missaoui (1), R. BneRabeh (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

Service de pédiatrie C. Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

Introduction:

La dermatite atopique est une affection extrêmement fréquente chez l'enfant et particulièrement le jeune nourrisson. En absence d'amélioration sous traitement bien conduit, une cause sous-jacente telle qu'une allergie alimentaire ou un déficit immunitaire devrait être évoquée.

Objectifs:

Décrire une présentation atypique d'un déficit immunitaire

Matériel et méthodes:

Nous nous proposons de rapporter une observation de déficit imunitairecombiné révélé par un eczéma.

Résultats:

A T âgé de 7 mois était suivi pour eczéma persistant au niveau du visage, tronc et membres dès l'âge de 2 mois. Le diagnostic de dermatite atopique était retenu et le patient était mis sous émollients, et corticoïdes topiques. L'évolution était marquée par la persistance des lésions d'eczéma avec apparition d'une érythrodermie et une anémie hémolytique auto-immune. A l'examen physique nous avons objectivé une hypotrophie avec un P/PMT à 71%. En plus de l'eczéma , il avait des cheveux rares avec absence de sourcil. Le bilan biologique avait montré une leucopénie avec une neutropénie, une lymphopénie et une hyperéosinophilie. Le Bilan immunitaire avait objectivé une hypogammaglobulinémie, une hyper IgE, une lymphopénie B et T touchant les CD 4 et les CD 8. Le diagnostic de syndrome d'Omenn(SCID) était retenu. Malade mis sous (Bactrim, Sporanox et perfusions d'immunoglobulines). En consultation de dermatologie, le traitement émollient a été renforcé en association avec les corticoïdes locaux.

Conclusion:

Un eczéma persistant et non amélioré par un traitement adéquat ou associé à d'autres lésions élémentaires telle qu'une érythrodermie importante doit évoquer le diagnostic de déficit immunitaire de façon précoce et même avant l'apparition d'infections sévères.

P165 - Présentation atypique d'un rhabdomyosarcomecongénital: à propos d'une observation exceptionnelle

S. Zedini (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitalah (1), N. Missaoui (1), R. BneRabeh (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

Service de pediatrie C hopitald'enfant (1).

Introduction:

Le rhabdomyosarcome (RMS) est le type le plus commun des sarcomes des tissus mous chez l'enfant. Il est extrêmement rare chez les nouveau-nés (0.5-1% des RMS).La localisation thoracique est exceptionnelle. Les nodules sous cutanés constituent une circonstance de découverte rare.

Objectifs:

Description d'une présentation clinique exceptionnelle d'un rhabdomyosarcome congénital.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de rhabdomyosarcome découvert a l'occasion des nodules sous cutanés chez un nourrisson .

Résultats:

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né de sexe masculin, âgé d'un mois, admis pour exploration des nodules sous cutanées de découverte néonatale. Il est issu d'un mariage non consanguin , d'une grossesse bien suivie menée sans dysgravidies avec une échographie morphologique normale , né par voix basse à terme avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine.L'examen en salle de naissance a retrouvé des nodules sous cutanés multiples siégeant au niveau du visage, du tronc, du dos, des membres supérieurs et inférieursavec une masse de consistance molle non pulsatile au niveau de la base de l'hémi thorax gauche. La radiographie du thorax a montré une lyse costale et des nodules pulmonaires bilatéraux. L'échographie abdominale a objectivé des nodules hépatiques et de la tête du pancréas. Le scanner thoracoabdominopelvien a montré un aspect évoquant une tumeur sarcomateuse métastatique au niveau des poumons, du pancréas, la surrénale droite et les cotes. La biopsie de nodule cutané a confirmé le diagnostic de rhabdomyosarcome.Le nouveau-né reçoit actuellement une chimiothérapie (Vincristine +actinomycine).

Conclusion:

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né de sexe masculin, âgé d'un mois, admis pour exploration des nodules sous cutanées de découverte néonatale. Il est issu d'un mariage non consanguin , d'une grossesse bien suivie menée sans dysgravidies avec une échographie morphologique normale , né par voix basse à terme avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine.L'examen en salle de naissance a retrouvé des nodules sous cutanés multiples siégeant au niveau du visage, du tronc, du dos, des membres supérieurs et inférieursavec une masse de consistance molle non pulsatile au niveau de la base de l'hémi thorax gauche. La radiographie du thorax a montré une lyse costale et des nodules pulmonaires bilatéraux. L'échographie abdominale a objectivé des nodules hépatiques et de la tête du pancréas. Le scanner thoracoabdominopelvien a montré un aspect évoquant une tumeur sarcomateuse métastatique au niveau des poumons, du pancréas, la surrénale droite et les cotes. La biopsie de nodule cutané a confirmé le diagnostic de rhabdomyosarcome.Le nouveau-né reçoit actuellement une chimiothérapie (Vincristine +actinomycine).

P166 - Les neutropénies sévères chez l'enfant : Profil étiologique et évolutif

M. Ammar (1), Y. Achich (1), A. Kammoun (1), R. Daoud (1), M. Hsairi (1), M. Weli (1), A. Mahfoudh (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

Introduction:

La découverte d'une neutropénie est une circonstance relativement fréquente en pédiatrie. La neutropénie sévère, caractérisée par un taux de polynucléaires neutrophiles bas (< 500/mm3), est moins courante mais potentiellement grave.

Objectifs:

La présente étude a pour objectif d'identifier les étiologies sous-jacentes, et d'évaluer le pronostic chez les enfants se présentant pour une neutropénie sévère.

Matériel et méthodes:

Une étude descriptive rétrospective monocentrique incluant 37 patients présentant une neutropénie sévère hospitalisés dans le service de pédiatrie B du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 10 ans allant du décembre 2014 à décembre 2024.

Résultats:

Parmi 70 patients hospitalisés pour une neutropénie durant cette période, 37 avaient un taux de polynucléaires neutrophiles < 500/mm3 représentant ainsi 52 % des cas. L'âge moyen était de 4 ans avec un sexe-ratio H/F de 1,31. Un antécédent d'hémopathies malignes était retrouvé dans 2 cas. Les principaux motifs de consultation étaient représentés par la fièvre (81% des cas) et l'altération de l'état général (32% des cas). La neutropénie était associée à une anémie dans 60 % des cas et à une thrombopénie dans 48% des cas. L'origine infectieuse était l'étiologie la plus décrite dans notre série (56,7%) avec les viroses en tête de liste. Les hémopathies malignes étaient le deuxième groupe observé (24,3%) suivi des neutropénies d'origine toxique (8%). Une aplasie médullaire était retrouvée chez 3 patients et une neutropénie ethnique était diagnostiquée dans un seul cas. Prés de 70% des enfants ont bénéficié d'une antibiothérapie parentérale essentiellement à base de l'association C3G/Aminoside. L'évolution a été marquée par l'obtention d'une rémission dans 60% des cas avec un délai moyen de 9 jours (extrêmes : 2-30 jours). Le passage vers la chronicité était documenté dans 24% des cas. la mortalité était évaluée à 16%.

Conclusion:

Bien que la neutropénie sévère chez l'enfant soit principalement d'origine infectieuse, il est essentiel de considérer les hémopathies malignes, qui sont associées à un pronostic plus réservé.

P167 - Lymphome hodgkinien et auto-immunité

S. Benmoussa (1), E. Jbebli (1), R. Amdouni (1), S. Ben Ahmed (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1).

Service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

Introduction:

Le lymphome hodgkinien (LH) est un cancer du système lymphatique qui se caractérise par la présence de cellules de Reed-Sternberg. Dans certains cas, des phénomènes auto-immuns peuvent survenir chez les enfants atteints de LH. Les mécanismes exacts de cette association ne sont pas entièrement compris, mais des recherches suggèrent que des perturbations du système immunitaire causées par le LH pourraient déclencher des réactions auto-immunes.

Objectifs:

Evaluer la prévalence des maladies auto-immunes chez les enfants atteints de lymphome hodgkinien.

Matériel et méthodes:

Nous avons étudié rétrospectivement la prévalence des maladies auto-immunes chez les patients atteints de lymphome hodgkinien suivis à l'Unité d'Oncologie Pédiatrique du Service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis sur une période de 17 ans entre 2006 et 2023.

Résultats:

Nous avons colligé 37 enfants atteints du lymphome hodgkinien qui étaient tous traités selon le protocole EURONET-PHL-C1. Le sex-ratio était de 3.1 avec une prédominance masculine. Une auto-immunité a été observée dans 11% des cas. Tous les cas d'auto-immunité étaient observés chez des enfants de sexe masculin. L'âge moyen de survenue était de 11,2 ans [8 ans – 11.3 ans]. Trois patients avaient présenté une anémie auto-immune et l'autre patient a présenté un purpura thrombopénique immunologique. L'auto-immunité a précédé le diagnostic de la pathologie tumorale dans la moitié des cas, sa découverte était concomitante au diagnostic du lymphome dans un cas et a été découverte au cours du suivi dans l'autre cas. Le purpura thrombopénique immunologique est survenu deux mois après la fin du traitement par chimiothérapie. L'évolution a été marquée par le contrôle de la maladie auto-immune chez tous les patients sous l'association corticothérapie et chimiothérapie. Sur le plan tumoral, une rechute a été observée chez trois patients mais aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion:

Dans le lymphome hodgkinien, l'atteinte hématologique des lignées érythrocytaire et mégacaryocytaire peut être due soit à une métastase médullaire de la maladie, soit à une auto-immunité associée. La réalisation d'un test direct à l'antiglobuline ou la recherche d'anticorps antiplaquettaires est indispensable pour identifier le mécanisme et orienter la prise en charge.

P168 - Granulomatose septique chronique et sphérocytose héréditaire : quand deux affections rares se croisent

M. Gouja (1), I. Ben Fraj (1), A. Turki (1), A. Ben Taieb (1), S. Rekaya (1), M. Ben Khaled (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1).

Service d'immuno- hématologie pédiatrique. Centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. (1).

Introduction:

La granulomatose septique chronique (CGD) est une immunodéficience rare due à un défaut du complexe NADPH oxydase, augmentant la susceptibilité aux infections et à l'inflammation chronique. La sphérocytose héréditaire (SH) se manifeste par une anémie hémolytique chronique et une splénomégalie. Bien que ces deux affections puissent coexister, leurs interactions cliniques restent peu documentées et suscitent des défis dans leur prise en charge.

Objectifs:

Décrire l'association rare entre la CGD et la SH à travers deux cas familiaux.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une description de deux cas cliniques de patients suivis pour CGD dans notre service.

Résultats:

une fillette de 5 ans est suivie pour une CGD compliquée de BCGite disséminée depuis l'âge de 6 mois. Au cours du suivi, elle a présenté une anémie normochrome normocytaire ayant nécessité trois transfusions de concentrés érythrocytaires pour une anémie aiguë avec un taux d'hémoglobine atteignant 5 g/dl. Une splénomégalie (3 cm sous le rebord costal) avait initialement été attribuée à une lymphoprolifération secondaire à la CGD. L'anémie était initialement considérée comme ferriprive et inflammatoire, avec une ferritinémie à 98 ng/mL et un contexte inflammatoire chronique lié à la BCGite. Son hémoglobine de base était de 8,9 g/dL, avec un volume globulaire moyen de 76,2 fL, une teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine de 23,2 pg et un taux de réticulocytes de 78 000/mm³. Le test de Coombs direct (TCD) était négatif. Une étude de la membrane des globules rouges a permis de retenir le diagnostic de SH. Son frère avait été diagnostiqué porteur d'une CGD dès la naissance dans le cadre du dépistage familial. Il présentait une splénomégalie (6 cm sous le rebord costal) et avait développé au cours du suivi une pneumopathie hypoxémiante sévère avec une lésion excavée basale gauche au scanner thoracique. Il avait présenté deux épisodes d'anémie aiguë sévère (hémoglobine à 5,8 g/dL et 3,9 g/dL respectivement), de type normochrome normocytaire, avec une réticulocytose à 26 730/mm³. Le TCD était positif (IgG+), et le frottis sanguin révélait la présence de sphérocytes. Un myélogramme avait exclu un syndrome d'activation macrophagique, une érythroblastopénie et une leishmaniose viscérale. L'anémie avait initialement été attribuée à un contexte infectieux ou auto-immun probable. Le test de résistance globulaire avait confirmé la sphérocytose héréditaire. Le diagnostic a été aussi confirmée chez le père.

Conclusion:

La coexistence de la SH et de la CGD met en évidence la nécessité d'une évaluation complète des causes sous-jacentes d'anémies et de splénomégalies , afin d'adapter au mieux les stratégies thérapeutiques.

P169 - Central venouscatheters placement for hematology-oncologychildrenhavingseverethrombocytopenia : a prospective observationalresaerch.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), A. Missoui (1), M. Hbaieb (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

Introduction:

Hematology-oncologychildrenoftenrequire central venous line for severalreasons. However, itis a highlyriskedprocedurewhenthey have thrombocytopenia. The aim of thisstudyis to describeourexperience in central venouscatheter (CVC) placement and to assess the interest of ourplatelet transfusion strartegyamongthesechildren.

Objectifs:

The aim of thisstudyis to describeourexperience in central venouscatheter (CVC) placement and to assess the interest of ourplatelet transfusion strartegyamongthesechildren.

Matériel et méthodes:

This prospective observationalstudywasconductedduring the period lasting from July 2021 to January 2024. Weincluded all hematology-oncologychildrenagedlessthan 5 yearswhorequired a CVC placement underanesthesiausing the landmark technique whilethey have a thrombocytopenia< 50 ×

10 9 /L. Platelets transfusion wasindicatedonlyif the patient had a platelet count under 20 × 109/L .Then, patients weredividedintotwo groups : - Group 1 : patients withplatelets count < 20 × 109/L - Group 2 : patients withplatelets count > 20 × 109/L and < 50 × 109/L The comparison of the two groups allowed us to assessour transfusion strategy and if thereis an increasedrisk of complications in the severethrombocytopenia group.

Résultats:

In thisstudy, 44 childrenwereincluded : 13 wereallocated to the group 1 and 31 to group 2. Demographicparameterswere comparable in both groups. The incidence of anemia and neutropeniawashigher in group 1. The incidence of bleeding or hematoma and veinthrombosiswas more frequent in Group 1 with p=0.025 and p= 0.005 respectively. In group 1, onlynine patients hadplatelets transfusion. Patients whohadplatelet transfusion experiencedhigher rate of bleeding and hematoma (p=0.018), Veinthrombosis (p=0.023), and catheterrelated infection (p=0.016)

Conclusion:

CVC placement in childrenwithseverethrobocytopeniais faisable and depends on the habits of the operator. The threshold of platelets transfusion iscontroversial and wethinkthatitshouldbelimited to severethrombocytopenicchildren as itmayincrease the risk of veinthrombosis and infection.

P170 - Percutaneous central venouscatheters for leukemicchildren: the role of aplasticanemia in increasing the risk of complications.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), O. Fakhfakh (1), S. Ben Ayed (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

Introduction:

Childrenwith acute leukemia can have an increasedrisk of central venouscatheter-related complications.

Objectifs:

The aim of thisstudyis to assessourexperience in the management of percutaneous central catheters in leukemicchildren and to investigate the risk of their placement in childrenwithaplasticanemia.

Matériel et méthodes:

In this prospective observationalstudy, weincluded 3 months to 14 yearschildrensufferingfrom acute leukemiaproposed for subclavianveincatheterization. Patients weredividedinto 2 groups: Group 1 includedleukemicchildrenwithoutaplasticanemia, and Group 2 includedchildrenwithaplasticanemia. The management protocolwasstandardized for all patients. Wecompareddemographicparameters, catheter placement difficulties, and catheter-related complications in both groups. A logistic regression was used to investigate the increased risk among children with aplastic anemia.

Résultats:

In thisstudy, weincluded 74 patients withpediatricleukemia (37 in each group). Demographicparameters and catheter placement difficultieswere comparable in both groups. The aplasticanemiahad an increasedrisk for catheter-related complications with OR=3.108; 95% CI:

1.312- 8.853, and particularlybleeding complication with OR=4.19; 95% CI: 1.05- 16.7. However, the risk of infection and earlyremoval of the catheterwere comparable in both groups.

Conclusion:

The placement of subclavian central venouscatheters in childrenwithaplasticanemiawasassociatedwith an increasedrisk of catheter-relatedmorbidity. The aplasticanemiaincreased the risk of bleeding and hematoma, however, the infectiousriskwas comparable withthat of otherleukemic patients.

P171 - Syndrome hémophagocytaire compliquant une pneumopathie nécrosante : Faut-il penser au déficit immunitaire ?

E. Trabelsi (1), A. Braiek (1), S. Kbaier (1), I. Trabelsi (1), I. Bel Hadj (1), K. Boussetta (1).

Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza (1).

Introduction:

Le syndrome d'hémophagocytose, aussi appelé syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une maladie rare mais potentiellement fatale. Le diagnostic repose sur l'association de signes cliniques et biologiques, non spécifiques, imposant la recherche cytologique ou histologique d'hémophagocytose et une enquête étiologique exhaustive.

Objectifs:

Rapporter les caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques d'une pneumopathie nécrosante compliquée d'un syndrome hémophagocytaire révélant un déficit immunitaire

Matériel et méthodes:

Etude d'une observation clinique colligée en Février 2025 au service de Médecine Infantile B

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 14 mois, sans antécédents pathologiques, issue d'un mariage non consanguin, admise pour une fièvre prolongée associée à des symptômes digestifs et une altération de l'état général. L'examen à l'admission a trouvé un nourrisson eutrophique, polypnéique avec des râles crépitants et une pointe de rate. A la biologie un syndrome inflammatoire biologique important et une bicytopénie ont été notés. La radiographie thoracique a identifié un foyer pulmonaire. L'enfant a été traitée par une antibiothérapie probabiliste, adaptée secondairement suite à une hémoculture positive à un pneumocoque sensible. Malgré un traitement adapté, l'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre et du syndrome inflammatoire biologique, avec des signes biologiques de SAM. Un scanner thoracique a montré des abcès pulmonaires bilatéraux et un myélogramme a révélé quelques images d'hémophagocytose. Une antibiothérapie à plus large spectre a été entamée. La patiente a reçu 2 cures d'Immunoglobulines à dose immunomodulatrice avec une bonne évolution. Le bilan immunologique demandé devant ce tableau clinique, a mis en évidence un syndrome d'hyper-IgG, suggérant un déficit immunitaire sous-jacent.

Conclusion:

Devant toute infection à évolution inhabituelle, notamment compliquée d'un SAM chez l'enfant, un déficit immunitaire sous-jacente doit être évoqué et recherché.

P172 - Les lymphomes lymphoblastiques chez les enfants,les adolescents et les jeunes adultes : aspects cliniques et résultats thérapeutiques

M. Rebah (1), E. Azza (1), M. Bahri (1), R. Hsasna (1), R. Benlakhal (1), Y. Ben Abdennebi (1), L. Aissaoui (1).

hématologie clinique (1).

Introduction:

Le lymphome lymphoblastique (LLB) représente le deuxième lymphome non hodgkinien chez l'enfant, représentant 25 à 35 % des cas. Les caractéristiques cliniques peuvent varier en fonction du phénotype, mais les approches thérapeutiques restent similaires.

Objectifs:

L'objectif de cette étude était de décrire les manifestations cliniques et les résultats thérapeutiques dans une cohorte de patients traités pour un LLB.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une cohorte de patients diagnostiqués et traités pour un LLB selon le protocole EORTC 58951 au service d'hématologie clinique de l'hôpital Aziza Othmana de Tunis entre 2009 et 2021. La classification utilisée était celle de st jude pour les enfants et Ann arbor pour les jeunes adultes

Résultats:

Trente-cinq patients ont été inclus. L'âge médian était de 17 ans [3-26] avec un sex-ratio de 2,5. Vingt-cinq patients présentaient un LLB de phénotype T (LLB-T) (68,5 %) et 10 un LLB de phénotype B (LLB-B). Pour le LLB-T, 12 patients avaient une atteinte médiastinale , 11 avaient des adénopathies périphériques ,9 atteintes médullaires , 4 atteintes neurologiques et 3 atteintes pleurales. Pour le LLB-B,l'atteinte ganglionnaire périphérique était la plus fréquente (n=5) puis cutanée (n=3), médullaire (n= 2), osseuse (n=2) et neurologique (n=1). Sept patients étaient classés en stade localisé I-II (5 LLB-T et 2 LLB-B) et 28 avaient une forme étendue (20 LLB-T et 8 LLB-B). Au diagnostic : VLR (n=1), RM1 (n=2), RM2/VHR (n=32). Trois patients (8,5 %) étaient décédés lors de l'induction. Après l'induction, 30 patients étaient en réponse complète et 2 en réponse partielle. Le bras final du traitement était : VLR (n=1), RM1 (n=2), RM2 (n=24), VHR (n=8).En fin de traitement, une rémission complète a été observée chez 19 patients, une réponse complète incertaine chez 12 patients et une réponse partielle chez un patient. Cinq patients ont rechuté (4 atteinte médullaire et une pleurale) dans un délai médian de 4 mois : trois rechutes précoces et deux tardives. Quatre ont reçu un traitement de rattrapage selon le protocole EORTC et un autre a reçu l'association oncovin-dexaméthasone. Deux patients ont obtenu une rémission complète et trois étaient décédés par la rechute. À 5 ans, la survie globale était de 82 %, la survie sans événement était estimée à 75 % et la survie sans rechute à 83 %.

Conclusion:

Le LLB, quel que soit son phénotype, montre des résultats thérapeutiques satisfaisants et un pronostic généralement favorable.

P173 - Manifestations dermatologiques des déficits immunitaires primitifs chez l'enfant

M. Ammar (1), M. Weli (1), M. Nakti (1), R. Daoud (1), A. Kammoun (1), A. Mahfoudh (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

Introduction:

Les manifestations cutanéo-muqueuses des déficits immunitaires primitifs sont variées. Elles peuvent être les premiers signes révélateurs de la maladie et jouent ainsi un rôle crucial dans le diagnostic précoce.

Objectifs:

Le but de cette étude est de décrire les manifestations dermatologiques au cours des déficits immunitaires primitifs chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptives portant sur des enfants atteints d'erreur innée de l'immunité ayants présenté des manifestations dermatologiques.

Résultats:

Parmi 87 enfants suivis pour un déficit immunitaire primitif, des manifestations dermatologiques étaient décrites dans 52,8 % des cas. Ces manifestations cutanéo-muqueuses étaient le signe révélateur de la maladie dans 20,7 % des cas. Notre échantillon était composé de 67 % de garçons et 33 % de filles avec un sexe-ratio H/F de 2. L'âge moyen au moment de diagnostic était de 2,5 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 10 ans. Nous avons constaté que les symptômes prédominants étaient d'origine infectieuses (87% des cas) en tête de la liste les infections bactériennes. Les lésions infectieuses d'origine fongique étaient de localisation orale dans 26 cas et cutanée dans 2 cas. La candidose buccale était l'infection la plus fréquente chez les patients atteints de déficits immunitaires combinés, souvent associée à des infections broncho-pulmonaires. Les atteintes immuno-allergiques étaient le deuxième groupe décrit à type d'eczéma dans 7 cas. Une érythrodermie sévère généralisée a révélé un syndrome d'hyper-IgE dans 2 cas. Un Pseudo-albinisme était décrit chez les patients atteints du syndrome de Griscelli (3 cas) et et du syndrome de Wiskott-Aldrich (1 cas).

Conclusion:

Cette étude souligne l'importance de la reconnaissance des manifestations dermatologiques associées aux déficits immunitaires primitifs afin d'assurer un diagnostic précoce et de prévenir les complications potentiellement dévastatrices.

P174 - Syndrome d'Evans chez l'enfant, à propos d'un cas.

A. Dhanbri (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).

Pédiatrie Habib BougatfaBizerte (1).

Introduction:

Le syndrome d'Evans est une maladie auto-immune caractérisée par la présence d'une anémie hémolytique auto-immune (AHAI), d'un purpura thrombopénique immunologique (PTI); et parfois d'une neutropénie auto-immune associée. Cette pathologique est soit idiopathique soit secondaire notamment à des pathologies auto-immunes, des infections surtout virales ou à des néoplasies.

Objectifs:

décrire les aspects cliniques, paracliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives du syndrome d'Evans.

Matériel et méthodes:

étude prospective descriptive à propos d'un cas d'un enfant atteint de syndrome d'Evans colligée au service de pédiatrie CHU Habib Bougatfa Bizerte.

Résultats:

M.K, 10 ans sans antécédents consulte pour un purpura pétéchial avec score de Buchanan à 3 dans un contexte d'apyrexie; avec splénomégalie. À la biologie : leucopénie, thrombopénie sur frottis à 7000 avec volume plaquettaire moyen normal, AHAI et au myélogramme : thrombopénie d'origine périphérique. Les anticorps antinucléaires étaient négatifs, dosage pondéral des immunoglobulines sans anomalies, électrophorése des protéines plasmatiques montre une hypergammaglobulinémie, sérologies virales en cours. La patiente à été mise sous corticoïdes à la dose de 4mg/kg sans amélioration clinico-biologique. Devant l'apparition d'un déficit sensitivo-moteur de la main droite une IRM cérébrale a été faite montrant un hématome frontal gauche. La décision thérapeutique était: recours aux Immunoglobulines, boli de solumedrol pendant 3 jours avec transfusion de plaquettes ; Suivis d'une ascension du taux plaquettaire à 47000 puis d'une rechute rapide au bout de 48 heures à un taux indétectable. Devant cette forme sévère résistante au traitement de 1ere ligne, le traitement immunosuppresseur a été démarré avec une réponse partielle.

Conclusion:

le syndrome d'Evans reste une pathologie rare caractérisée par une hétérogénéité clinique, étiologique et thérapeutique nécessitant un diagnostic et une prise en charge urgente vues ses complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

P175 - Pancytopénie révélant un déficit immunitaire par Mutation du Gène NFKB1 : À propos d'un cas

I. Ben Fraj (1), R. Naffeti (1), M. Ben Khaled (1), A. Betaib (1), A. Garbaa (1), A. Bouraoui (1), F. Malouli (1), M. Ouederni (1).

CNGMO (1).

Introduction:

Les mutations du gène NFKB1, codant pour une sous-unité du facteur nucléaire KB (NF-KB), perturbent une voie de signalisation clé impliquée dans la régulation des réponses immunitaires. Ces mutations seraient la première cause monogénique du déficit immunitaire commun variable. Elles sont associées à des manifestations infectieuses, une lymphoprolifération et des manifestations auto-immunes.

Objectifs:

Décrire un cas clinique de déficit immunitaire dû à une mutation du gène NFKB1, soulignant l'importance des investigations génétiques dans le diagnostic des maladies rares du système immunitaire.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 9 ans suivie pour pancytopénie, ayant bénéficié d'un bilan médullaire, d'investigations immunologiques et génétiques, incluant un séquençage de l'exome complet pour identifier une mutation du gène NFKB1.

Résultats:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 9 ans suivie depuis 3 ans pour pancytopénie, avec une anémie normochrome normocytaire, une neutropénie et une thrombopénie symptomatique de plusieurs épisodes de syndrome hémorragique. Le test de Coombs était négatif. Le bilan médullaire initial a conclu à un syndrome myélodysplasique. La patiente a présenté une bonne réponse aux immunoglobulines polyvalentes, avec une correction de la neutropénie, de la thrombopénie et une nette amélioration de l'anémie. L'origine immunologique de la thrombopénie a été alors considérée comme la plus probable. Un bilan immunitaire a été réalisé, montrant un dosage pondéral des immunoglobulines normal, mais une baisse des lymphocytes T CD4 et des cellules NK. L'enfant a été mise sous immunoglobulines polyvalentes toutes les 3 semaines à dose immunomodulatrice pour prévenir la récidive des syndromes hémorragiques. Une étude génétique par séquençage de l'exome complet a permis d'identifier une mutation du gène NFKB1. Un traitement immunosuppresseur de deuxième intention est prévu en cas de cytopénie réfractaire aux immunoglobulines polyvalentes et à la corticothérapie.

Conclusion:

Ce cas clinique met en évidence l'importance du séquençage de l'exome complet dans le diagnostic des déficits immunitaires rares, notamment dans les situations cliniques atypiques. L'identification précoce de mutations génétiques dans des pathologies rares est essentielle pour optimiser le traitement et la surveillance de ces patients.

P176 - Un syndrome myélodysplasique compliquant une acidurieméthylmalonique: A propos d'un cas

S. El Ouertani (1), M. Zribi (1), S. Khatrouche (1), A. Ben Chehida (1), H. Boudabous (1), MS. Abdelmoula (1).

Service de pédiatrie, CHU La Rabta (1).

Introduction:

L'acidurieméthylmalonique (AMM) est une maladie métabolique héréditaire rare, secondaire soit à un déficit de l'apoenzyme : méthylmalonyl-CoA mutase mitochondriale ou à un défaut du métabolisme de son cofacteur : la vitamine B12. L'expression clinique est sévère : comas acidocétosiques, déshydratation, détresse neurologique. Les formes sensibles à la vitamine B12 ont un meilleur pronostic et résultent soit d'un déficit en vitamine B12, soit une anomalie de son métabolisme attestées par une élévation de l'homocystéine plasmatique.

Objectifs:

Décrire l'observation d'un syndrome myélodysplasique compliquant une acidurieméthylmalonique et son évolution et souligner l'intérêt d'un diagnostic précoce.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons l'observation d'un syndrome myélodysplasique compliquant une aciduriéméthylmalonique sensible à la vitamine B12 chez un nourrisson.

Résultats:

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson de sexe masculin, issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents de décès en bas âge ni de maladie héréditaire du métabolisme, adressé à l'âge de 20 mois pour une régression psychomotrice dès l'âge de 12 mois, des vomissements chroniques associés à une atteinte hématologique. L'examen clinique a révélé une pâleur, une glossite, une hypotonie et des convulsions de type de clonies du membre supérieur droit. Le bilan biologique a mis en évidence une pancytopénie avec : une anémie normochrome macrocytaire arégénérative à 5g/dl, une neutropénie à 710/mm et une thrombopénie. Le bilan hépatique et rénal était normal, les lactates étaient normaux, et aucune acidose n'a été détectée. Un myélogramme a été réalisé, révélant un syndrome myélodysplasique avec des troubles de maturation des différentes lignées sans blocage. Un déficit du métabolisme de la vitamine B12 a été évoqué : on a complété par la chromatographie des acides organiques urinaires a montré un taux élevé de l'acide méthylmalonique. Le taux de vitamine B12 était bas avec une hyperhomocystéinémie. Le nourrisson a été traité par des injection intra musculaire de vitamine B12 et l'évolution a été marquée par la suppression de l'excrétion urinaire de l'AMM, la normalisation de l'homocystéinémie, du taux de vitamine B12 et de l'hémoglobine sous traitement. A la reprise de l'interrogatoire, la mère avait une glossite. Son exploration biologique a révélé une hémoglobine à 14 g/dL, un VGM de 91 fL et un taux de vitamine B12 effondré. Le diagnostic d'AMM secondaire à un déficit en vitamine B12 d'origine maternelle a été retenu. La mère a été traitée, et le traitement par la vitamine B12 a été interrompu chez notre patiente après un suivi de trois ans. L'évolution a été marquée par ailleurs par un développement psychomoteur satisfaisant, l'absence de convulsion et des contrôles hématologiques et de la vitamine B12 normaux.

Conclusion:

Cette observation illustre l'intérêt du dépistage métabolique dans le cadre d'anomalies hématologiques inexpliquées du nourrisson et de l'enfant, en particulier en cas d'association à d'autres signes (digestifs et/ou neurologiques). Un dépistage précoce d'une AMM vitamine B12 sensible est important car le pronostic dépend du traitement.

P177 - Une révélation atypique d'un déficit en facteur X chez un nourrisson

N. Tarhouni (1), S. Kmiha (1), R. Kolsi (1), Y. Mkhinini (1), R. Belhaj (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).

Service de Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker de Sfax (1).

Introduction:

Le déficit en facteur X est une coagulopathie rare, d'origine congénitale ou acquise, dont la sévérité clinique est variable. Il peut se manifester dès la période néonatale par des hémorragies spontanées, mais des formes asymptomatiques existent. Son diagnostic repose sur des anomalies biologiques de l'hémostase confirmées par un dosage spécifique du facteur X. Nous rapportons un cas pédiatrique illustrant une présentation atypique de cette pathologie.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives d'un cas de déficit en facteur X chez un nourrisson.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson hospitalisé au Service de Pédiatrie A du CHU Hédi Chaker de Sfax.

Résultats:

Un nourrisson de sexe masculin, né de parents cousins germains, a été hospitalisé à l'âge de 45 jours pour un ictère cutanéo-muqueux prolongé. Il n'avait aucun antécédent familial de maladies hémorragiques et n'a présenté aucun événement hémorragique spontané. Le bilan biologique initial a révélé une hyperbilirubinémie à prédominance libre, une hémoglobine à 10 g/dl, et des réticulocytes à 110 000/mm³. Le test de Coombs direct était négatif. Les échographies transfontanellaire et abdominale n'ont pas montré de signes d'hémorragie. Le bilan d'hémostase a montré un allongement du temps de céphaline activée (TCA, rapport de 1,6) et une diminution du taux de prothrombine (TP, à 36 %). Un dosage spécifique des facteurs de coagulation a révélé une diminution isolée du facteur X, confirmant ainsi le diagnostic. Une enquête familiale a été réalisée pour identifier d'éventuels cas similaires dans la fratrie ou la parenté. Une lettre explicative a été remise aux parents, détaillant la pathologie ainsi que les précautions à prendre en cas de saignement ou avant toute procédure invasive. Un suivi régulier a été instauré pour évaluer l'évolution biologique et clinique du nourrisson.

Conclusion:

Le déficit en facteur X est une maladie hémorragique rare dont la présentation clinique est variable, pouvant aller de formes asymptomatiques à des manifestations sévères. Cette observation illustre une présentation inhabituelle, se limitant à un ictère prolongé sans hémorragie patente. Un diagnostic précoce et une sensibilisation des familles sont essentiels pour prévenir les complications hémorragiques. Une substitution en facteur X reste indispensable avant toute intervention invasive. Un suivi rigoureux et une prise en charge multidisciplinaire sont nécessaires pour optimiser le pronostic de ces patients.

P178 - Lymphohistiocytose Familiale : Urgence Diagnostique et Thérapeutique

M. Ben Khaled (1), R. Naffeti (1), E. Bouzidi (1), I. Ben Fraj (1), A. Ben Taieb (1), S. Rekaya (1), R. Kouki (1), M. Bejaoui (1), F. Mellouli (1), M. Ouederni (1).

CNGMO (1).

Introduction:

Le syndrome d'activation lymphohistiocytaire (SALH) est une affection rare et grave causée par une activation anormale des macrophages et des lymphocytes, entraînant une tempête cytokinique. La lymphohistiocytose familiale (LHF), forme primaire d'origine génétique, est observée dès la petite enfance et affecte la cytotoxicité des cellules NK et des lymphocytes T CD8+. Le diagnostic précoce et le traitement optimal restent des défis cliniques.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est de décrire les manifestations cliniques, biologique thérappeutiques et évolutive de la LHF.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale sur 15 ans (2010-2024) incluant les patients hospitalisés pour un SALH diagnostiqué comme LHF selon la classification « IUIS 2022 update ». Nous avons analysé leurs manifestations cliniques, les traitements administrés, et l'évolution clinique.

Résultats:

Quinze Sur 15 patients inclus (9 Garçons et 6 Filles), 9 avaient une LHF confirmée génétiquement et 6 une LHF probable. L'âge médian des premiers symptômes était de 2 mois (Q1=1, Q3=4), avec un début néonatal chez 5 patients. Le diagnostic a été posé à un âge médian de 3 mois (Q1=1, Q3=10). Tous les patients avaient présenté un SALH avec des signes de gravité: Altération neurologique (n=5), dont 2 avec atrophie cortico-sous-corticale, cytopénies sévères (n=9), cytolyse hépatique (n=8), avec cholestase et insuffisance hépatocellulaire dans 5 cas, insuffisance rénale (n=3), troubles de la coagulation (n=8), dont 2 avec syndrome hémorragique, défaillance multiviscérale (n=4), avec réanimation pour 1 patient. L'étude génétique a identifié des mutations chez 9 patients (PRF1 n=1, UNC13D n=7, STXBP2 n=1). Un facteur déclenchant infectieux a été retrouvé chez 2 patients. Le protocole HLH-2004 a été initié chez 12 patients, avec une rémission en 15 jours pour 5 d'entre eux. Quatre patients ont bénéficié d'une allogreffe (3 haplo-identiques, 1 géno-identique), réalisée entre 3 et 6 mois après le diagnostic. Parmi eux, 3 ont atteint une rémission complète, tandis qu'1 patient est décédé d'une maladie veino-occlusive sévère. Parmi les patients non greffés, 4 ont été perdus de vue et 6 sont décédés avant la greffe.

Conclusion:

La LHF est une urgence diagnostique nécessitant une prise en charge précoce pour améliorer la survie. Le diagnostic génétique permet d'orienter rapidement les stratégies thérapeutiques appropriées, notamment le traitement immunosuppresseur et l'allogreffe de moelle osseuse. Une détection précoce est essentielle pour prévenir les formes sévères et réduire la mortalité.

P179 - PTT Congénital : Un Diagnostic Trompeur, des Perspectives Thérapeutiques en Évolution

A. Ben Taieb (1), A. Bouraoui (1), I. Ben Fraj (1), S. Rkaya (1), A. Merdassi (1), F. Mallouli (1), M. Bejaoui (1), M. Ouederni (1).

PediatrieCNGMO (1).

Introduction:

Le purpura thrombotique thrombocytopénique congénital (PTTc), est une maladie rare due à un déficit constitutionnel en ADAMTS13. Contrairement aux formes acquises, son diagnostic est souvent retardé en raison de sa présentation clinique variable et de l'absence d'anticorps dirigés contre ADAMTS13. Les manifestations peuvent être trompeuses, évoquant d'autres microangiopathies thrombotiques, un syndrome hémolytique et urémique atypique, voire une thrombopénie immune. L'identification précoce du déficit sévère en ADAMTS13 est essentielle pour éviter des complications potentiellement mortelles. Nous rapportons deux cas pédiatriques illustrant cette pathologie.

Objectifs:

Ce travail a comme objectifs d'illustrer la diversité des présentations cliniques du PTTc, et de souligner l'importance du dosage précoce de l'ADAMTS13 dans les microangiopathies thrombotiques inexpliquées afin d'éviter les erreurs diagnostiques et les traitements inappropriés

Matériel et méthodes:

Ce travail repose sur l'analyse de deux cas cliniques de PTTc pris en charge au sein du service de pédiatrie du CNGMO. Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients. L'évolution clinique a été analysée afin de mettre en évidence les défis diagnostiques rencontrés, les stratégies thérapeutiques mises en place et les complications observées.

Résultats:

Le premier cas concerne un garçon de 18 mois, issu d'un mariage consanguin de 3^{e}degré, ayant des antécédents néonataux de convulsions associées à une anémie hémolytique sévère ayant nécessité une exsanguino-transfusion (EST). Il présentait une thrombopénie, un test de Coombs négatif et un taux élevé de schizocytes (30 %) sur le frottis sanguin (FS). Le second cas concerne une fille née en 2012 d'un mariage consanguin de 1er degré, dont la sœur aînée est décédée en période néonatale dans un contexte d'anémie hémolytique microangiopathique. À l'âge de 2 jours, elle a présenté un épisode d'hémolyse aiguë nécessitant une EST, accompagné d'une hypertension artérielle maîtrisée sous nicardipine et de convulsions néonatales. Le FS a révélé un taux élevé de schizocytes. Un syndrome hémolytique et urémique (SHU) a d'abord été suspecté, infirmé devant l'absence d'hématurie et d'une fonction rénale normale. Le dosage des facteurs H et I était également normal. Par la suite, la patiente a présenté plusieurs épisodes récurrents de thrombopénie. Le dosage de l'activité de l'ADAMTS13 a montré une diminution sévère dans les deux cas(0.2% pour le premier, et <1% pour le deuxième), confirmant ainsi le diagnostic de PTTc, les anticorps anti- ADAMTS13 étaient absents pour les deux patients. La prise en charge dans les deux cas par perfusions de plasma frais congelé (PFC) a permis une normalisation du taux de plaquettes.

Conclusion:

Le PTTc est une maladie rare nécessitant un diagnostic précoce pour éviter les complications graves. Bien que les échanges plasmatiques et les perfusions de plasma frais restent le traitement de référence, de nouvelles approches thérapeutiques, comme les inhibiteurs du complément et la thérapie génique, offrent des perspectives prometteuses pour une prise en charge plus ciblée et efficace.

P180 - Une impotence fonctionnelle révélant un neuroblastome métastatique chez un enfant : A propos d'un cas

R. Daoud (1), I. Allela (1), M. Ammar (1), A. Kammoun (1), A. Mahfoudh (1), M. Hsairi (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

Introduction:

Le neuroblastome est la tumeur solide la plus fréquente chez l'enfant âgé de moins de 10 ans. Le diagnostic est parfois difficile et il est rarement fait devant des signes neurologiques.

Objectifs:

L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques cliniques et radiologiques ainsi que le profil évolutif de cette tumeur.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons ici un cas d'un enfant ayant présenté initialement une impotence fonctionnelle des membres inférieurs dont l'exploration a révélé un neuroblastome.

Résultats:

Il s'agit d'une Fillette âgée de 2 ans et 9 mois sans antécédents pathologiques particuliers qui consulte pour une impotence fonctionnelle des membres inférieures d'apparition brutale sans contexte traumatique. L'enfant était apyrétique avec état général conservé. Son examen neurologique a objectivé une paraparésie avec des réflexes ostéotendineux présents et symétriques et un syndrome rachidien dorsal. L'examen abdominal a montré un abdomen distendu avec absence d'hépatosplénomégalie. Le bilan biologique a révélé une anémie à 9.2g/dl normochrome normocytaire arégénérative, un taux de LDH élevé à 360 UI/l et un taux de CPK normal. L'électro-neuro-myogramme fait devant une suspicion de syndrome de Guillain Barré était sans anomalies. L'imagerie par résonance magnétique a montré une masse rétropéritonéale gauche exerçant un effet de masse sur les cavités excrétrices rénales, associée à une masse latéro-cervicale gauche paravertébrale antérieure. Les coupes médullaires ont mis en évidence une anomalie du signal des corps vertébraux d'allure secondaire associée à une épidurite en regard des étages L2-S1. La biopsie de la masse rétropéritonéale et l'étude anatomopathologique ont confirmé le diagnostic de ganglio-neuroblastome. Dans le cadre du bilan d'extension, une scintigraphie osseuse était réalisée objectivant des foyers d'hyperfixation au niveau de l'aile iliaque droite et de l'extrémité supérieur du fémur droit ainsi que la voute crânienne. Une biopsie ostéomédullaire a été pratiquée montrant une infiltration médullaire diffuse. L'étude génétique a montré une amplification 17q et l'absence d'amplification du gène N-myc. Le déficit neurologique a régressé spontanément après 3 jours de l'hospitalisation. Devant l'effet de masse exercé par la tumeur sur les cavités rénales, la fille a bénéficié d'une néphrostomie et elle sera adressée en onco-pédiatrie pour démarrer la chimiothérapie.

Conclusion:

La compression médullaire peut être le premier signe révélateur d'un neuroblastome chez l'enfant d'où l'importance d'interpeller les explorations radiologiques nécessaires pour assurer un diagnostic précoce.

P181 - Déficit en pyruvate kinase à révélation néonatale : à propos d'un cas

A. Radhouani (1), S. Abdelmoula (1), A. Maachaoui (1), T. Frigui (1), W. Ben Abdallah (1), M. Ouaer (1), H. Ben Hmida (1).

Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité du CHU Monastir (1).

Introduction:

Le déficit en pyruvate kinase (PK) est une maladie rare à transmission autosomique récessive affectant la glycolyse des globules rouges, entraînant une anémie hémolytique chronique. Bien qu'il puisse se manifester à tout âge, la forme néonatale est particulièrement sévère et souvent sous-diagnostiquée en raison de la variabilité clinique et de l'absence de marqueurs spécifiques.

Objectifs:

Décrire les manifestations cliniques, biologiques et évolutives d'un cas néonatal de déficit en pyruvate kinase, une cause rare d'anémie hémolytique congénitale qu'il ne faut pas méconnaître.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né hospitalisé pour un ictère intense avec anémie profonde au service de Réanimation et de Médecine néonatale du CHU Monastir, le diagnostic a été fort suspecté par une étude approfondie de la NFS avec un score hématologique, mettant en évidence une anémie hémolytique en rapport avec une diminution de l'activité de la pyruvate kinase.

Résultats:

Nouveau-né Assil, issue d'un mariage consanguin, d'une mère G6 P3 A3 de GS O+, pas notion de prise des médicaments pendant la grossesse, est né à terme à 37 SA par césarienne en urgence pour une souffrance fœtale aiguë. Elle a présenté à H24 de vie un ictère jaune orangé intense associé à une pâleur cutanée et une splénomégalie, sans hématurie. Le bilan biologique a révélé une anémie à 11 g/dL, une réticulocytose, une bilirubine non conjuguée élevée, LDH augmentée et l'haptoglobine effondrée, évoquaient tous les deux une hémolyse. Le frottis sanguin a montré des échinocytes et une anisopoïkilocytose. Pas d'incompatibilité ABO et rhésus, ainsi que le TCD était négatif. Un algorithme diagnostique basé sur la réticulocytose (>150 × 10^9/L), le rapport réticulocytes/IRF (>9,5), le pourcentage de microcytes (<5,5 %) et le rapport microcytes/Hypo-He (<6,0) a orienté vers une anémie hémolytique congénitale avec forte suspicion de déficit en pyruvate kinase. Le nouveau-né a bénéficié de séances de photothérapie intensive et elle a été mise sortante à J8 de vie avec une hémoglobine à 9 g/dL sous supplémentation en acide folique et en fer. Elle a été réhospitalisé à J48 de vie pour une anémie sévère à 5 g/dL, bien tolérée nécessitant une transfusion de concentrés globulaires. Une analyse génétique était recommandée pour rechercher une mutation homozygote du gène PKLR.

Conclusion:

Le déficit en pyruvate kinase doit être envisagé devant toute anémie hémolytique néonatale sévère inexpliquée. Le diagnostic en Tunisie reste difficile en raison du manque d'accessibilité aux tests enzymatiques spécifiques et aux analyses génétiques, entraînant un retard diagnostique et une prise en charge souvent tardive.

P182- Le Sirolimus, un traitement miracle du Blue RubberBlebSyndome

A. Ben Fraj (1), H. Cherif (1).

Hématologie pédiatrique (1).

Introduction:

Le syndrome de Bean est une affection vasculaire très rare, caractérisée par des malformations veineuses touchant principalement la peau et les viscères. Elles entraînent une hémorragie digestive qui peut devenir fatale. Le sirolimusest proposé actuellement pour ses effets anti-angiogéniques.

Objectifs:

Mettre en lumière une observation clinique rare du syndrome de Bean (Blue RubberBleb Syndrome) chez un enfant de 8 ans, en soulignant l'efficacité du sirolimus comme traitement anti-angiogénique des lésions cutanées et viscérales.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'un enfant âgé de 8 ans, adressé pour une drépanocytose avec besoins transfusionnels élevés. Il est aux antécédents de drépanocytose hétérozygote et d'une amputation du 4ème orteil

gauche à l'âge de 3ans pour une malformation vasculaire. L'examen est sans particularités en dehors de deux angiomes bleutés de 0.5cm de diamètre au niveau de la face antérieure du poignet et de la face postérieure du genou. A la biologie : une anémie hypochrome microcytaire arégénérative carentielle ayant bien répondue au traitement martial avec des épisodes de déglobulisation aigues nécessitants des transfusions itératives. Un bilan étiologique large a permis de retenir le diagnostic de syndrome de Bean grâce à la rectoscopie qui a montré deux lésions arrondies coliques ayant le même aspect de caoutchouc bleuté observé au poignet. Le bilan d'extension a montré des lésions hépatiques et digestives étagées.

Résultats:

L'enfant a été mis sous Sirolimusavec normalisation de sa numération formule sanguine et régressions des lésions cutanès à 6 mois de traitement. Après un recul de une année de traitement, l'enfant est asymptomatique.

Conclusion:

Le Blue RubberBleb Syndrome est une affection rare. Peu de cas ont été décrits dans la littérature. Les nevus cutanés bleutés avec une hémorragie digestive orientent vers le diagnostic. Le sirolumus est actuellement le traitement de choix.

P183 - Quality of Life in Children and Adolescents withHemophilia

N. Jaballah (1), S. Chaari (1), R. Kebaili (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), A. Tej (1), S. Tilouche (1), J. Bouguila (1), M. Ben Guedria (1), R. Zaoui (2), FZ. Hrizi (2), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).

pédiatrie Farhat Hached Sousse (1).ecole supérieure des sciences et techniques de la santé de sousse (2).

Introduction:

Hemophiliais a rare hereditarydisorderthat affects blood coagulation. This condition can have numerous impacts on children's and adolescents' daily life. Few studies have focused on the quality of life of youngTunisianssufferingfromthisdisease

Objectifs:

The aim of thisstudyis to assess the quality of life in children and adolescents withhemophilia and to identify the sociodemographic and clinicalfactorsthatmay influence theirquality of life.

Matériel et méthodes:

This is a quantitative, correlationalstudythatincludeshemophilic patients agedbetween 4 and 18 years, who are under follow-up at the hematologydepartments of Farhat HachedUniversity Hospital in Sousse, Hedi Chaker University Hospital in Sfax, and pediatricdepartment of Farhat HachedUniversity Hospital in Sousse. Data collection was carried out using the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL4), a generic scale for measuring quality of life in children.

Résultats:

A total of 60 participants were included in the study, with a male-to-female ratio of 29:1 and a mean age of 4.15 years. Ninety percent of the subjectswerebornfrom non-consanguineousmarriages. In two-thirds of the cases, the participants did not have a familyhistory of hemophilia. More thanhalf of the sample (60%) hadhemophilia A. Additionally, 43.3% of the participants

experiencedcomplicationsrelated to hemophilia, with 53% reporting joint pain.Theoverallmeanquality of life score for children and adolescents withhemophiliawas 53.41 ± 11.237. The "school" domainachieved the highest score (56.67 ± 18.195), while the "emotional" domainshowed the lowest score (47.29 ± 11.308).Variousfactorsnegatively influence the quality of life of the participants, includingage (p=0.000), socioeconomicstatus (p=0.049) and the presence of siblings alsoaffected by hemophilia (p=0.037). The severity of hemophilia and the presence of complications related to hemophiliawere as welldisease-relatedfactorsthatinfluenced the quality of life of the participants withhemophilia (p = 0.034 and p = 0.035).

Conclusion:

Quality of life is a crucial aspect to considerwhenevaluatinghemophilia, as it enables the provision of tailored support and resourcesthataddress the specificneeds of affectedindividuals, therebycontributing to the improvement of theiroverallwell-being.

Immuno-allergologie

P184 - Manifestations d'hypersensibilité aux médicaments courants chez l'enfant : À propos de 20 cas

A. Kammoun (1), R. Boubaker (1), R. Daoud (1), M. Ammar (1), M. Hsairi (1), A. Mahfoudh (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU Hedi Chaker Sfax (1).

Introduction:

Les allergies médicamenteuses constituent un enjeu majeur de santé publique, en raison de leur potentiel impact sur la morbidité et la mortalité. L'absence de diagnostic peut entraîner des conséquences graves chez l'enfant

Objectifs:

Décrire les aspects épidémiologiques et cliniques des réactions d'hypersensibilité médicamenteuse en déterminer les médicaments utilisées fréquemment en milieu d'hospitalisation responsables de toxidermie chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Une étude descriptive rétrospective, basée sur l'analyse de dossiers médicaux, a été menée sur une période de dix ans (Janvier 2015- Janvier 2025) chez les patients hospitalisés au service de pédiatrie B du CHU Hedi Chaker de Sfax.

Résultats:

Vingt patients ont été inclus dans notre étude. La moyenne d'âge était de 6 ans. Aucune prédominance de sexe n'a été notée, les garçons ont été également atteints d'allergie médicamenteuse que les filles avec un sexe-ratio H/F = 1. Des antécédents personnels d'atopie personnelle et/ou familiale ont été retrouvés chez 30% des cas. Le délai d'apparition des symptômes était variable allant de 30 minutes à 2 heures suivant la prise du médicament. Les toxidermies

présentent une grande variabilité sémiologique, non spécifique de l'étiologie médicamenteuse. Elles sont dominées par des symptômes cutanés (85%), respiratoires (5%), angiocœdème et atteinte laryngée (5%) et des symptômes digestifs (5%). L'éruption maculo-papuleuse était la manifestation la plus fréquente (55%), suivie par l'urticaire (40%). La fréquence des formes graves était de 10%, incluant une atteinte multiviscérale sévère et un état de choc anaphylactique. L'évolution était bénigne dans tous les cas. Toutes les classes médicamenteuses peuvent être incriminées, avec principalement la pénicilline (40%), la céphalosporine (15%), les macrolides (15%) et les antipyrétiques à base de paracétamol (5%) et AINS (10%). Une poly sensibilisation à au moins deux médicaments a été observée dans 3 cas. La prise en charge était l'arrêt immédiat du médicament incriminé associée à un traitement symptomatique à base essentiellement d'un antihistaminique oral (50%) ou un corticoïde par voie intraveineuse ou intramusculaire dans 40% des cas. Quant à la prise en charge ultérieure, 17 cas ont été adressés au centre spécialisé en pharmacovigilance. Ils ont bénéficié de prick-tests cutanés (20%) ou de test de provocation (25%). L'absence d'exploration allergologique a été notée dans 55% des cas et l'allergie médicamenteuse n'a été retenue que chez 50% des enfants

Conclusion:

Bien que rare, l'hypersensibilité médicamenteuse reste une problématique très complexe. Il est important de signaler tout accident médicamenteux au centre spécialisé et de fournir aux parents une liste des médicaments responsables ainsi que des alternatives possibles afin d'éviter les formes sévères ou une récidive de l'anaphylaxie.

P185 - Le syndrome DRESS : Une synergie infection à EBV-bêtalactamines

R. Daoud (1), M. Weli (1), A. Kammoun (1), M. Ammar (1), K. Sellami (2), A. Mahfoudh (1), H. Turki (2), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).Dermatologie CHU Hédi Chaker (2).

Introduction:

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou Drug ReactionwithEosinophilia and SystemicSymptoms (DRESS) est une toxidermie grave. Il est défini par un tableau clinique et biologique associant une fièvre élevée, un œdème du visage, une éruption cutanée, une polyadénopathie, une hyperéosinophilie, un syndrome mononucléosique et des atteintes viscérales.

Objectifs:

Décrire les particularités cliniques, biologiques et chronologiques du syndrome DRESS et préciser les agents incriminés dans cette toxidermie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un garçon âgé de 10 ans chez qui on a diagnostiqué un syndrome DRESS secondaire à la prise de bêtalactamines avec une infection à EBV concomitante.

Résultats:

Garçon âgé de 10 ans originaire de Sfax suivi pour un déficit immunitaire par défaut d'expression des molécules HLA classe II admis dans notre service pour prise en charge d'une fièvre aigue associée à un œdème palpébral en rapport avec une ethmoïde aigue. L'enfant a été mis sous antibiothérapie à

base de céfotaxime et métronidazole. L'évolution a été marquée par l'apparition à j 2 d'antibiothérapie d'une éruption cutanée généralisée maculopapuleuse en cocarde prurigineuse avec un signe de nikolsky négatif évoquant un érythème polymorphe. L'examen clinique a montré un enfant fébrile à 39, asthénique avec présence d'un œdème du visage et des extrémités et d'une adénopathie sous mandibulaire gauche de 3 cm avec une protéinurie à une croix à la bandelette urinaire. Le bilan biologique a montré une hyperéosinophilie initialement à 1080 puis à 5900 à j4 d'évolution, une CRP à 100, un TP bas à 39% et un TCA allongé à 1,5 sans cytolyse hépatique, une hyponatrémie, une hypophosphorémie, une hypoalbuminémie et une hypoprotidémie. Un scanner thoracique a été réalisé devant des symptômes respiratoires a montré l'aspect d'une pneumopathie interstitielle. On a complété par la sérologie des germes atypiques revenant négative et par les sérologies virales revenant positive à EBV avec des IgM anti VCA positifs et IgG anti EBNA positifs confirmant une infection récente à EBV. L'évolution clinicobiologique a été favorable après arrêt de la céfotaxime et sous dermocorticoïdes avec obtention d'une apyrexie stable et disparition des lésions cutanées au bout de 6 jours.

Conclusion:

Le syndrome DRESS reste une pathologie rare mais grave. Le diagnostic repose sur des critères cliniques et biologiques et le traitement se base sur la corticothérapie générale ou locale.

P186 - Allergies alimentaires IgE médiées chez l'enfant

S. Dayegue (1), S. Ben Ameur (1), F. Chaari (1), R. Belhaj (1), H. Aloulou (1), I. Maaloul (1), T. Kammoun (1).

Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker Sfax (1).

Introduction:

Les allergies alimentaires sont en augmentation dans notre pays. Des formes cliniques sévères ou complexes sont de plus en plus décrits. Il est essentiel de les identifier et de porter un diagnostic allergologique précis.

Objectifs:

Décrire le profil épidémiologique et clinique des allergies alimentaires IgE médiéesdans notre région.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive ayant inclus des enfants chez qui le diagnostic d'allergies alimentaires IgE médiées a été posé en se basant sur l'histoire clinique et les investigations allergologiques (Prick tests, dosage des IgE spécifiques, +/-dosage des allergènes moléculaires). L'étude était menée au service de pédiatrie A du CHU Hédi Chaker de Sfax durant une période de 15 ans (2010 -2024).

Résultats:

Nous avons colligé 50 cas. Il s'agit de 35 garçons et 15 filles. L'âge moyen de début des symptômes était de 7.6 mois et l'âge moyen à la première consultation était de 11mois. Une atopie familiale était notée dans 50 % des cas. Une autre comorbidité allergique était associée à l'allergie alimentaire dans 26 cas avec une dermatite atopique (17 cas) et un asthme (13 cas), et une oesophagite à éosinophiles(2cas). Les manifestations cliniques de type cutanée avec une urticaire (40 %), une urticaire et un œdème (45%), des manifestations digestives avec vomissements (66%), douleurs

abdominales (17%), un syndrome oral (30%), une rhino-conjonctivite (40,4%), des signes respiratoires (40%), un angiœdème laryngé (12,8%), réaction anaphylactique(8 %). Les Pricks tests ont été fait chez 34 patients, les IgE spécifiques ont été faits chez 46 patients, et les IgE spécifiques moléculaires dans 25 cas. Le diagnostic d'une mono allergie était retenu dans 42 cas, et d'une poly allergie dans 8 cas avec 2 aliments(5cas) et ≥ 3 allergènes(3cas). Les trophallergènes dans notre étude était : le lait de vache (25 cas) suivi par l'œuf de poule (10cas), poisson (6cas), sésame (5cas), pêche (4 cas) avec un syndrome LTP(3cas), arachide(2cas), amande(1cas), noisette (1cas), pistache(1cas), noix de cajou(1cas), blé avec anaphylaxie induite par l'effort(1cas). Les Pricks tests aux pneumallergènes étaient faits chez 17 patients. Les acariens étaient les aéroallergènes les plus fréquents (57,1%). Un régime d'éviction a été entrepris chez tous nos patients, avec un plan d'action et une trousse d'urgence.

Conclusion:

Dans notre pays le lait de vache et l'œuf sont les allergènes les plus fréquents. La prise en charge de ces allergies est en évolution. Une approche proactive avec une immunothérapies orale débutée de plus en plus précocement est actuellement recommandée.

Infectieux

P187 - Hydatidose pulmonaire, hépatique et cérébrale : A propos 11 cas

H. Ben Hamedou (1), I. Moalla (1), S. Trichilli (1), M. Weli (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).

Introduction:

L'hydatidose est une affection parasitaire due au développement de la forme larvaire du cestode d'Echinococcusgranulosus. La prévalence de l'atteinte pédiatrique est estimée à 22 %. Le kyste hydatique est le plus souvent localisé au niveau du poumon (40 à 60 %) et du foie (35 %). %). Ses principales complications sont la rupture dans les bronches au niveau du poumon et dans la voie biliaire au niveau du foie. La radiographie du thorax est l'examen de première intention pour le kyste du poumon et l'échographie abdominale est d'un intérêt capital pour le kyste du foie.

Objectifs:

L'objectif de notre étude, est d'étudier les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette maladie.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive des cas de kyste hydatique pulmonaire, hépatique et cérébrale, réalisée dans le service de Pédiatrie B du CHU Hédi Chaker de SFAX sur une période de 5 ans allant du 1ér Janvier 2019 au 31 Décembre 2024.

Résultats:

Nous avons colligé 11 cas, avec prédominance masculine. L'âge moyen du début des symptômes était de 7 ans et 5 mois. Pour l'origine des patients, on a trouvé une prédominance au niveau El Hencha. Les signes décrites par les patients été principalement respiratoires (81.8%), 1 cas présentant des signes digestives seulement et 1 cas présentant des signes neurologiques isolées. Pour la symptomatologie respiratoire, on a trouvé : 23.6 % toux sèche, 23.6 % hémoptysie de

moyenne abondance, 23.6 % douleur thoracique décrit en point de coté, 11.7% toux productif, 11.7% dyspnée à l'effort et 5.9% vomique. Les 3 patients ayant présenté des signes digestifs était : 2 cas de vomissements et 1 cas de douleur abdominal en rapport avec une hépatomégalie dure. Dans notre étude, 1 patient a présenté des signes neurologiques type convulsion généralisés avec somnolence. La biologie initial a montré : une hyper éosinophilie chez 6 cas et un syndrome inflammatoire biologique chez 7. La sérologie hydatique a été faite chez 5 cas : dont 4 étudehemagglutination avec Elisa a confirmé le diagnostique et 1 cas le Western Blot a confirmé le diagnostique. Le scanner thoracique a confirmé un aspect de kyste hydatique pulmonaire chez 7 cas avec 4 cas le TDM n'a pas évoqué l'origine hydatique. La localisation pulmonaire gauche été prédominante (63.6%). Pour les 3 patients présentant des localisations hépatiques les segment IV et VII étaient les plus touchés. Au total, l'hydatidose multiple a été décrite chez 3 patients dans notre étude. Pour le traitement radical du parasite, 5 cas de kyste pulmonaire ont été opéré en utilisant la méthode de Barette. Pour les 3 cas d'hydatidose multiples, 2 cas ont été mis sous albendazole. A l'évolution, 1 cas a récidivé l'hydatidose.

Conclusion:

La chirurgie conservatrice est le traitement de choix. L' albendazole est particulièrement indiqué dans l'hydatidose multiple. Sa prescription en pré- et postopératoire reste controversée concernant les indications et la durée. Le taux de mortalité et de morbidité du kyste hydatique chez l'enfant reste faible par rapport à celui de l'adulte. L'éradication de cette parasitose se base sur la prophylaxie.

P188 - Méningite néonatale tardive à Streptocoque B : difficultés de prise en charge

G. Cherif (1), S. Yahyaoui (1), S. Hammami (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebah (1), O. Bouyahia (1), S. MazighMrad (1), S. Boukthir (1).

Service de Pédiatrie C. Hôpital d'enfants Béchir Hamza d'enfant de Tunis (1).

Introduction:

La méningite bactérienne constitue une urgence diagnostique et thérapeutique en raison du risque élevé de complications neurologiques. Le Streptocoque du groupe B (SGB) est principalement impliqué dans les infections néonatales précoces et rare responsable de méningite au-delà du premier mois de vie.

Objectifs:

Décrire l'évolution clinique et radiologique d'un nourrisson atteint de méningite à SGB compliquée de collections sous-durales, et discuter la prise en charge thérapeutique.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive à propos d'un cas.

Résultats:

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson de 2 mois et demi et sans antécédents pathologiques, hospitalisé pour fièvre aiguë associée à un geignement. La ponction lombaire a confirmé une méningite à SGB sensible à l'ampicilline. À J5 de traitement, la fièvre persistait. La ponction lombaire a montré la persistance de pleïocytose à polynucléaires neutrophiles. L'IRM cérébrale a révélé des signes de souffrance parenchymateuse motivant l'adjonction d'ofloxacine. Après six semaines d'antibiothérapie, le liquide cérébrospinal était normal et l'IRM de contrôle a mis

en évidence trois collections sous-durales bilatérales non compressives d'allure purulente qui n'étaient pas accessible à la chirurgie. L'antibiothérapie a été maintenue jusqu'à disparition des collections à cinq mois d'évolution. Le bilan immunitaire et le dosage du complément sérique étaient normaux.

Conclusion:

La méningite à Streptocoque du groupe B peut évoluer vers des complications intracrâniennes retardées, nécessitant une prise en charge prolongée et une surveillance radiologique étroite. Une adaptation thérapeutique rapide, associée à un suivi clinique et paraclinique rigoureux, est essentielle pour assurer une résolution complète de l'infection et prévenir d'éventuelles séquelles neurologiques.

P189 - Leishmaniose viscérale sans fièvre chez un enfant immunocompétent : un défi diagnostique

G. Cherif (1), N. Missaoui (1), S. Hammami (1), M. Khalifa (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), S. MazighMrad (1), O. Bouyahia (1), S. Boukthir (1).

Service de Pédiatrie C. Hôpital d'enfants Béchir Hamza d'enfant de Tunis (1).

Introduction:

La leishmaniose viscérale (LV) est une maladie parasitaire systémique due aux protozoaires du genre Leishmania, transmise par les phlébotomes. Elle se manifeste classiquement par une triade associant fièvre prolongée, splénomégalie et pancytopénie. Cependant, les formes atypiques, notamment afébriles, restent rares et posent un véritable défi diagnostique, surtout chez l'enfant immunocompétent.

Objectifs:

Décrire un cas de leishmaniose viscérale sans fièvre chez un enfant immunocompétent, soulignant les difficultés diagnostiques et l'importance d'une prise en charge adaptée.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective à propos d'un cas.

Résultats:

Enfant âgé de 4 ans et demi, issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents familiaux ni personnels particuliers, adressé à notre service pour exploration d'une hépatosplénomégalie dans un contexte d'apyrexie. A l'examen : apyrétique, flèche hépatique à 11 cm, flèche splénique à 7cm du rebord costal, pas d'adénopathies palpables et le reste de l'examen est sans particularités. A la biologie : anémie normochrome normocytaire arégénérative, cytolyse hépatique à 5*N et hyper□2 à l'EPP. A l'échographie abdominale : rate augmentée de taille (FS à 6cm) sans lésion focale et foie non dysmorphique augmenté de taille (FH à 15 cm), homogène, de contours réguliers. Les sérologies virales, de Wright et Vidal sont négatives. La PCR leishmaniose sur sang périphérique était positive. Le patient a été mis sous ambisome pendant 2 jours avec une bonne évolution.

Conclusion:

Ce cas illustre une présentation inhabituelle de la leishmaniose viscérale chez l'enfant, soulignant la nécessité d'envisager cette pathologie même en l'absence de fièvre. Une prise en charge rapide et un diagnostic précoce permettent d'éviter les complications et d'assurer une évolution favorable.

P190 - Leishmaniose viscérale infantile : Profil épidémio-clinique et thérapeutique

S. Hammami (1), N. Missaoui (1), G. Cherif (1), R. Ben Rabeh (1), M. Assidi (1), S. Atitallah (1), S. MazighMrad (1), O. Bouyahia (1), S. Boukthir (1), S. Cheikhrouhou (2), K. Kallel (2).

Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).Laboratoire de parasitologie, Hôpital la Rabta (2).

Introduction:

La leishmaniose viscérale est une parasitose due à un protozoaire du genre leishmania. Elle est transmise à l'homme par une piqûre d'un diptère, les phlébotomes femelles infestées. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année, toutes formes cliniques confondues, est évalué entre 0,7 et 1 million, dont plusieurs centaines de cas mortels.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidemio-cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la leishmaniose viscérale chez la population infantile.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique faite au service de Médecine infantile C à l'Hôpital d'enfants Bechir Hamza durant 13 ans [Janvier2012 - Décembre2024].

Résultats:

Durant la période d'étude, cinq patients ont été colligés avec un genre ratio égale à 4. L'âge moyen était de 20 mois [7-36 mois]. Tous les patients n'avaient pas de comorbidité. Le mode de début était progressif dans 100% des cas. Les patients étaient originaires du nord-ouest de la Tunisie. Deux patients vivaient en milieu rural (40%). Les symptômes prédominants étaient : fièvre (n=4), troubles digestifs (n=3) et altération de l'état général (n=1). Le délai moyen de consultation était de 147 jours [15-360 jours]. L'examen a révélé : une moyenne de fièvre à 38,5° [37°-39,9°], une splénomégalie (n=5) avec une moyenne de flèche splénique à 8,8 cm [5-14cm], une hépatomégalie (n=4) avec une moyenne de flèche hépatique à 11cm [8-15cm], une pâleur cutanéo-muqueuse (n=3) et des adénopathies superficielles (n=2). Les principales anomalies biologiques étaient : anémie (n=5), pancytopénie (n=4), leucopénie (n=4), thrombopénie (n=4) et perturbation du bilan hépatique (n=2). A l'électrophorèse des protéines : une hypoalbuminémie (n=2) et une hyperalpha2 (n=2). Le diagnostic de leishmaniose viscérale a été confirmé par : examen direct du myélogramme (n=3), sérologie (n=2) et PCR sur sang (n=1). Trois patients ont nécessité une transfusion de concentrés de globules rouges et de concentrés de plaquettes (60%). Initialement, le traitement reposait sur les antimoniés (Glucantime®) à la dose de 20 mg/kg/jour pendant 28 jours, administrés à trois patients (60 %). Une intolérance aux antimoniés a été observée chez deux de ces patients (40 %). À partir de 2024, l'amphotéricine B liposomale (Ambisome®) a été introduite dans notre protocole thérapeutique chez deux patients, à la dose totale de 20 mg/kg, en traitement de courte durée (40 %). L'évolution était favorable chez tous les patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 19 jours [7-41jours].

Conclusion:

La leishmaniose viscérale est une maladie grave qui nécessite une prise en charge globale incluant un diagnostic précoce, un traitement adapté et des mesures de lutte antivectorielle, qui restent un défi majeur.

P191 - Coqueluche : Profil épidémio-clinique et thérapeutique

S. Hammami (1), N. Missaoui (1), G. Cherif (1), R. Ben Rabeh (1), M. Assidi (1), S. Atitallah (1), S. MazighMrad (1), O. Bouyahia (1), S. Boukthir (1), K. Mefteh (2), A. Bouafsoun (2), H. Smaoui (2).

Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).Laboratoire de microbiologie, Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (2).

Introduction:

La coqueluche est une infection respiratoire aigüe endémique très contagieuse causée par une bactérie bacille Gram négatif « Bordetella pertussis ». La transmission est strictement interhumaine par voie aérienne. C'est une maladie particulièrement grave chez les nourrissons avec une morbi mortalité importante.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidemio-cliniques, paracliniques et évolutives chez une population infantile.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique réalisée au service de médecine infantile C à l'Hôpital d'enfants Béchir Hamza, durant 2 ans [Janvier2023-Décembre2024]. Le diagnostic de coqueluche a été retenu devant une PCR positive sur prélèvement nasopharyngé.

Résultats:

Durant la période d'étude, huit patients ont été colligés. Il s'agissait de 3 nourrissons de sexe masculin et 5 de sexe féminin avec un sexe ratio égale à 0,6. L'âge moyen était de 140 jours [30-540jours]. Tous les patients n'avaient pas de comorbidité. Six étaient non vaccinés contre la coqueluche (75%) et 2 avaient une vaccination incomplète (25%). La présence d'un tousseur dans l'entourage a été retrouvée chez 2 nourrissons (28,6%). Les symptômes prédominants étaient : quintes de toux (n=8), cyanose (n=5), chant de coq (n=3), fièvre (n=3), refus de tétée (n=3) et apnée (n=2). Le délai moyen de consultation était de 3,8 jours [9-31jours]. Le taux moyen des globules blancs était à 24718/mm3 [9210-46540] et celui des lymphocytes à 13550/mm3 [4590-32260] avec une CRP à 12,25 [1-43mg/l]. Tous les patients ont reçu une antibiothérapie à base de clarithromycine. Cinq nourrissons ont bénéficié d'une oxygénothérapie (62,5%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours [21-69jours]. L'évolution était favorable dans 87,5% des cas (n=7). Un nourrisson a nécessité le transfert au service de réanimation pour une coqueluche maligne. Nous n'avons pas enregistré de décès.

Conclusion:

Compte tenu de l'incidence croissante de la coqueluche, la prévention semble être un pilier principal de la prise en charge. La vaccination ainsi qu'un dépistage actif des patients symptomatiques au cours des épidémies doivent se faire afin de réduire la contagiosité en particulier chez les nourrissons vulnérables.

P192 - Les méningo-encéphalites herpétiques de l'enfant : diagnostic et pronostic

M. Ammar (1), A. Bechikh (1), B. Maalej (1), A. Kammoun (1), R. Daoud (1), A. Mahfoudh (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

Introduction:

La méningo-encéphalite herpétique (MEH) est une affection sévère, grevée d'une mortalité lourde et de séquelles neurologiques graves.

Objectifs:

L'objectif de notre travail est d'étudier les particularités cliniques, paracliniques et évolutifs de la méningo-encéphalite herpétique chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant les enfants hospitalisés pour une méningo-encéphalite herpétique au service de pédiatrie B du CHU Hédi Chaker de Sfax entre janvier 2011 et février 2025.

Résultats:

Nous avons colligé 11 cas de méningo- encéphalite herpétique sur une période de 14 ans. La moyenne d'âge était de 4.5 ans avec des extrêmes allant de 15 jours à 12 ans. La survenue en période néonatale était rapportée dans un seul cas. Le sexe ratio était à 0.57. Sur le plan clinique, nous avons constaté que les symptômes les plus fréquents étaient des troubles de la conscience (9 cas), des convulsions (9 cas), des troubles du comportement (4 cas) à type d'agitation, d'irritabilité ou des hallucinations, des céphalées (1 cas) et un déficit moteur (2 cas). La fièvre était la manifestation extra neurologique la plus fréquemment observée (11 cas). La ponction lombaire était réalisée chez 9 patients et elle a objectivé des signes d'inflammation dans 5 cas. Une PCR HSV dans le LCR était réalisée chez 9 patients revenant positive dans 7 cas. Un seul cas de MEH à HSV 2 était diagnostiqué. L'électro-encéphalogramme était pratiqué chez 8 enfants, mettant en évidence un ralentissement du rythme de fond dans tous les cas. L'IRM cérébrale était réalisée chez 8 patients dont 6 étaient pathologiques. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement par l'Aciclovir. L'évolution sous traitement était favorable dans 7 cas. Quatre enfants ont développé des séquelles type motrices et neurosensorielles. L'évolution était fatale chez un seul patient.

Conclusion:

La méningo- encéphalite herpétique est une urgence diagnostique et thérapeutique dont la morbi-mortalité est étroitement liée à la précocité du traitement par l'aciclovir.

P193 - Infection à West-Nile virus chez l'enfant : À-propos 3 cas

B. Maalej (1), M. Weli (1), M. Zribi (1), S. Trichilli (1), Y. Achich (1), M. Hsairi (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B, CHU Hédi Chaker, Sfax. (1).

Introduction:

Le virus West Nile (WNV), présente une circulation cyclique dans plusieurs régions méditerranéennes, notamment en Tunisie où deux épidémies majeures ont été documentées en

1997 et 2003. Bien que principalement étudié chez l'adulte, son impact chez l'enfant reste mal caractérisé.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques de l'infection par le WNV chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les enfants infectés par le WNV, durant une période allant de janvier 2014 jusqu'à juillet 2024.

Résultats:

Il s'agit de 2 filles et 1 garçon. L'âge moyen était de 3 ans (4 mois et demi – 6 ans). Tous les enfants avaient présenté un trouble neurologique : troubles de conscience avec quadriplégie dans 1 cas, troubles de la marche dans 1 cas et un état de mal convulsif dans un cas. Ces manifestations neurologiques étaient en rapport avec une encéphalite dans 1cas, un syndrome de Guillain Barré avec une atteinte axonale dans 1 cas et sans atteinte axonale dans l'autre cas. Une atteinte respiratoire a été observée dans 1 cas. L'évolution était favorable avec une récupération totale chez un enfant. Un enfant garde encore des séquelles type épilepsie avec des lésions anoxo-ischémiques à l'imagerie de contrôle. L'évolution était fatale pour l'enfant atteint de syndrome de Guillain Barré avec atteinte axonale.

Conclusion:

Des mesures préventives et une surveillance épidémiologique restent nécessaires concernant le WNV.

P194 - Abcès pulmonaire chez l'enfant : étude de 25 cas

Y. Achich (1), S. Trichili (1), I. Moalla (1), M. Hsairi (1), M. Wali (1), A. Mahfoudh (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

Service de pédiatrie B, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (1).

Introduction:

L'abcès du poumon est une suppuration collectée dans une cavité néoformé, creusée dans le parenchyme pulmonaire par une inflammation aiguë. Il est défini par une zone de nécrose au niveau du parenchyme pulmonaire de contenu purulent. Il s'agit d'une complication grave des pneumonies communautaires.

Objectifs:

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutique et évolutifs des abcès pulmonaires chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive des dossiers des enfants hospitalisés pour abcès pulmonaire au service de pédiatrie B, sur une période de 13 ans (2011-2024).

Résultats:

Nous avons colligés 25 cas. L'âge médian était de 3ans +8 mois avec une prédominance masculine 68 %. Le délai de consultation était de 6 jours. Les circonstances de découverte étaient dominées par une fièvre dans 96% des cas et une dyspnée dans 76% des cas. L'imagerie a porté le diagnostic dans tous les cas. La biologie a révélé une hyperleucocytose à PNN dans 84% des cas et une CRP élevée chez 92% des cas. Le traitement était à base d'antibiothérapie dans tous les cas et un drainage thoracique chez 4 cas. L'association d'antibiotique la plus utilisée était à base de Céphalosporine de 3éme génération, vancomycine et métronidazole. La durée moyenne d'hospitalisation était de 24 jours. Deux enfants étaient décédés et des séquelles respiratoires étaient observées chez 4 cas.

Conclusion:

L'abcès pulmonaire est une complication rare mais grave de la pneumonie. Son diagnostic est clinico-biologique, radiologique et microbiologique. Le traitement repose sur une antibiothérapie à large spectre au long cours.

P195 - Paludisme chez l'enfant en Tunisie : à propos de trois cas

A. Bechikh (1), B. Maalej (1), M. Weli (1), M. Hsairi (1), I. Maala (1), L. Gargouri (1).

Pediatrie B CHU HediCheker (1).

Introduction:

Le paludisme chez l'enfant est une affection sévère, grevée d'une mortalité lourde et de séquelles neurologiques graves.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques du paludisme chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

une étude rétrospective menée sur une période de 9 ans (2016-2024).

Résultats:

Tous les cas sont importés d'Afrique subsaharienne. Il s'agit de deux filles et un garçon. Deux patients avaient 5 ans et le troisième avait 18 mois. La fièvre était constante chez tous les malades, associée dans un cas à une altération de l'état de conscience, évoquant un neuro-paludisme, et à une anémie mal tolérée chez deux patientes. Le bilan biologique a révélé une anémie hémolytique, une thrombopénie, un syndrome inflammatoire, et une cytolyse hépatique dans les trois cas. On a noté une coagulopathie intravasculaire disséminée, syndrome d'activation macrophagique chez le malade présentant un neuro-paludisme. Le diagnostic a été confirmé par un frottis sanguin et une goutte épaisse, permettant d'isoler le Plasmodium falciparum dans les trois cas. La parasitémie était importante dans deux cas. Tous les patients ont reçu un traitement antipaludéen et des transfusions sanguines. L'évolution a été favorable pour deux patientes, tandis que le malade ayant le neuro-paludisme est décédé.

Conclusion:

Le paludisme est une maladie grave ce qui souligne l'importance d'évoquer le diagnostic chez les patients venant de pays endémiques.

P196 - Co-infection méningée Streptococcus pneumoniae et Herpès Simplex chez un nourrisson ?

O. Kchaou (1), O. Fendri (1), I. Maaloul (1), S. Dayeg (1), H. Aloulou (1), S. Ben Ameur (1), T. Kammoun (1).

Pédiatrie A (1).

Introduction:

Les méningoencéphalites du nourrisson représentent une urgence pédiatrique majeure, associées à une morbidité et mortalité élevées. Les infections à Streptococcus pneumoniae (SP) et au virus Herpès Simplex (HSV) sont parmi les causes les plus redoutées. La co-infection virale et bactérienne du système nerveux central aggrave le pronostic neurologique.

Objectifs:

Décrire une observation d'infection neuro-méningée associant HSV de type 1 et SP chez un nourrisson de 3 mois, et discuter l'Intérêt de la PCR multiplex dans le diagnostic de ces infections.

Matériel et méthodes:

Une case report à propos d'un nourrisson âgé de 3 mois souffrant d'une méningoencéphalite sévère.

Résultats:

Un nourrisson, âgé de 3 mois sans antécédents néonataux, a été admis pour une crise tonique avec révulsion des globe oculaire et mouvement de mâchonnement de durée de 5 minutes dans un contexte fébrile. A l'interrogatoire, Il y avait une fièvre évoluant depuis une semaine, le diagnostic d'otites bilatérales a été portée par son médecin traitant avec sa mise sous cefpodoxime. L'examen clinique à l'admission a montré un bébé irritable, une hypertonie axiale et périphérique et une fièvre à 40°C. Sur le plan biologique la NFS :leucocytes à 6500/mm³, PNN à 3000/mm³, lymphocyte à 3030/mm³et une anémie à 8.2 g/dl, la CRP à 10 mg/L, laPCT=0.25ng/l et le bilan métabolique était correct. La ponction lombaire a montré une pleiocytose avec 80 éléments blancs à prédominance lymphocytaire, une protéinorachie à 1,36 g/L, une glycorachie à 0,43 g/L avec un rapport à 0,36 avec une culture négative. Une analyse par PCR multiplex du LCR a révélé la présence du virus HSV-1 et du SP. L'EEG a montré des anomalies pseudopériodiques temporales gauches avec un tracé légèrement ralenti, compatible avec une méningoencéphalite. L'IRM cérébrale a mis en évidence des anomalies de signal dans la substance blanche sous-corticale temporale gauche et le cortex temporal, avec des signes d'oedèmevasogénique, ainsi qu'un rehaussement intense après injection de gadolinium, indiquant une méningoencéphalite temporale gauche. Le patient a été mis sous antibiothérapie (Claforon, Vancomycine) et un traitement antiviral (Zovirax). L'évolution clinique à court terme est favorable.

Conclusion:

La PCR multiplex a un réel intérêt dans le diagnostic des infections du système du nerveux central en complément de la microbiologie conventionnelle. Elle offre l'avantage d'un rendu de résultat bien plus rapide que les techniques conventionnelles permettant une adaptation thérapeutique précoce. La co-infection neuro-méningée HSV de type 1 - Streptococcus pneumoniae chez le nourrisson est exceptionnelle.

P197 - Impact des infections nosocomiales sur la morbi-mortalité des nouveau-nés prématurés : étude transversale sur 4 ans

R. Naffeti (1), M. Elouaer (2), S. Ben Amar (2), S. Abdelmoula (2), R. Faleh (3), H. Ben Hmida (2), K. Moanstiri (2).

service de néonatologie de Monastir (1).néonatologie Monastir (2).service de gynécologie obstétrique de Moanstir (3).

Introduction:

La morbidité infectieuse chez les nouveau-nés prématurés constitue un enjeu majeur en néonatologie. En raison de leur immaturité immunologique, ces nouveau-nés sont particulièrement vulnérables aux infections nosocomiales. Ces infections peuvent entraîner des complications graves, affectant la prise en charge hospitalière de cette population vulnérable et influençant leur pronostic immédiat.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est d'analyser la morbidité infectieuse associée aux infections associées aux soins (IAS) chez les nouveau-nés dont l'âge gestationnel est inférieur à 36 semaines et d'évaluer l'impact de ces infections sur leur morbi-mortalité.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale menée sur une période de quatre ans, de 2019 à 2022, dans le service de néonatologie du Centre de Maternité et de Néonatologie de Monastir. Un total de 250 cas de nouveau-nés prématurés ont été collectés et analysés.

Résultats:

La population étudiée comprenait 250 nouveau-nés prématurés classés selon leur âge gestationnel : <28 semaines (13.2%), entre 28 et 32 semaines (68.8%), et entre 33 et 36 semaines (18%). Les infections associées aux soins ont été observées chez 36% des cas (90 nouveau-nés). La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique était la complication infectieuse la plus fréquente (65.6%), suivie de l'enterocolite (12.1%). Les agents pathogènes ont été identifiés dans 34% des cas, Klebsiella pneumoniae BLSE étant le germe prédominant (10 cas), suivi par Enterobacter et Acinetobacter (4 cas chacun). Les complications graves comprenaient un état de choc septique dans 9.5% des cas et une CIVD dans 4.3%. 75% des nouveau-nés infectés par pneumopathie nécessitaient une ventilation mécanique. Aucun décès n'a été rapporté chez les nouveau-nés de plus de 32 semaines de gestation. En revanche, plus de la moitié des nouveau-nés de moins de 28 semaines sont décédés, avec un taux de mortalité de 88% chez ceux ayant un âge gestationnel de 26 semaines. L'infection nosocomiale était la principale cause de mortalité, représentant 38.2% des décès.

Conclusion:

Les infections nosocomiales, en particulier la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique et l'enterocolite, représentent un facteur majeur de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés prématurés. Un âge gestationnel plus faible est un facteur déterminant de mortalité, soulignant la nécessité d'une prise en charge précoce et adaptée. La gestion des infections bactériennes, en particulier celles dues à Klebsiella pneumoniae BLSE, est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité dans cette population vulnérable.

P198 - Fièvre aux antibiotiques : un diagnostic à ne pas oublier

W. Chebaane (1), J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).

service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

La fièvre aux antibiotiques est un effet indésirable probablement fréquent mais sous-diagnostiqué. Son pronostic est généralement favorable, mais à l'origine d'examens complémentaires ainsi que d'hospitalisation ou de prolongation d'hospitalisation inutiles.

Objectifs:

Envisager l'éventualité d'une fièvre aux antibiotiques lors d'une fièvre persistante malgré une infection jugulée.

Matériel et méthodes:

Les données cliniques et paracliniques ont été recueillies à partir de l'observation médicale d'un enfant hospitalisé au service de pédiatrie de Bizerte.

Résultats:

Garçon de 10 ans, suivi pour encéphalopathie convulsivante fixée et CAV complet opérée, adressé à notre service pour prise en charge d'une pleuro pneumopathie. L'enfant a été mis initialement sous Augmentin. Puis devant la réapparition de la fièvre et l'évolution vers un épanchement pleural de grande abondance avec un syndrome inflammatoire biologique majeur, il a été switché sous claforan , vancomycine et gentamycine avec ponction pleurale. L'évolution était marquée par la réapparition de la fièvre à j10 de claforan et vamcomycine avec réascension de la CRP, l'enfant a été switché sous Tienam et clindamycine. L'évolution était marquée par la persistance de la fièvre malgré l'amélioration sur le plan respiratoire avec régression totale de l'épanchement et la négativation de la CRP. Les explorations bactériologiques étaient négatives (recherche de BK dans les crachats négatives). Le diagnostic d'une fièvre aux antibiotiques a été envisagé devant la persistance de la fièvre malgré que l'épisode infectieux a été jugulé. A l'arrêt des antibiotiques, on a obtenu une apyrexie stable après 24h de l'arrêt.

Conclusion:

Sous-diagnostiquée, la fièvre aux antibiotiques peut se rencontrer dans la pratique quotidienne aussi bien au cours d'une hospitalisation pour infection à point de départ déterminé que lors du bilan d'une fièvre au long cours. C'est une situation difficile car l'arrêt du médicament doit se faire après une évaluation stricte du rapport bénéfice/risque.

P199 - Exophtalmie révélatrice d'une tuberculose nasosinusiene

A. El Eferni (1), M. Rebhi (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (2).

pediatrie HMPIT (1).peditarie HMPIT (2).

Introduction:

La tuberculose est une maladie infectieuse qui sévit à l'état endémique dans notre pays et La forme extra pulmonaire nasosiusienne reste exceptionnelle chez l'enfant

Objectifs:

Mettre le point sur la difficulté diagnostique de cette localisation rare de tuberculose

Matériel et méthodes:

étudier les manifestations cliniques et les outils diagnostiques de cette entité rare à travers une observation pédiatrique

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 11 ans et suivie depuis 2023 pour otite moyenne chronique récidivante au service d'ORL admise pour céphalées et tuméfaction periorbitaire droite évoluant depuis 01 mois sans fièvre associée sans notion de contage tuberculeux A l'examen , état général conservé , apyrétique,exophtalmie axile droite III avec ,acuité visuelle conservé de l'oeil droit , voix nasonnée , bouche entrouverte en permanence , rhinorhée claire et à otoscopie le tympan était rétractile en bilatéral. à la biologie ,une bicytopenie sans stigmates d'hémolyse avec absence de syndrome inflammatoire biologique Le dosage de Quantiferon était négatif La radiographie de thorax était normal La TDM orbitaire était en faveur d'une ethmoidite et pan sinusite étendue vers l'orbite droit avec importance infiltration des muscles oculomoteurs la patiente a été mise sous antibiothérapie sans amélioration on a complété par TDM TAP montrant un processus expansif centré sur le sinus caverneux droit étendu aux espaces profonds de la face et en intra_orbitaire avec infiltration du nerf optique et présence d'adénomegaliesjugulo carotidienne bilatérale donc devant ce tableau l'origine maligne a été suspecté. une biopsie rétro orbitaire sous AG a été faite revenant non concluante Une adenectomie cervicale a été pratiqué montrant l'absence de signes histologiques de malignité et la présence de granulome epithéloide et gigantocellulaire avec une nécrose peu représentée d'allure vaguement caséeuse cadrant en 1ér lieu avec une tuberculose Le diagnostic de tuberculose nasosinusienne a été confirmé par la positivité de la PCR BK sur la pièce d'adenectomie La patiente a reçu un traitement antituberculeux avec une bonne évolution clinique et régression de l'exophtalmie avec diminution de la taille de l'adénopathie cervicale

Conclusion:

La tuberculosenasosinusienne est rare malgré l'endemicité de la tuberculose dans las pays en voie de développement . souvent prise à tort pour une néoplasie. Son diagnostic reste difficile à établir et nécessite une preuve histologique

P200 - Profil clinique et bactériologique des infections néonatales bactériennes précoces

T. Donia (1), W. Barbaria (1), F. Maatouk (1), M. Bourcheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).

Pédiatrie et néonatologie-Hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

L'infection néonatale bactérienne précoce (INBP) représente un enjeu de santé publique. Les manifestations cliniques chez le nouveau-né (NN) sont variables et dépendent de la nature du germe responsable de l'infection.

Objectifs:

Préciser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des INBP et d'analyser leur profil bactériologique.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive au service de pédiatrie et de néonatologie néonatalogie de Bizerte sur une durée de deux ans (1er janvier 2022-31 décembre 2023), incluant tous les NN présentant une INBP confirmée par hémoculture positive dans les premières 48 heures d'hospitalisation.

Résultats:

La prévalence de l'INBP était 25,27‰ naissances vivantes. Les facteurs de risque d'INBP retrouvés étaient les antécédents d'INBP (12,21%), l'infection urinaire et génitale gravidique (23,57% et 39,13% respectivement), la fièvre maternelle (17,56%), l'infection intra-utérine (15,2%) et la rupture prolongée de la poche des eaux (39,59%). Le profil bactériologique était dominé par Serratia Marcescens (37,78%) et Escherichia Coli (27,41%). Le taux de résistance des germes était 46,66%. Les facteurs prédictifs d'INBP à germes résistants étaient l'hospitalisation maternelle en gynécologie au troisième trimestre (p<10-3), pendant une durée supérieure à cinq jours (p=0,044), la présence d'une infection maternelle gravidique (urinaire, génitale ou septicémique) à germe résistant (p=0,008) et la présence d'une infection gravidique autre traitée par antibiothérapie (p=0,003). Sur le plan clinique, les NN ayant des INBP à germes résistants étaient plus fréquemment symptomatiques d'emblée (p<10-3) ou secondairement symptomatiques (p=0,001). Sur le plan thérapeutique, les germes résistants étaient responsables d'un recours plus fréquent à une antibiothérapie de deuxième ligne (p=0,009), d'une prolongation de la durée d'antibiothérapie (11,02±3,57 jours versus 8,97±3,21 jours ; p=0,0006) et d'une prolongation de la durée d'hospitalisation (p=0,027). L'évolution des INBP à germes résistants était marquée par une fréquence plus élevée de complications (19% versus 11,1% ; p=0,195) et de ré-hospitalisation pendant les trois premiers mois de vie (23,4% versus 19,4%, p=0,538).

Conclusion:

Le profil bactériologique des INBP dépend de l'écologie microbienne maternelle gravidique. L'émergence de germes résistants implique une prise en charge multidisciplinaire

P201 - Le zona chez l'enfant : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. Service de pédiatrie et des maladies métaboliques de l'Hôpital la Rabta de Tunis

R. Ben Amor (1), S. Khatrouch (1), M. Zribi (1), A. Ben Chhida (1), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1).

Service de pédiatrie et des maladies métaboliques de l'Hôpital la Rabta de Tunis (1).

Introduction:

Bien que le zona (ou herpès zoster) soit réputé comme pathologie d'adultes, cette virose peut également affecter les enfants. Le zona est causé par la réactivation du virus varicelle-zona (VZV) qui reste quiescent dans les ganglions sensitifs dorsaux après la varicelle. Cette pathologie est généralement rare et bénigne en milieu pédiatrique, cependant des complications sévères engageant le pronostic vital et visuel peuvent survenir.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs du zona de l'enfant à travers 4 observations pédiatriques.

Matériel et méthodes:

Nous avons recensé 4 observations de zona hospitalisées au service de pédiatrie la Rabta entre 2018 et 2025. résultats: La première observation était celle d'une fillette de 3 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui aurait présentait une varicelle datant de 1 an. Elle a consulté pour une éruption vésiculeuse prurigineuse impétiginisée, localisée à la paupière supérieure, évoluant depuis 10 jours dans un contexte fébrile. L'examen a révélé un enfant apyrétique, eutrophique, avec des vésicules groupées sur une peau érythémateuse et un œdème des paupières, rendant l'ouverture de l'œil difficile. Le diagnostic de zona ophtalmique a été posé. Le traitement par Aciclovir intraveineux (80 mg/kg/j) pendant 3 jours a été conduit, suivi d'un relais oral pendant 7 jours avec nette amélioration clinique. L'examen ophtalmologique et le fond d'œil étaient sans anomalies (pas de sclérokératite, ni d'uvéite). La numération formule sanguine et le dosage pondéral des immunoglobulines étaient sans anomalies et la sérologie HIV était négative.

Résultats:

La deuxième observation était celle d'un nourrisson âgé de 18 mois, de sexe féminin, sans antécédents pathologiques notables hormis des aphtoses buccales récidivantes. Elle a présenté un zona thoracique, antérieur et postérieur, ainsi qu'au niveau de l'avant-bras, intéressant le dermatome T2, associé à une fièvre. La numération formule sanguine a révélé une neutropénie d'allure cyclique. Elle a été traitée par Aciclovir intraveineux (80 mg/kg/j) pendant 21 jours, devant l'âge et le terrain d'immunodépression probable, avec une évolution favorable. La troisième observation était celle d'une fille âgée de 9 ans, sans antécédents pathologiques notables notamment pas de varicelle. Elle a présenté une éruption érythémato-vésiculeuse douloureuse mais non prurigineuse, localisée au niveau de la face antérieure de la cuisse en regard du dermatome L2. Elle a été mise sous Aciclovir (80 mg/kg/j) en intraveineux avec relai oral pendant 7 jours avec une bonne évolution. La sérologie de VIH, l'hémogramme et le bilan immunitaitaire étaient normales. La quatrième observation était celle d'une fillette âgée de 4 ans, aux antécédents de lymphome de Burkitt en rémission. Elle a consulté pour des lésions érythémato-vésiculeuses en bouquet au niveau du cuir chevelu occupant le dermatome du trijumeau. Elle avait une lymphopénie. Le traitement par Aciclovir en intraveineux (80 mg/kg/j) pendant 7 jours a permis une bonne évolution clinique.

Conclusion:

A travers ces 4 observations de zona pédiatrique, nous avons illustré différentes formes topographiques. La localisation ophtalmique ainsi que le terrain de déficit immunitaire peuvent exposer à des complications graves. D'où l'intérêt d'un traitement antiviral parentéral et urgent pour prévenir ces complications.

P202 - Facteurs de risque des infections urinaires aux entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi

R. Amdouni (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), R. Farhat (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), S. Rehayem (1), M. Khemiri (1).

médecine infantile A, hôpital d'enfants Béchir hamza (1).

Introduction:

L'infection urinaire constitue un motif fréquent d'hospitalisation en pédiatrie. Leurs profils bactériologiques présentent une émergence des entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi (BLSE) ce qui augmente le risque de séquelles rénales à long terme.

Objectifs:

Déterminer les facteurs de risque des infections urinaires aux entérobactéries BLSE.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive à visée analytique incluant tous les patients admis pour infection urinaire fébrile menée au sein du service de médecine infantile A de l'hôpital d'enfant de Tunis sur une période de 3 ans (Janvier 2022- Mars 2025).

Résultats:

Nous avons colligé 18 patients présentant une infection urinaire fébrile à germe BLSE parmi 39 cas, soit à une fréquence de 46%. L'âge médian était à 8 mois [24 jours-8 ans] avec un sex-ratio à 0,8. Une uropathie malformative a été identifié chez deux patients en anténatal. Neuf patients avaient été hospitalisé avant cet épisode et dix patients avaient reçu des bêtalactamines durant les six derniers mois. Huit malades avaient présenté des infections urinaires à répétition. Les signes cliniques présentés par nos patients étaient une fièvre isolée (9/18), troubles digestifs à type de diarrhée (2/18), signes urinaires irritatifs avec douleurs lombaires (4/18) et un sepsis sévère (5/18). Nous avons isolé les germes suivants : une Eschérichia coli dans 15 cas, un entérocoque, une klebsiellapneumoniae et une Klebsiella terrigena dans un seul cas chacun. Le céfotaxime a été prescrit initialement chez 14 patients, associé à un aminoside dans huit cas. Quatre patients ont été mis d'emblée sous imipénème et aminosides devant les antécédents personnels d'infection urinaire à BLSE ou afin de respecter l'antibiogramme déjà prêt lors de l'hospitalisation. Le céfotaxime a été poursuivi chez six malades, malgré les résultats bactériologiques devant une bonne réponse clinique et biologique. Une uropathie malformative a été diagnostiquée chez huit malades. Les facteurs de risque identifiés chez les patients atteints d'infection urinaire aux entérobactéries BLSE étaient l'hospitalisation ou la prise d'antibiothérapie dans les derniers six mois avec p respectivement égale à 0,005 et 0,008.

Conclusion:

La prescription abuse d'antibiothérapie est responsable de l'émergence de germes résistants dans les infections communautaires. Une antibiothérapie rationnelle permet d'améliorer le profil de sensibilité des bactéries.

P203 - Fièvre aigue chez l'enfant : profil clinique et étiologique

S. Kbaier (1), B. Jerbi (1), E. Trabelsi (1), S. Hamouda (1), I. Belhadj (1), K. Boussetta (1).

service de pédiatrie B hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

La fièvre aiguë représente le motif le plus fréquent de consultation en pédiatrie. Elle est souvent bénigne, mais peut être le signe d'une infection sévère.

Objectifs:

Étudier le profil étiologique et les caractéristiques cliniques et évolutives de la fièvre aiguë de l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive menée sur une période de 3 mois (mi-octobre 2024 au mi-janvier 2025) incluant tous les enfants âgés de plus de 1 mois et hospitalisés au service de médecine infantile B de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis pour une fièvre aiguë.

Résultats:

Nous avons colligé 204 patients. Le sex-ratio était de 1,37 (118 garçons et 86 filles). L'âge moyen était de 33,88 ± 36,51 mois (1-150 mois). Des antécédents personnels ont été retrouvés chez 22% des patients (N=45). Trente-cinq pour cent ont été hospitalisés au moins une fois avant et 5,4% dans un milieu de réanimation. La fièvre évoluait depuis 2,17 ± 1,19 jours (1-6 jours), avec une fièvre moyenne de 38,98 ± 0,69 °C (38-41°C). La fièvre était isolée dans 10,2% des cas (N=22), associée en particulier à des signes respiratoires dans 38,7% des cas et à des troubles digestifs dans 21,6% des cas. Un traitement avant l'hospitalisation était pris dans 75% des cas (N=153). Les anti-inflammatoires ont été prescrits dans 10,8% des cas et une antibiothérapie a été administré dans 18,1%. Une automédication par les parents a été notée dans 12,5% des cas. La fièvre moyenne à l'admission était de 38,63 ± 0,79°C (36,8-40,6°C). Une fièvre mal tolérée nécessitant un remplissage a été constaté dans 18,6% des cas (N=38). Neuf enfants étaient en détresse vitale et ont nécessité le transfert en réanimation. Les étiologies étaient dominées par les infections virales dans 64,2% des cas (N=131) avec prédominance des viroses respiratoires (45,6%) suivies par les gastro-entérites virales (21,4%). Deux cas d'encéphalite virale ont été notés et un seul cas de myopéricardite aigue. Une infection bactérienne a été confirmée dans 30,4% des cas (N=62) : (infection urinaire (N=22), pathologies ORL (N=18), pneumopathie bactérienne (N=18), gastro-entérite aigue bactérienne (N=2), une méningite purulente (N=2)). La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,93 ± 3,79 jours (2-25). Quatre cas de décès ont été notés : un pneumothorax suffoquant compliquant une staphylococcie pleuropulmonaire (N=1), une méningite compliquée (N=1), un SDRA (N=1) et une insuffisance cardiaque décompensée (N=1).

Conclusion:

Les infections virales représentent les causes les plus fréquentes d'une fièvre aigue. Une approche clinique rigoureuse permet d'identifier les causes infectieuses les plus fréquentes et d'optimiser la prise en charge tout en évitant une antibiothérapie inutile et une hospitalisation non justifiée.

P204 - Quand la tuberculose digestive déjoue le diagnostic : un véritable défi en pédiatrie

A. Marzouki (1), M. Jouili (1), N. Jammeli (1), M. Beji (1), O. Sonara (1), O. Mandhouj (1), B. Mahjoub (1).

pédiatrie Taher sfarMahdia (1).

Introduction:

La tuberculose digestive est une infection rare chez l'enfant et demeure un défi diagnostic en raison des formes trompeuses et des outils invasifs d'identification.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives des enfants atteints de tuberculose digestive.

Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant les enfants atteints de tuberculose digestive hospitalisés en pédiatrie à l'Hôpital Taher Sfar Mahdia entre 2006 et 2024. Le diagnostic était confirmé par l'étude anatomopathologique. Les données ont été extraites des dossiers médicaux.

Résultats:

Six patients atteints de tuberculose abdominale ont été inclus, d'âge moyen 10,45 ± 4,6 ans et dont 66,6 % étaient des filles. Trois présentaient une tuberculose péritonéale isolée, un cas associait une tuberculose intestinale et péritonéale, et deux avaient une tuberculose disséminée. Les symptômes les plus fréquents étaient l'altération de l'état général (66,7 %) et la douleur abdominale (88 %), avec comme principaux signes physiques une distension abdominale (67 %) et une sensibilité à la palpation (50 %). Le diagnostic a été confirmé histologiquement chez tous les patients. Deux avaient un PCR positif pour les mycobactéries dans le liquide d'ascite, et deux autres étaient positifs à la recherche de mycobactéries dans les crachats. Une anémie était présente chez 50 % des cas et un syndrome inflammatoire chez 66,7 %. Un cas particulier concernait une patiente de 12 ans atteinte d'un syndrome d'ataxie télangiectasie chez qui le diagnostic radiologique et endoscopique initial était en faveur de la maladie de crohn. Une tuberculose iléocaecale a été établie tardivement par l'hsistologie sur biopsie coelioscopique devant un tableau d'invagination intestinale aigue. Tous les enfants ont reçu une quadrithérapie antituberculeuse pendant deux mois, suivie d'une bithérapie. L'évolution a été marquée par une péritonite chez un patient et un cas de décès par hépatite fulminante médicamenteuse (Rifampicime) après trois mois de traitement chez un autre. Cinq patients (84 %) ont guéri.

Conclusion:

La tuberculose digestive est une infection grave nécessitant un diagnostic précoce et une prise en charge codifié mais lourde et parfois émaillée de complications même mortelle.

P205 - Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la méningite du nourrisson et de l'enfant

R. Thabti (1), E. Ben Hassine (1), F. Friha (1), L. Jallouli (1), A. Kéfi (1), Z. Najar (1), F. Krifi (1), A. Marzouk (1).

service de Pédiatrie et de Néonatologie de l'hôpital de Ben Arous (1).

Introduction:

La méningite représente une urgence à enjeux spécifiques selon l'âge. Une prise en charge rapide et adaptée en milieu hospitalier est essentielle pour réduire sa morbi-mortalité.

Objectifs:

Décrire les présentations clinico-biologiques, thérapeutiques et évolutives des méningites en pédiatrie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive menée sur une période de 4 ans entre 2021 et 2024 incluant tous les patients âgés de 2 mois et plus hospitalisés pour prise en charge de méningite dans le service de Pédiatrie de l'hôpital de Ben Arous.

Résultats:

Nous avons inclus 15 cas admis pour méningite avec un âge moyen de 25 mois (2mois – 144 mois) et un sexe ratio de 1,14. La vaccination anti pneumocoque a été correctement prise pour l'âge dans 33% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 18 jours. La prise d'antibiothérapie à domicile a été rapportée dans 7 cas (céphalosporines dans 4 cas). La fièvre était présente dans tous les cas. Les symptômes digestifs étaient présents dans 46% des cas. Aucun cas de purpura n'a été décrit. Une instabilité hémodynamique a été retrouvée des 3 cas uniquement. L'aspect du LCR était trouble dans 53% des cas avec prédominance à PNN dans 2 cas seulement. L'hypoglycorachie était présente dans chez 10 patients (66%) et l'hyperprotéinorachie dans 9 cas (60%). Un syndrome inflammatoire biologique a été rapporté dans 40% des cas. La culture du LCR était positive dans seulement un seul cas (à Salmonelle). Les hémocultures étaient positives dans 2 cas. Les PCR sur LCR ont été pratiqués dans 4 cas revenant positif à Entérovirus dans 2 cas. Un seul cas de sérologie positive à West Niles a été objectivé. L'antibiothérapie de 1ere intention était à base de cefotaxime, ampicilline et Gentamycine pour les nourrissons de 2 et 3 mois et de Cefotaxime seul pour les autres patients. La mortalité était nulle et les complications retrouvées étaient des empyèmes cérébraux non chirurgicaux (1cas), un syndrome de SIADH (5 cas) et 1 cas d'infection associée aux soins. Pour les complications à long terme, aucun trouble visuel ni auditif ni déficit neurologique a été mis en évidence. Un seul cas d'épilepsie a été décrit.

Conclusion:

Les méningites en pédiatrie demeurent une préoccupation majeure en raison de leur gravité. Une prise en charge rapide, associée à une stratégie préventive efficace, demeure la clé pour améliorer le pronostic des enfants atteints.

P206 - Purpura fulminans de l'enfant: expérience de service de pédiatrie Mahdia

O. Sonnara (1), M. Jouili (1), M. Beji (1), N. Jemmali (1), A. Marzouki (1), A. Ben Hfaiedh (1), O. Mandhouj (1), B. Mahjoub (1).

Pédiatrie Mahdia (1).

Introduction:

Le purpura fulminans est une forme grave, parfois mortelle, de sepsis sévère touchant plus fréquemment les enfants et les adolescents. Le tableau associe un purpura, un état de choc et une coagulation intravasculaire disséminée. Il constitue l'urgence extrême en pédiatrie.

Objectifs:

Déterminer le profil clinique, biologique et évolutif du purpura fulminans.

Matériel et méthodes:

Nous avons menée une étude descriptive rétrospective au service de pédiatrie de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia sur une période de 16 ans allant de Janvier 2013 à Janvier 2025. Nous avons inclus tous les enfants hospitalisés pour purpura fulminans.

Résultats:

Nous avons colligé 9 cas d' âge moyen de 4 ans [8 mois-12 ans]. Une prédominance féminine a été notée dans 66,6% des cas. Le motif d'hospitalisation était le purpura fébrile dans 100% des cas avec

un délai moyen de 4h entre l'apparition du purpura et l'admission. L'examen initial a objectivé une fièvre dans 55% des cas avec un état général altéré dans 88% des cas. Concernant l'examen neurologique, les signes d'irritation méningée ont été retrouvés chez 6 enfants (66,6%). Le score de Glasgow était inférieur à 15 chez 7 cas (77,7%). Tous les enfants admis étaient en détresse hémodynamique et avaient présenté un purpura échymotique généralisé. Ce purpura était nécrotique dans 55,5% des cas. Le syndrome inflammatoire biologique était présent chez tous nos patients. L'hémogramme a objectivé une anémie chez 8 patients et une thrombopénie chez sept. Le temps de prothrombine était bas chez tous les enfants. Une insuffisance rénale aiguë a été identifiée chez 4 enfants (44,4%) et une cytolyse hépatique chez 3 enfants (33,3%). Toutes les hémocultures étaient négatives. La ponction lombaire(PL), faite dans un délai moyen de 1,7 jours a montré un aspect trouble dans 6 cas avec un examen direct pathologique dans 7 cas (77,7%). le Neisseria meningitidis a été isolé dans un cas par les antigènes solubles et la culture. La prise en charge était basée sur l'antibiothérapie et les mesures de réanimations. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,2 jours avec un taux de mortalité de 33,3%.

Conclusion:

Le purpura fulminans constitue la première urgence à évoquer et à prendre en charge sans délai devant tout purpura fébrile, étant mortelle et pouvant révéler un déficit immunitaire sous jacent.

P207 - Mononucléose infectieuse compliquée chez l'enfant

R. Saidene (1), S. Khattrouch (1), M. Zribi (1), A. Ben Chehida (1), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1).

Service de pédiatrie hôpital La Rabta (1).

Introduction:

La mononucléose infectieuse (MNI) est une maladie virale fréquente, généralement bénigne, causée par le virus Epstein-Barr (EBV). Elle se manifeste classiquement par un syndrome mononucléosique associant une fièvre prolongée, une angine, des adénopathies cervicales et une asthénie. Toutefois, certaines complications peuvent survenir, nécessitant une prise en charge adaptée.

Objectifs:

Décrire l'aspect clinico- biologique et évolutif de la mononucléose infectieuse chez l'enfant ainsi que ses complications potentielles et évaluer les stratégies de prise en charge thérapeutique de cette pathologie.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive à propos d'un cas pédiatrique de MNI.

Résultats:

Il s'agit de l'enfant MNI âgée de 11 ans, sans antécédents médicaux particuliers, admise pour une fièvre évoluant depuis six jours, associée à une odynophagie. Elle avait reçu une antibiothérapie empirique, mais à J2 du traitement, une éruption cutanée maculeuse généralisée avait apparue. Devant cette réaction cutanée, un traitement par corticoïdes a été instauré, entraînant une aggravation clinique marquée par une aphagie sévère. À son admission, l'examen clinique a révélé une fièvre à 39.7°C, une angine pseudomembraneuse avec des amygdales très tuméfiées jointives

sur la ligne médiane, un purpura pétéchial au niveau du palais, un muguet buccal, ainsi que des adénopathies spinales et sous-angulo-maxillaires bilatérales, sans hépatosplénomégalie. Les analyses biologiques ont montré un taux de leucocytes à 8600 avec une formule à prédominance lymphocytaire avec un taux à 4960 éléments/ mm³, et une monocytose à 750 éléments/mm³, sans anémie, ni thrombopénie. Le frottis sanguin a révélé des lymphocytes activés hyperbasophiles et en maturation, ainsi que la présence de rouleaux érythrocytaires, confirmant le syndrome mononucléosique. La sérologie EBV est revenue positive avec des IgM et IgG positifs, confirmant le diagnostic de MNI à EBV. La patiente a bénéficié d'un traitement symptomatique associant une hydratation par voie intraveineuse en raison de l'odynohagie sévère et l'impossibilité de l'alimentation orale, ainsi qu'un antalgique et un antipyrétique pour le contrôle de la douleur et de la fièvre et de l'azithromycine pour l'aspect surinfecté de l'angine. Les corticoïdes ont été arrêtés. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un purpura pétéchial stable à J10 au niveau du visage, du tronc et des membres, sans thrombopénie à la numération formule sanguine (NFS). Progressivement, la dysphagie s'est améliorée avec nette régression de l'hypertrophie des amygdales et l'apyrexie a été obtenue au 5ème jour.

Conclusion:

La MNI reste une pathologie majoritairement bénigne mais pouvant avoir des manifestations atypiques et entraîner des complications parfois gravissimes. L'indication des corticoïdes est controversée en matière de MNI. Certains les préconisent pour les formes obstructives avec retentissement respiratoire. Cependant, d'autres signalent une aggravation sous corticothérapie qui pourrait retarder la clairance de la charge virale. Une vigilance clinique est la règle pour éviter l'iatrogénie sans retarder la prise en charge des complications.

P208 - Shigellose en milieu pédiatrique : Aspects clinico- biologiques et évolutifs

S. Rhayem (1), M. Bourcheda (1), R. Amdouni (1), E. Jbabli (1), S. Ben Ahmed (1), BF. Faten (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1), H. Smaoui (1).

Service de pédiatrie A (1), Hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

La shigellose est une maladie diarrhéique, provoquée par des bactéries appartenant au genre Shigella comprenant plusieurs espèces notamment Shigella flexneri, Shigella dysenteriae et Shigella sonnei. En Tunisie, une poussée endémique des cas de shigellose a été notée chez l'enfant à partir du mois de septembre 2022.

Objectifs:

Décrire les manifestations clinico-biologiques chez les enfants hospitalisés pour gastroentérite aigue en rapport avec une shigellose.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective et descriptive concernant les enfants hospitalisés au service de pédiatrie A de l'hôpital d'enfants de Tunis pour une gastro entérite fébrile ayant une Shigellose confirmée durant une période de 24 mois allant de septembre 2022 à septembre 2024.

Résultats:

Nous avons colligé 26 cas. Le sexe ratio était de 0,68. L'âge médian était de trois ans [3,5- 13 ans]. Le motif d'admission était une gastroentérite aigue fébrile dans tous les cas. Une déshydratation sévère associée à des troubles hémodynamiques était notée dans 13/26 cas avec un recours aux drogues vasoactives dans 5/26 cas. Cinq malades ont présenté des manifestations neurologiques à type de convulsion (4/5) et altération de l'état de conscience (1/5). Sur le plan biologique, 22/26 patients avaient un syndrome inflammatoire biologique avec une valeur moyenne de CRP de 183,8 mg/L [20-527 mg/L] et de GB de 10 000/mm3 [980-23 500/mm3]. Des troubles ioniques à type d'hyponatrémie étaient notés dans 15/26 cas, une hypokaliémie dans 9/26 cas et une insuffisance rénale fonctionnelle dans 12/26 cas. Les coprocultures ont isolé une Shigella sonnei dans tous les cas. Tous les patients ont reçu une antibiothérapie en intraveineuse. L'imipenème a été indiquée d'emblée en cas de troubles hémodynamiques (11/26). Une hospitalisation en milieu de réanimation pédiatrique était indiquée chez un seul patient devant un état de choc septique compliqué de défaillance cardiaque sur un terrain d'insuffisance surrénalienne. L'évolution clinico- biologique était favorable dans 25/26 des cas avec un seul décès par choc septique réfractaire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,7 jours [2-16 jours].

Conclusion:

La shigellose est par excellence une maladie de l'insuffisance d'hygiène. Elle peut être responsable de complications graves pouvant engager le pronostic vital d'où l'intérêt d'une prévention primaire en respectant les règles d'hygiène.

P209 - Tuberculose extra-pulmonaire en pédiatrie

M. Cherif (1), J. Ben Hfaiedh (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

Introduction:

La tuberculose est une infection bactérienne par Mycobacterium tuberculosis, le bacille de Koch (BK) fréquente dans notre pays. La localisation extra-pulmonaire représente 24% des cas de tuberculose de l'enfant. Elle est à l'origine d'un retard diagnostique par le polymorphisme clinique et l'absence de signes spécifiques. La difficulté d'isolement du BK, la faible sensibilité des tests diagnostiques retardent souvent la prise en charge.

Objectifs:

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

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective sur une période de 5 ans de 2020 à 2025, englobant 6 enfants hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim pour tuberculose extra-pulmonaire.

Résultats:

Nous avons colligé 6 enfants. L'âge moyen était de 5 ans et 3 mois (28 mois – 14 ans). Le sex-ratio était de 2. La localisation ganglionnaire était plus fréquente (N=4), suivie de l'atteinte digestive (N=2). Le délai médian du diagnostic était de 6 semaines. Tous les enfants avaient une fièvre

prolongée. Un seul patient avait une altération de l'état général. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive chez 3 enfants, tandis que le test IGRA, réalisé chez 4 patients, était positif dans 2 cas. Une recherche de BK dans les crachats, faite chez 3 patients, était négative. La biologie a montré un syndrome inflammatoire (N=1) et une bicytopénie (N=1).L'adénopathie était unique (N=3), mobile (N=4), avec des signes inflammatoires (N=3). Les localisations étaient : sous-mandibulaires (N=2), axillaire (N=1) et sus-claviculaire (N=1). Quatre patients ont reçu une antibiothérapie, sans amélioration clinique. L'échographie cervicale a mis en évidence un adénophlegmon (N=2), une adénite (N=1) et des adénopathies multiples (N=1). Une cytoponction ganglionnaire, réalisée chez 2 patients, a montré un aspect en faveur d'une tuberculose. Une biopsie, réalisée chez 2 patients, a montré une nécrose caséeuse et des granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires. Une PCR BK, effectuée chez un patient, était positive. Une mise à plat chirurgicale a été faite chez 2 patients. Tous les patients ont reçu 9 mois de traitement antituberculeux avec une bonne évolution. Pour les cas de tuberculose digestive, l'échographie a montré des adénomégalies cœlio-mésentériques (N=2), de la fosse iliaque droite (N=1) et lombo-aortiques (N=1). Une tomodensitométrie abdominopelvienne, pratiquée chez une patiente, a montré des adénomégalies mésentériques et latéro-caves. Une cœlioscopie avec biopsie ganglionnaire, réalisée pour les deux enfants, a montré une nécrose caséeuse et des granulomes épithélioides et gigantocellulaires. Un traitement antituberculeux a été prescrit pendant 12 mois.

Conclusion:

Le diagnostic positif d'une tuberculose extrapulmonaire en pédiatrie repose sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques. Une prise en charge précoce et multidisciplinaire est essentielle pour améliorer le pronostic et limiter les séquelles.

P210 - Tableau pseudo tumoral révélant une brucellose : à propos d'un cas pédiatrique

S. Dayegue (1), I. Chabchoub (1), F. Chaari (1), F. Charfi (1), R. Kolsi (1), S. Ben Ameur (1), H. Aloulou (1), T. Kammoun (1).

Pédiatrie A, CHU Hédi Chaker Sfax (1).

Introduction:

La brucellose est une infection zoonotique causée par la bactérie Brucella, qui touche principalement les animaux d'élevage et peut être transmise à l'homme. Bien que cette maladie soit plus fréquemment observée chez les adultes, les enfants ne sont pas à l'abri et peuvent également être affectés, souvent dans des contextes où ils sont exposés à des animaux ou à des environnements contaminés. Chez l'enfant, la brucellose peut se manifester par des symptômes variés, allant de la fièvre ondulante avec des douleurs musculaires et articulaires à un tableau pseudo tumoral.

Objectifs:

Rapporter une présentation clinique et paraclinique d'une brucellose chez l'enfant ainsi que les modalités diagnostique et de prise charge.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'un enfant de sexe féminin âgée de 10 ans sans antécédents hospitalisé pour fièvre prolongée suduroalgique évoluant depuis un mois avant son admission, polyarthralgies d'horaire inflammatoire et altération de l'état général.

Résultats:

L'examen Clinique a objectivé une hépatomégalie (FH = 20cm) avec splénomégalie (FS = 16cm), polyadénopathies, arthrites des deux chevilles, abdomen souple mais sensible à la palpation, le reste de l'examen a été sans particularités. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique important (CRP =320 mg/l, VS = 130/mm, GB = 32000 à PNN), pas de stigmates biologiques d'un syndrome d'activation macrophagique, enquête de la tuberculose négative, myéloculture négative, un myélogramme a été réalisé ayant montré un état inflammatoire non spécifique, une biopsie ostéomédullaire est revenue sans anomalies. Une TDM-TAP a été réalisé montrant multiples ADP médiastinales, cervicales et abdominales probablement en rapport avec un lymphome, splénomégalie multinodulaire, hépatomégalie homogène, la biopsie ganglionnaire (réalisé sous coelioscopie) a été réalisé et l'examen anatomopathologique n'a montré qu'une lymphadénite hyperplasique non spécifique ganglionnaire, avec absence de signe de tuberculose et de malignité. Les sérologies virales sont revenues négative, la sérologie Wright est revenue positive à deux reprises avec un titre des Ac en ascension (> 1/160). L'hémoculture a mis en évidence Brucella melitensis. Un PET-SCAN a été réalisé n'ayant pas montré une localisation osseuse de la maladie. Il s'agit d'une brucellose aigue sans localisations secondaires. La patiente a été mise sous Doxycycline et Rifampicine, avec une bonne évolution clinique et paraclinique, une apyrexie a été obtenue en 48 heures avec négativation de la CRP au bout d'une semaine.

Conclusion:

La brucellose est un diagnostic rarement établi chez l'enfant devant une fièvre. Un diagnostic rapide et un traitement adapté sont nécessaires pour diminuer la morbidité. Devant un enfant fébrile avec une histoire d'exposition à des fluides corporels d'animaux de ferme ou la consommation de produits non pasteurisés, le diagnostic de brucellose doit être évoqué. Une enquête autour du cas doit être réalisée et un traitement doit être prescrit même si la personne contaminée est asymptomatique.

P211 - Le kyste hydatique en pédiatrie : une pathologie toujours d'actualité en Tunisie

L. Essaddam (1), M. Meddeb (1), A. Bouzidi (1), H. Houcem (1), Z. Fitouri (1).

pediatrie D HET (1).

Introduction:

Le kyste hydatique, causé par Echinococcusgranulosus, est une zoonose parasitaire qui représente un problème de santé publique dans les régions endémiques, notamment en Tunisie. Bien que rare en pédiatrie, il doit être envisagé devant certaines présentations cliniques. L'atteinte pulmonaire est la forme la plus fréquente chez l'enfant, mais des localisations atypiques peuvent survenir.

Objectifs:

Décrire un cas pédiatrique rare de kyste hydatique à localisations multiples, pris en charge dans le service de médecine infantile D de l'Hôpital d'Enfants de Tunis.

Matériel et méthodes:

.

Résultats:

Nous rapportons le cas d'une fille âgée de quatre ans sans antécédents pathologiques particuliers. Originaire de Grombalia résidente dans un petit village, avec notion de contact régulier avec les animaux. Elle est admise dans notre service pour douleurs abdominales intermittentes évoluant depuis deux mois, sans troubles de transit, ni fièvre en rapport avec une masse abdominale notée initialement par la mère. Le bilan initial a objectivé une Hyperleucocytose à 15700 à prédominance Polynucléaire neutrophile et une hyperéosinophilie à 2350 u/L. les marqueurs tumoraux y compris l'alpha foeto-protéine sont négatifs. À la radiologie on a objectivé une opacité mal limitée au niveau du tiers supérieur de l'hémichamps gauche, de densité hydrique et homogène au bilan d'extension le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré à l'étage thoracique un aspect compatible avec un kyste hydatique pulmonaire fissuré et volumineuse masse kystique abdomino-pelvienne intra-péritonéale, à composantes multi loculée et tubulée qui étaient très mal caractérisées. Devant des examens complémentaires non concluants, la patiente a bénéficié d'une thoracotomie gauche avec kystectomie et drainage thoracique et dans un deuxième temps d'une cœlioscopie diagnostique dans le cadre d'explorations de la masse abdominopelvienne Qui a été mieux caractérisée en per-opératoire :il s'agit d'un kyste hydatique péritonéal réséqué au même temps. L'enfant a été mis sous traitement antiparasitaire per os. Avec une bonne évolution clinique.

Conclusion:

Le kyste hydatique est une affection rare chez l'enfant, et la localisation péritonéal reste exceptionnelle. Ce cas illustre l'importance d'évoquer cette étiologie devant une masse abdominale, même atypique, en zone endémique. Un diagnostic précoce permet une prise en charge optimale et réduit le risque de complications.

P212 - Empyème sous-dural pédiatrique

M. Feki (1), M. Loukil (1), I. Elleuch (1), A. Elleuch (1), F. Safi (1).

réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

Introduction:

L'empyème sous-dural (ESD) se caractérise par l'accumulation de pus dans l'espace sous-dural. La méningite bactérienne est la principale étiologie chez les nourrissons, et la sinusite et l'otite moyenne jouent un rôle prépondérant chez les enfants plus âgés. Il s'agit d'une urgence neurochirurgicale potentiellement mortelle.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est d'analyser le profil clinique, thérapeutique et évolutif des enfants atteints d'ESD.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective recueillant les cas d'ESD chez les enfants traités au service de réanimation pédiatrique pendant la période de janvier 2013 à décembre 2024.

Résultats:

Quatre cas ont été analysés avec un sexe ratio de 3. L'âge moyen était de 4,5 ans. Deux patients présentaient une détresse neurologique et les autres un œdème palpébral avec céphalée. Le diagnostic de méningite bactérienne a été établi pour deux nourrissons. Dans le premier cas, le

7eme jour du traitement antibiotique, le patient a présenté une crise focale clonique. L'IRM cérébrale a révélé un ESD fronto-pariétal droit associé à une ventriculite, nécéssitant un drainage chirurgical. Dans le deuxième cas, la persistance de la fièvre a conduit à un scanner cérébral, qui a révélé un ESD frontal droit. Le patient a subi un traitement chirurgical associé à une antibiothérapie pendant 2 mois. Une éthmoïdite associée à une sinusite frontale compliquée par un ESD frontal gauche et une pachyméningite avec thrombose du sinus sagittal supérieur a été diagnostiquée chez le troisième patient, qui a reçu un traitement antibiotique associé à l'héparine. Dans le quatrième cas, l'éthmoïdite et la sinusite frontale ont été compliquées par un ESD. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion:

Un diagnostic précoce associé à un traitement médical et chirurgical combinés joue un rôle clé pour réduire la morbidité et la mortalité

P213 - Candidose œsophagienne : quelles étiologies a suspecté ?

N. Jelalia (1), R. Ben Rebeh (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahya (1), S. MazighMrad (1), S. Boukthir (1).

PédiatrieC ,HôpitalBechir Hamza (1).

Introduction:

La candidose œsophagienne est une pathologie rare, retrouvée essentiellement chez les patients VIH positifs et immunodéficients. Son diagnostic nécessite une enquête étiologique et des investigations plus approfondies.

Objectifs:

Nous rapportons, à travers le cas d'un enfant de 8 ans diagnostiqué avec une candidose œsophagienne, les caractéristiques cliniques, étiologiques de cette maladie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons, à travers le cas d'un enfant de 8 ans diagnostiqué avec une candidose œsophagienne, les caractéristiques cliniques, étiologiques de cette maladie.

Résultats:

Il s'agit d'un enfant âgé de 8 ans, sans antécédents d'épigastralgie évoluant depuis deux mois, admis pour acidocétose diabétique inaugurale sévère. Il a présenté pendant le protocole d'acidocétose deux épisodes d'hématémèse. Le bilan d'hémostase était correct avec une déglobulisation de 2g/dl. Un ulcère gastrique de stress a été suspecté. Une fibroscopie haute a été faite montrant des pseudo-membranes adhérentes au niveau de tout l'œsophage associés à des lésions confluentes, linéaires avec des plaques nodulaires et ulcérées avec une pangastrite érosives et congestives. Une candidose œsophagienne grade 3 a été suspectée, des biopsies ont été faites. Concernant le bilan étiologique, une sérologie HIV est revenue négative et le dosage des immunoglobulines était normal. Une polyendocrinopathie auto-immune type 1 a été suspecté devant la candidose œsophagienne et le diabète mais le bilan surrénalien et phosphocalcique étaient normaux. Le patient a été mis sous fluconazole et inhibiteur de la pompe à proton avec bonne évolution clinique. La fibroscopie de contrôle était normale. Le diagnostic de candidose œsophagienne due au diabète a été retenu.

Conclusion:

La candidose œsophagienne survient principalement en cas d'immunosuppression. Il est essentiel de rechercher un déficit immunitaire primaire ou secondaire chez ces patients avant de retenir l'étiologie diabétique, tout en prenant en compte la possibilité d'une association de plusieurs causes, telles qu'une endocrinopathie auto-immune de type 1.

P214 - Endocardite infectieuse: à propos d'une série pédiatrique

O. Sonnara (1), M. Jouili (1), N. Jemmeli (1), M. Beji (1), M. Ben Ali (1), J. Aloulou (1), B. Mahjoub (1).

Pédiatrie Mahdia (1).

Introduction:

L'endocardite infectieuse est une atteinte septique qui touche l'endocarde. Il s'agit d'une pathologie rare mais grave chez l'enfant survenant sur des terrains de cardiopathie congénitale, mais aussi sur des cœurs sains.

Objectifs:

Déterminer le profil clinique, biologique et évolutif de l'endocardite infectieuse chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective au service de pédiatrie de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia sur une période de 9 ans allant de Janvier 2017 à Janvier 2025. Nous avons inclus tous les enfants hospitalisés pour endocardite infectieuse.

Résultats:

Nous avons colligé 6 cas. L'âge moyen de notre population était de 3,3 ans [8 mois - 9 ans]. Parmi eux, quatre étaient des garçons (66%). Dans notre série, quatre enfants avaient une cardiopathie congénitale sous-jacente à type de CIV isolée ou associée à d'autres anomalies cardiaques. Le motif d'admission était une fièvre prolongée dans deux cas, et une convulsion partielle dans un cas. A l'admission, la fièvre était présente dans 100% des cas, associée à une détresse respiratoire dans 50% des cas, des arthralgie et une éruption cutanée dans 16,6% des cas. Une tachycardie et un souffle cardiaque étaient objectivés chez tous les patients. Aucune porte d'entrée n'a été identifiée. A la biologie, 83% des enfants avaient un syndrome inflammatoire biologique à l'admission. Tous les enfants ont reçu une antibiothérapie empirique à base de Cefotaxime (50%) ou Ampicilline (50%) en association avec les aminosides. L'échographie transthoracique (ETT) a été faite dans un délai moyen de 4 jours objectivant des végétations de siège mitrales dans 50% des cas. L'apyrexie a été atteinte dans un délai moyen de 5 jours avec récidive en moyenne à J11 de prise en charge et recours à la modification de l'antibiothérapie. L'Imipenème a été associé dans 66,6% des cas. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 33 jours. Un germe a été isolé à hémoculture chez 3 enfants. Ces germes étaient staphylocoque à coagulase négative, staphylocoque Meti-S et Pseudomonas aeruginos. La durée moyenne d'hospitalisation était de 38,3 jours. Le recours à la chirurgie s'est avéré nécessaire pour 4 enfants (66,6%). Aucun décès n' a été rapporté.

Conclusion:

L’endocardite infectieuse est une pathologie sévère pouvant engendrer des séquelles graves en absence d’une prise en charge rapide d’où l’importance de dépister et traiter ses facteurs de risque.

P215 - Otomastoidite aigue : série pédiatrique

R. Saidene (1), S. Khattrouch (1), M. Zribi (1), A. Ben Chehida (1), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1).

Service de pédiatrie hôpital La Rabta (1).

Introduction:

L'otomastoïdite aiguë est une infection bactérienne des cellules aériennes mastoïdiennes, généralement secondaire à une otite moyenne aiguë (OMA). Les symptômes incluent généralement de la fièvre, une tuméfaction rétro-auriculaire et des signes d'inflammation de l'oreille moyenne cette pathologie requiert une prise en charge multidisciplinaire et peut entraîner des complications graves.

Objectifs:

Analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, et radiologiques de l'otomastoïdite aiguë chez les enfants et décrire ses aspects thérapeutiques et évolutifs.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive portant sur 20 enfants hospitalisés au service de pédiatrie la Rabta pour otomastoidite aigue sur la période s’étendant de fevrier 2016 à mars 2024.

Résultats:

L'étude a porté sur 20 enfants d’âge moyen de 2 ans et 3 mois avec une prédominance masculine (70%). Plus de la moitié des cas (55%) est survenue en période hivernale. Aucun antécédent ORL n'a été retrouvé. 17 patients n’étaient pas complètement vaccinés contre le pneumocoque. Les symptômes ont évolué sur une moyenne de 4,5 jours, faits de fièvre (70%) et de signes inflammatoires locaux (90%). L’examen clinique a révélé essentiellement une tuméfaction rétro-auriculaire (90%) et un décollement du pavillon (65%). Sur le plan biologique, 75% des patients ont présenté une hyperleucocytose et 70% une CRP élevée. Les prélèvements microbiologiques étaient stériles chez 5 patients et étaient positifs pour un streptocoque multisensible. Radiologiquement, une collection rétro-auriculaire a été retrouvée dans 65%, avec des complications à type de lyse osseuse (20%), de cellulite faciale (5%) et de thrombose veineuse (15%). L'antibiothérapie initiale était l'association amoxicilline-acide clavulanique dans 45% des cas. Des ajustements thérapeutiques ont été réalisés dans 40% des cas. L'intervalle moyen d'apyrexie était de 3 jours et 8 heures. La durée moyenne de l'antibiothérapie intraveineuse était de 12 jours et la durée totale d'antibiothérapie de 19 jours. L'amoxicilline-acide clavulanique a été utilisé pour le relais per os dans 100% des cas. Huit patients (40%) ont nécessité une mise à plat chirurgicale. Une reprise chirurgicale a été nécessaire chez 15% des patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14 jours. Des complications à court terme ont été enregistrées dans 15% à type de lyse osseuse , augmentation de la taille de la collection et infection liée aux soins et une récidive a été notée chez un patient après un mois.

Conclusion:

L'otomastoïdite aiguë chez l'enfant, bien que souvent bénigne, peut entraîner des complications graves. La surveillance attentive des signes cliniques et notamment neurologiques ainsi que la prise en charge rapide et adaptée sont essentielles pour éviter des évolutions défavorables. La couverture vaccinale antipneumococcique semble améliorer le pronostic de l'otomastoidite et réduire l'incidence et la gravité des cas.. La gestion repose sur l'antibiothérapie, mais certains cas nécessitent une prise en charge chirurgicale, le traitement conservateur étant la règle.

Maladies héréditaires du métabolisme

P216 - Une cardiomyopathie dilatée révélant un déficit primaire en carnitine

S. Ben Ahmed (1), E. Cherif (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

médecine infantile A (1).

Introduction:

Le déficit primaire en carnitine est une maladie métabolique rare, de transmission autosomique récessive et létale en l'absence de traitement. Il est dû à une mutation du gène SLC22A5 qui code pour le transporteur de la carnitine. Les présentation clinique est très polymorphe : un malaise hypoglycémique hypocétosique , une faiblesse musculaire et une insuffisance cardiaque secondaire à une cardiomyopathie.

Objectifs:

Illustrer l'importance de rechercher une cause métabolique particulièrement un déficit primaire en carnitine devant une cardiomyopathie dilatée chez l'enfant, vu qu'il s'agit d'une maladie traitable.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons un cas de cardiomyopathie dilatée (CMD) par déficit primaire en carnitine chez un garçon âgé de 5 ans.

Résultats:

YM, de sexe masculin, né de parents non consanguins, a été hospitalisé à l'âge de 5 ans pour une insuffisance cardiaque. Il a comme antécédents familiaux un frère décédé à l'âge de huit ans pour une décompensation cardiaque sur une CMD. YM était suivi depuis l'âge de deux ans en ville pour une CMD avec une FeVG à 28 % sans aucune exploration étiologique et mis sous traitement de l'insuffisance cardiaque. L'examen physique à l'admission a retrouvé des signes d'insuffisance cardiaque : polypnée, tachycardie à 180bpm, turgescence des veines jugulaires, reflux hépato-jugulaire, des crépitants à l'auscultation pulmonaire avec hépatomégalie et hépatalgie. Une cardiomégalie importante a été retrouvée à l'imagerie. L'échographie transthoracique a révélé une cardiomyopathie dilatée sévère avec une FeVG à 10%. Les bilans inflammatoire et infectieux étaient négatifs. L'enfant a été mis sous furosémide IV en continu avec une supplémentation par L-Carnitine à la dose de 100mg/kg/j après la réalisation d'un bilan métabolique complet. Le résultat du dosage de la carnitine plasmatique libre et totale a révélé des taux très bas. L'évolution était fatale au bout d'un mois d'hospitalisation.

Conclusion:

Le déficit primaire en carnitine est une pathologie à évoquer systématiquement devant toute cardiomyopathie dilatée. La prise en charge est simple et le pronostic est conditionné par une supplémentation précoce par la L- carnitine.

P217- Gangliosidose à GM1 : A propos d'un cas

W. Jrad (1), R. Hadj Salem (1), I. Zmanter (1), E. Sfar (1), Y. Smaoui (1), K. Laamiri (1), F. Thabet (1), S. Chouchane (1).

Pédiatrie , CHU Fattouma Bourguiba Monastir (1).

Introduction:

La gangliosidose à GM1 est une maladie de surcharge lysosomale caractérisée par une déficience de la ß-galactosidase et par un large spectre de traits neuro-viscéraux, ophtalmologiques et dysmorphiques.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques et paracliniques permettant d'orienter le diagnostic de gangliosidose à GM1 de type 1et souligner l'importance du conseil génétique.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'un cas de gangliosidose à GM1 de type 1 identifié dans le service de pédiatrie de l'hôpital Fattouma Bourguiba Monastir , Tunisie .

Résultats:

Il s'agit d'un nourrisson agé de quatre mois, issu de parents consanguins de deuxième degré, admis pour fièvre. Le diagnostic retenu était un sepsis secondaire à une infection urinaire. À l'examen physique, il présentait des traits faciaux grossiers, un retard psychomoteur, une hypotonie axiale et périphérique, une mauvaise poursuite oculaire, un faible reflexe de succion et une hépatosplénomégalie. La biologie montrait une anémie, une thrombopénie, et une hypogammaglobulinémie. L'examen ophtalmologique révélait une pâleur papillaire et la TDM cérébrale une agénésie totale du corps calleux avec une atrophie cortico-sous-corticale frontale bilatérale. Le séquencage d'exome identifiait une mutation pathogène du gène GLB1, confirmant le diagnostic de gangliosidose GM1 de type 1. Le traitement était symptomatique avec alimentation par gavage nasogastrique.

Conclusion:

La gangliosidose GM1 de type 1 est une maladie neurodégénérative rare et létale. Il n'existe actuellement aucun traitement curatif pour cette pathologie, et la prise en charge demeure palliative. Le conseil génétique est nécessaire vu sa transmission autosomique récessive. Mots clés : Retard psychomoteur, Hépatosplénomégalie, Gangliosidose GM1

P218 - L'ANÉMIE MÉGALOBLASTIQUE THIAMINE DÉPENDANTE: À PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS PÉDIATRIQUES

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

service de médecine infantile A (1).

Introduction:

L'anémie mégaloblastique thiamine dépendante (AMTD) est une maladie génétique rare due à une dysfonction d'un transporteur de la thiamine provoquant l'anémie ainsi que des atteintes extra médullaires. Moins de 80 cas ont été rapportés dans la littérature, essentiellement chez des familles originaires des pays du Proche-Orient. La forme classique de la maladie associe une anémie mégaloblastique, un diabète insulino-dépendant, une hypoacousie ou une surdité de perception. Le diagnostic repose sur la mise en évidence de variations génétiques au niveau du gène SLC19A2.

Objectifs:

Faire le point sur une pathologie rare à travers trois observations d'une même fratrie.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive colligeant tous les cas d'AMTD admis au service de Médecine Infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis sur 26 ans [1998- 2024].

Résultats:

Nous avons colligé trois cas d'AMTD issus d'une même fratrie. Le frère ainé CA a été admis à l'âge de trois mois dans un tableau d'acidocétose diabétique et d'anémie. Il a été transfusé et mis sous insulinothérapie. La surdité a été diagnostiquée à un an et la rétinopathie à deux ans et demi. Il avait par ailleurs un retard psychomoteur. Le diagnostic d'AMTD n'a été retenu qu'à l'âge de sept ans suite à l'exploration de sa sœur cadette avec mise sous vitamine B1. L'enfant est décédé à l'âge de huit ans dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigüe. La sœur AA, a été admise à l'âge de trois mois pour pâleur révélant une anémie mégaloblastique. Le diagnostic de diabète a été retenu à onze mois avec mise sous insulinothérapie. La surdité a été diagnostiquée à neuf mois et l'enfant n'a pas été appareillée. Devant la triade, le diagnostic de syndrome de Rogers a été retenu et la vitamine B1 a été débutée à l'âge de neuf mois. Une rétinopathie a été diagnostiquée à 13 ans. La patiente est non voyante et sourde-muette. Elle a développé à 20 ans des troubles du rythme cardiaque. La soeur DA a été diagnostiquée à l'âge de six mois dans le cadre de l'enquête familiale avec mise sous vitamine B1. A 10 ans, elle a présenté un diabète ainsi qu'une fibrillation auriculaire. L'enfant ne présente par ailleurs ni surdité ni rétinopathie.

Conclusion:

Le diagnostic d'AMTD doit être évoqué devant la triade anémie mégaloblastique, surdité et diabète. La vitaminothérapie doit être débutée le plus tôt possible pour retarder les complications neurosensorielles.

P219 - Le déficit en carnitine : Une cause rare mais réversible de cardiomyopathie dilatée chez l'enfant

S. Dayegue (1), S. Ben Ameur (1), M. Zouari (1), F. Charfi (1), M. Bahloul (1), S. Kmiha (1), R. Kolsi (1), I. Maaloul (1), R. Belhadj (1), H. Aloulou (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1).

Pédiatrie A CHU Hédi Chaker Sfax (1).

Introduction:

La cardiomyopathie dilatée (CMD) est caractérisée par la dilatation uni ou biventriculaire, associée à une dysfonction systolique. Bien que diverses étiologies puissent en être à l'origine, les causes métaboliques, notamment le déficit en carnitine, sont à évoquer chez le nourrisson et le jeune

enfant. La carnitine joue un rôle important dans le métabolisme énergétique du myocarde, et son déficit entraine une accumulation de lipides dans les myocardiocytes, conduisant à une dysfonction myocardique.

Objectifs:

Souligner l'importance de considérer les troubles métaboliques, en particulier le déficit en carnitine, dans le bilan étiologique des CMD d'apparence primitive chez les jeunes patients. Mettre en évidence la réversibilité potentielle de la CMD grâce à une supplémentation orale en L-carnitine, malgré la gravité initiale de la pathologie. Illustrer l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge rapides pour améliorer le pronostic à long terme.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons ici le cas d'une patiente présentant une cardiomyopathie dilatée d'origine métabolique due à un déficit en L-carnitine, une situation clinique rare, grave, mais potentiellement réversible avec un traitement approprié.

Résultats:

Une fille de 7 ans, issue d'un couple consanguin, et aux antécédents familiaux de décés en bas age, a été hospitalisée en pédiatrie pour une dyspnée dans un contexte de fièvre, l'enfant présentait à l'examen clinique des signes d'insuffisance cardiaque (tachycardie, hépatomégalie sans splénomégalie, reflux hépato jugulaire, et turgescence de veines jugulaires) et la radiographie thoracique a retrouvé une cardiomégalie sans OAP. La biologie a retrouvé une élévation des NT-Pro BNP sans autre anomalie. L'échographie cardiaque retrouve un VG dilaté globuleux de fonction systolique très altérée avec une FEVG à 20%, et une ITV sous aortique à 9 mm. Le diagnostic d'une cardiomyopathie dilatée était posé, l'enquête étiologique avait élémine une atteinte post myocarditique virale, bactérienne ou parasitaire, les causes valvulaires et ischémiques ont été éliminées par l'électrocardiogramme et l'échocardiographie. Le déficit en L-carnitines a été confirmé par un dosage effondré de la L-carnitine , et le traitement substitutif par le Levocarnil 100 mg/kg/j a été rapidement initié en association au traitement symptomatique de l'insuffisance cardiaque avec une évolution favorable permettant une amélioration nette mais partielle de la fonction cardiaque à 55%.

Conclusion:

Ce cas souligne l'importance de considérer les troubles métaboliques, tels que le déficit en carnitine, dans le bilan étiologique des CMD d'apparence primitive. Cela rejoint les recommandations de la littérature qui préconisent un dosage systématique des carnitines et autres paramètres métaboliques dans ces situations. il est important de noter que le déficit primaire en carnitine est souvent lié à des mutations du gène SLC22A5, responsable du transport de la carnitine La réversibilité de la CMD grâce à une supplémentation orale en L-carnitine est un point essentiel. Ce cas illustre que, malgré la gravité initiale de la pathologie, une prise en charge rapide peut conduire à une récupération complète de la fonction cardiaque et à un excellent pronostic à long terme.

P220 – AcidurieMéthylmalonique : à propos de 7 cas

A. Radhouani (1), N. Nouira (1), A. Maachaoui (1), H. Ben Hmida (1).

Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité du CHU Monastir (1).

Introduction:

L'acidurieméthylmalonique (AMM) est une maladie génétique rare, se transmet selon un mode autosomique récessif, due à des troubles du catabolisme du propionate, causée par des mutations affectant le métabolisme de la méthylmalonyl-CoA. Elle peut être due à un déficit en méthylmalonyl-CoA mutase ou à des anomalies dans le métabolisme de la cobalamine. Les patients atteints présentent une accumulation toxique de méthylmalonate, ce qui perturbe le cycle de Krebs et la production d'énergie cellulaire.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et génétiques de l'acidurieméthylmalonique (AMM) à travers une série de sept cas.

Matériel et méthodes:

Nous avons inclus tous les nouveau-nés diagnostiqués avec une acidurieméthylmalonique confirmée par la chromatographie des acides organiques sur une période de huit ans, hospitalisés au service de réanimation et de Médecine néonatale du CHU Monastir.

Résultats:

Tous les patients, issues d'un mariage consanguin. Des antécédents familiaux d'AMM présentaient chez 4 cas, un décès en bas âge chez 4 cas, et un cas d'encéphalopathie convulsivante. Un sex-ratio M/F était 2,5. Tous les malades sont nés à terme. L'âge moyen des patients à l'admission était de 3 jours [1– 13]. Les signes neurologiques et respiratoires étaient au premier plan. Une détresse respiratoire était présente chez 5/7 patients (respiration de Kusmaul), tandis que des manifestations neurologiques étaient observées dans 6/7, type hypotonie dans 3 cas, suivie des convulsions (n=2) et du refus de téter (n=1). Par ailleurs, 1/7 a présenté un trouble hémodynamique, 6/7 avait une hépatomégalie, 1/7 a présenté une hypoglycémie et 1 cas avait une hyperglycémie. A la bandelette urinaire l'acétonurie a été détectée chez deux cas. Sur le plan biologique, tous les patients avaient une acidose métabolique avec un trou anionique augmenté, 3/7 avaient une hypokaliémie, 4/7 avaient une hyperammoniémie, 3/7 avaient une hyperlactatémie, 2/7 avaient une cytolyse hépatique, 3/7avaient une néphropathie tubulaire et 3/7 avaient une cytopénie dont deux avaient une anémie et l'autre avait une pancytopénie. La chromatographie des acides organiques urinaires a confirmé l'élévation de l'acide méthylmalonique avec une moyenne de 61% [36-78]. 3/7 patient ont bénéficié d'une étude génétique, deux présentaient une mutation dans le gène AMM MUT0, tandis qu'un cas avait une mutation dans le gène Cb1A à l'état hétérozygote. Les anomalies associées étaient une cardiopathie congénitale chez 3/7 patients, ainsi qu'un cas d'AVC ischémique congénital. La prise en charge reposait sur un régime hypoprotidique et une supplémentation en L-carnitine, en vitamine B12 et en Flagyl . Deux cas ont reçu du Carbaglu et du benzoate de sodium. L'évolution a été marquée par un retard psychomoteur chez un cas qui avait une mauvaise observation thérapeutique.

Conclusion:

A travers notre série, la présentation clinique de l'acidurieméthylmalonique est variable et peut prêter confusion à une cardiopathie ou un déficit énergétique, mais une coopération avec les biochimistes permet d'orienter rapidement le diagnostic et adapter la prise en charge. Un conseil génétique est possible avec l'identification de la mutation en cause.

P221 - Le profil évolutif des patients porteurs de déficit en néoglucogenèse : étude de 6 observations

N. Ghabi (1), N. Soyah (1), R. Kbaili (2), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), A. Tej (1), L. Boughamoura (1).

Service Pédiatrie CHU Farhat HachedSousse (1).Service Pédiatrie CHU Farhat Hached (2).

Introduction:

La néoglucogenèse est un processus métabolique essentiel permettant la synthèse de glucose à partir de substrats non glucidiques, notamment en période de jeûne. Chez l'enfant, une altération de cette voie peut entraîner une hypoglycémie récurrente, une intolérance au jeûne et d'autres complications métaboliques.

Objectifs:

L'objectif est de décrire le profil évolutif des patients porteurs de déficit en néoglucogenèse, notamment à l'adolescence, mettant en lumière les facteurs déclenchant, les manifestations cliniques et métaboliques ainsi que les stratégies thérapeutiques et préventives.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique rétrospective portant sur les patients atteints d'anomalies de la néoglucogenèse, suivis au service de pédiatrie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse.

Résultats:

Nous avons analysé six observations de patients présentant un déficit en néoglucogenèse, il s'agit de 4 filles et 2 garçons avec un sex-ratio de 1/3. L'âge au moment du diagnostic a été précoce avant l'âgé de 1 an dans la majorité des cas (n=5). Ils sont tous porteurs d'un déficit en fructose 1-6 diphosphatase. Tous les patients ont eu une éducation du régime et disposent d'un appareil dextro pour mesurer la glycémie au doigt. Cependant, la fréquence moyenne des épisodes de décompensation a été de 3 fois par an (minimum 1 épisode et maximum 6). L'infection a représenté le principal facteur déclenchant. Cliniquement, les patients ont présenté le plus souvent des épisodes d'hypoglycémie symptomatique associée à des vomissements. Sur le plan biologique, une acidose métabolique avec hyper-lactacidémie a été observée dans 100 % des cas, dont 68 % une acidose métabolique sévère (PH < 7.1; HCO3- < 8) . Une cytolyse hépatique a été retrouvée chez 65 % des patients, associée à un tableau d'insuffisance hépatocellulaire transitoire dans 38 % des cas, des troubles électrolytiques observés dans 74% avec une insuffisance rénale fonctionnelle dans 68%. La prise en charge repose sur une réhydratation par solution glucosée à 10 % afin d'assurer un apport glucidique optimal et une correction des chiffres glycémiques, associée à une correction des troubles ioniques et un traitement de la cause de la décompensation. Une durée moyenne d'hospitalisation a été de 4,5 jours [2-15 jours], avec un recours aux soins intensifs dans 16 % des cas, pour une durée moyenne de 2,6 jours [1-5 jours]. Concernant l'évolution à moyen terme, la survie globale a été de 83 %, avec cinq patients vivants et un décédé dans un contexte d'encéphalopathie hépatique avec état de choc septique. L'âge actuel de nos patients sont compris entre 4 ans et 12 ans.

Conclusion:

Le déficit en néoglucogenèse est une maladie métabolique rare qui affecte la vie sociale des patients en raison de ses décompensations fréquentes. La prise en charge repose essentiellement sur la

prévention de ces épisodes par une alimentation adaptée, associée à une éducation thérapeutique et un suivi médical rigoureux. Malgré ces mesures, l'évolution de la maladie demeure imprévisible, avec un risque de complications pouvant compromettre le pronostic vital.

P222 - Retard du développement et dysmorphie faciale discrète : penser à la mucopolysaccharidose de type III – À propos d'un cas

E. Ben ElhajRhouma (1), M. Youssef (1), S. Hedhili (1), I. FekihRomdhane (1), M. Saidane (1), H. Ben Hammouda (1).

Service de néonatologie, Hôpital universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

La mucopolysaccharidose de type III (MPS III), ou syndrome de Sanfilippo, est une maladie lysosomale rare caractérisée par une accumulation de glycosaminoglycanes, en particulier l'héparane sulfate, entraînant un déclin neurocognitif progressif. Le diagnostic est souvent retardé en raison de signes dysmorphiques discrets et d'une atteinte viscérale modérée.

Objectifs:

Identifier les caractéristiques cliniques évoquant la mucopolysaccharidose type III

Matériel et méthodes:

Nous Rapportons le cas d'une patiente suivie a Notre Consultation de Néonatalogie

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un enfant de sexe féminin âgée de 4 ans, issu d'une consanguinité parentale, suivie pour un asthme du nourrisson dés le jeune âge, présentant un retard du développement psychomoteur et du langage dès l'âge de 2 ans. À 3 ans et 9 mois, l'enfant pouvait s'asseoir avec aide et ne prononçait que quelques mots. L'examen clinique retrouvait une macrocrânie modérée, une dysmorphie faciale discrète avec un nez large et un front bombant, une hypertrophie gingivale, une dysplasie thoracique, un souffle cardiaque en rapport avec une communication interauriculaire et un hippocratisme digital. Les échographies transfontanellaire et abdominale réalisées à 75 jours étaient sans anomalies. Le dosage des glycosaminoglycanes urinaires révélait une élévation de l'héparane sulfate, orientant vers une MPS III, avec confirmation enzymatique en cours.

Conclusion:

Ce cas illustre l'importance d'évoquer une mucopolysaccharidose devant un retard psychomoteur inexpliqué associé à des signes dysmorphiques discrets. Une reconnaissance précoce permet d'orienter rapidement les investigations biologiques et enzymatiques en vue d'un diagnostic définitif et d'une prise en charge adaptée.

Néonatologie

P223 - Infectiousmorbidity in newborns of diabeticmothers C'est la meme série que l'abstract 3097. Je garderai plutôt l'abstract 3097, plus complet

Y. Sdiri (1), O. Jelassi (1), F. Hassine (1), B. Jerbi (1), H. Chourou (1), W. Belhajammar (1), S. Kacem (1), F. Ayari (1).
médecine et réanimation néonatale CMNT (1).

Introduction:
The newborn infant of a diabeticmotheris a child at potentialrisk of neonatalmorbidity and mortality. Respiratory and metabolic complications are the mostfrequent. Somestudies have suggested an increasedrisk of infection in thesechildren, particularly of healthcare-associated infections followingpriorinsulintherapy.

Objectifs:
Look for a significant association betweenmaternaldiabetes and the occurrence of infectious complications in the newborn.

Matériel et méthodes:
This is a descriptive, retrospective, cross-sectional studyconducted over a six-monthperiod (July 2022-December 2022).

Résultats:
Among the newborns of diabeticmothersincluded in the study(N= 246) , 44 (17.9%) presentedwith a confirmed or probable neonatalbacterial infection (NBI), including 37 (17.3%) in the "Gestationaldiabetes: GD" group, four (23.5%) in the "Diabetes type 2" group, and three (20%) in the "Diabetes type 1" group. A meningeallocalizationwasfound in sevennewborns, i.e. 15.9% of NN with NBI, giving a neonatalmeningitis rate of 2.8% amongneonatesincluded in the study. Of the study population, 15 (6.1%) presentedwith a healthcare-associated infection, including 12 (5.6%) in the GD group and three (17.6%) in the T2D group. Positive blood cultures werefoundin 7/15 cases, giving a bacteriological confirmation rate for nosocomial infections of 47%. The most frequently observed germs were E. coli and KP, which secrete ESBL.

Conclusion:
In ourstudy, wefound no significant association betweeninfectious complications between the "gestationaldiabetes" and "pre-gestationaldiabetes" groups, norwithinsulin administration.

P224- Complications à court et moyen terme des méningites néonatales

E. Ben ElhajRhouma (1), I. FekihRomdhane (1), S. Hedheli (1), A. Ben Hassen (1), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:
La méningite néonatale est une infection grave associée à une morbidité et une mortalité élevées, due à l'immaturité de système immunitaire et au développement cérébral des nouveau-nés. Les complications incluent, à court terme, le choc septique, les convulsions et l'hydrocéphalie, et, à long terme, des séquelles neurodéveloppementales telles que le retard psychomoteur, les déficits sensoriels et les troubles cognitifs. Cette étude analyse les complications de méningite néonatale pour optimiser la prise en charge et le suivi.

Objectifs:
Identifier les complications à court terme, évaluer les séquelles à long terme et proposer des stratégies de prévention et de suivi pour réduire les complications.

Matériel et méthodes:
Etude descriptive rétrospective incluant tous les cas de méningite néonatale, menée au sein du service de néonatologie de l'hôpital Taher Sfar Mahdia, sur une période de 7 ans allant de 2017 à 2024

Résultats:
Au cours de la période d'étude, nous avons recensé 20 cas de méningite néonatale. Parmi les complications a court terme, Six patients ont présenté un état de choc septique et neufs ont présenté des convulsions. 17 patients de notre population d'étude ont bénéficié d'une échographie

transfontanellaire pendant leur hospitalisation. Elle s'est avérée pathologique dans 58 % des cas. Une tomodensitométrie cérébrale (TDM) a été réalisée chez huit nouveau-nés, révélant des anomalies dans 35 % des cas. Les anomalies observées incluaient un cas de ventriculite, trois cas d'hydrocéphalie :parmi lesquels un nouveau né a bénéficié d'une dérivation extra-ventriculaire et sept cas d'hémorragie intraventriculaire. Sept patients sont décédés, avec un taux de mortalité global de 35 %. Ce taux s'élevait à 85,7 % pour les formes précoces et il est égal à 14,3 % pour les formes tardives. Chez les nouveau-nés de faible poids de naissance (< 2500 grammes) et les prématurés, le taux de mortalité atteignait 71,4 %, contre 28,6 % chez les nouveau-nés à terme. L'âge moyen du décès était de 40 jours, avec des extrêmes entre trois jours et 152 jours. Le suivi à long terme a révélé un retard psychomoteur chez six patients, dont cinq présentaient des séquelles sous forme d'épilepsie lésionnelle.

Conclusion:

Les complications à court et à long terme de la méningite néonatale constituent un handicap majeur pour les patients et leurs familles. Une prise en charge précoce et un suivi rigoureux sont essentiels pour réduire les séquelles à long terme. Cette étude souligne la nécessité de renforcer les stratégies de prévention, notamment par le dépistage prénatal d'infection maternelle et l'amélioration des outils de diagnostic rapide.

P225- Les aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques et thérapeutique de méningite néonatale

S. Hedhili (1), I. FekihRomdhane (1), E. Ben ElhajRhouma (1), H. Jaouadi (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

La méningite néonatale, souvent causée par Streptocoque B et Escherichia coli, est une infection grave en raison de l'immaturité immunitaire des nouveau-nés. Malgré les progrès en réanimation néonatale, son diagnostic précoce reste difficile en raison de symptômes discrets et de la diversité des agents pathogènes.

Objectifs:

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques et thérapeutiques des méningites néonatales.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective incluant tous les cas de méningite néonatale, menée au sein du service de néonatologie de l'hôpital TaherSfar Mahdia, sur une période de 7 ans allant de 2017 à 2024

Résultats:

Au cours de la période d'étude, nous avons colligés 20 cas de méningite néonatale avec un sex-ratio de 2,3. La majorité des patients (60 %) était des prématurés, et 45 % des cas concernaient des nouveau-nés de faible poids de naissance (< 2 500 g). Ces méningites correspondaient à des infections bactériennes néonatales précoces dans 71 % des cas, et tardives dans 29 %. Une anamnèse infectieuse positive était rapportée dans 45 % des cas.Les principaux signes cliniques à l'admission étaient une détresse respiratoire (35 %), suivie de la fièvre (30 %) et des convulsions (20 %). Une complication par état de choc septique a été observée dans 27 % des cas.À l'hémogramme, une hyperleucocytose était présente dans 14 % des cas, une leucopénie dans 4 %, une anémie (hémoglobine < 15 g/dL) dans 70 %, et une thrombopénie (< 150 000/mm³) dans 14 %. La CRP dépassait 20 mg/L dans 80 % des cas.Concernant le liquide céphalorachidien (LCR), son aspect était clair dans 30 % des cas, trouble dans 20 %, et hémorragique dans 15 %. L'étude cytochimique et bactériologique du LCR a confirmé le diagnostic de méningite. Une pléiocytose> 200 éléments blancs/mm³ a été retrouvée dans 43 % des cas, avec une moyenne de 606 éléments blancs/mm³, à prédominance polynucléaire neutrophile dans 85 % des cas. La protéinorachie variait entre 0,4 et 5,7 g/L, avec une moyenne de 1,7 g/L. Une glycorachie < 2,2 mmol/L a été notée dans 9 % des cas, et un rapport glycorachie/glycémie < 0,5 dans 85 %.La confirmation bactériologique de méningite a été

obtenue dans 4 cas, avec l'identification des germes suivants : Escherichia coli, streptocoque du groupe B, Klebsiella pneumoniae productrice de BLSE, et Pseudomonas aeruginosa.Le traitement initial associait céfotaxime, ampicilline et gentamicine dans 43 % des cas. Une antibiothérapie incluant de l'ofloxacine a été administrée pendant les cinq premiers jours dans 47 % des cas.

Conclusion:

Les méningites néonatales surviennent principalement chez les prématurés et les nouveau-nés de faible poids de naissance. Un diagnostic précoce et une antibiothérapie adaptée sont essentiels pour améliorer le pronostic, tandis que des mesures préventives, comme l'asepsie rigoureuse et la surveillance des nouveau-nés à risque, sont cruciales pour réduire l'incidence de méningite.

P226- Facteurs maternels associés à la prématurité : étude de 65 cas de naissances prématurées au sein du service de néonatologie de Mahdia

H. Jaouadi (1), I. FekihRomdhane (1), J. Green (1), A. Ghorbali (1), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

La prématurité représente un problème majeur de santé publique en raison de son impact sur la morbidité et la mortalité néonatales. Elle entraîne des complications graves à court et à moyen terme. Malgré les progrès en périnatalogie, l'incidence de la prématurité reste élevée, en particulier dans les régions en développement. Cette étude vise à identifier les facteurs maternels favorisant les naissances prématurées dans un contexte local afin d'orienter les stratégies de prévention.

Objectifs:

Décrire les facteurs maternels associés à la prématurité pour une meilleure prévention ultérieure.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de 65 cas de nouveau-nés prématurés hospitalisés dans le service de néonatologie de Mahdia durant une période de 6 mois, du 1er janvier au 30 juin 2024.

Résultats:

Nous avons étudié 65 cas de naissances prématurées. L'âge moyen des mères était de 30 ans [17-41 ans], toutes mariées. Le niveau d'instruction était inconnu pour 74,1 %, universitaire pour 5,6 %, primaire pour 11,1 %, et secondaire pour 7,4 %. La majorité (79,6 %) était au foyer, et 25,9 % avaient une consanguinité. Le groupe sanguin prédominant était O (48,1 %), avec un rhésus positif dans 94,4 % des cas. Aucune consommation déclarée de tabac, d'alcool ou de drogues n'a été relevée.Les antécédents médicaux incluaient une hypothyroïdie (5,7 %), un prédiabète (1,9 %) et deux cas de malformations utérines (3,7 %). Les antécédents gynéco-obstétriques montraient des fausses couches (40,7 %), des morts fœtales in utero (1,9 %), ainsi qu'un cas de grossesse multiple. La grossesse était mal suivie dans 55,6 % des cas et compliquée de diabète gestationnel dans 27,8 % des cas et de toxémie gravidique dans 11,1 % des cas. Une multiparité était présente dans 68,5 % des cas, avec 9 grossesses gémellaires et une grossesse triple.Les sérologies maternelles révélaient des lacunes dans le dépistage de la toxoplasmose (31,5 % non fait), de la rubéole (25,9 % négative, 35,2 % non fait), de la syphilis (59,3 % négative, 40,7 % non fait), et de l'antigène de l'hépatite B (1 cas positif). La prématurité était spontanée dans 77,8 % des cas, souvent liée à une anamnèse infectieuse positive (79,6 %) : un cas de chorioamniotite, trois infections urinaires traitées et sept ruptures prématurées des membranes.

Conclusion:

La prématurité reste une cause majeure de morbidité et de mortalité néonatale. Cette étude souligne l'impact des facteurs maternels tels que l'âge, les comorbidités et les conditions socio-économiques. Une prise en charge précoce et des stratégies de prévention ciblées sont essentielles pour réduire son incidence.

P227 - LES PERLES D'EPSTEIN : UNE PATHOLOGIE BÉNIGNE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

B. Jerbi (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), W. Belhadj Ammar (1), Y. Sdiri (1), F. Ayari (1), S. Kacem (1).

Service de Médecine et Réanimation Néonatale du Centre de Maternité et de Néonatologie de Tunis (1).

Introduction:

Certaines conditions bénignes transitoires de la muqueuse buccale sont souvent observées chez le nouveau-né. Les perles d'Epstein sont des petits nodules blancs ou jaunâtres développés à partir des débris épithéliaux des follicules dentaires. Ces lésions, bien qu'elles soient inoffensives, inquiètent souvent les parents.

Objectifs:

Rapporter une observation de perles d'Epstein avec étude de la littérature.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective d'un cas clinique d'un nouveau-né présentant des perles d'Epstein dans le service de Médecine et Réanimation Néonatale du Centre de Maternité et de Néonatologie de Tunis.

Résultats:

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin eutrophique né par voie basse à 36 SA, issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse bien suivie menée sans dysgravidies. Il a présenté une détresse respiratoire néonatale immédiate en rapport avec une détresse respiratoire transitoire ayant nécessité sa mise sous CPAP nasale, et une suspicion d'infection néonatale bactérienne précoce infirmée secondairement. Le nouveau-né a présenté une macrostomie avec des petits nodules jaunâtres au niveau de la gencive. Le diagnostic de perles d'Epstein a été retenu et aucun traitement n'a été prescrit. L'alimentation a été instaurer initialement par gavage puis par biberon. Le nouveau-né a été mis sortant après éducation des parents. Discussion : Les perles d'Epstein représentent une atteinte bégnine de la muqueuse buccale à résolution spontanée. Elles touchent 60-85% des naissances. Ces kystes résultent de l'inclusion de résidus épithéliaux pendant la fusion embryologique des crêtes palatines. La plupart de ces lésions involuent spontanément dans les premières semaines à quelques mois de la vie. Les lésions ne sont presque jamais vues après l'âge de 3 mois. Aucune prise en charge n'est nécessaire, car ils sont asymptomatiques et sans conséquence pathologique.

Conclusion:

Le diagnostic de perles d'Epstein est purement clinique. Aucune thérapie n'est indiquée. Le principal objectif du praticien et en particulier les néonatologistes et les pédiatres est de rassurer les parents et d'encourager l'allaitement maternel.

P228- Détresse respiratoire néonatale : les malformations broncho-pulmonaires congénitales comme étiologie à ne pas méconnaître

B. Jerbi (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), W. Belhadj Ammar (1), N. Ben Aba (1), Y. Sdiri (1), F. Ayari (1), S. Kacem (1).

Service de Médecine et de Réanimation Néonatale Centre de Maternité et de Néonatologie de Tunis (1).

Introduction:

Les malformations bronchopulmonaires (MBP) présentent un spectre large d'anomalies congénitales. Les présentations cliniques dès la période fœtale de ces malformations congénitales sont très variées avec un pronostic également variable et la prise en charge postnatale de cas malformation n'est pas encore standardisée.

Objectifs:

Décrire les différents types des MBP diagnostiquées à la période néonatale et décrire leur profil clinique, évolutif et thérapeutique de ces lésions.

Matériel et méthodes:

Étude descriptive rétrospective incluant tous les nouveau-nés présentant une MBP, menée au service de médecine et de réanimation néonatale du CMNT, sur une période de 9 ans (du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2023).

Résultats:

Nous avons colligé 23 nouveau-nés. La prévalence était de 0,23 cas pour 1000 naissances vivantes. Nous avons noté deux pics durant la période d'étude : 2015 et 2019. Le sexe ratio M/F était de 0,91. Le taux de césarienne était de 69,5% (N=16). Le terme moyen à la naissance était de 37,53 ± 2,87 SA (31 - 41). Le poids de naissance moyen était de 2901,30 ± 833,34 g. Le diagnostic anténatal a été porté dans 65,21% (N=15) des cas à un âge gestationnel moyen 24,36 ± 4,46 SA (18-34 SA). L'échographie a été pratiqué dans 56,52% (N=13) des cas et l'IRM fœtale a été pratiquée dans cinq cas, à un terme moyen de 26 ± 2,82 SA. Une DRNN était retrouvée chez 78,3 % (N=18) des nouveau-nés avec un score de Silverman moyen à 3,88 (2-6). Les différents diagnostics retenus sont : MAKP dans 56,5% des cas, séquestration pulmonaire dans 21,7% cas, Hypoplasie pulmonaire dans 13% cas, et agénésie trachéale dans 8,7% des cas. Le traitement conservateur a été indiqué dans 65,21% des cas (N=15) alors qu'une prise en charge chirurgical a été indiqué dans quatre cas. Le taux de mortalité hospitalière dans la population d'étude était de 34,78% (N= 8), avec un âge moyen au décès à de 18,63 ± 27,08 jours. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient la présence de DRNN (p=0,04), la réanimation en salle de naissance, la présence de comorbidités telle que l'ECUN, un pneumothorax ou une CIVD (p=0,03) et la présence d'autres malformations (p = 0,03).

Conclusion:

Les MBP, bien qu'elles soient rares, représentent un défi diagnostic et thérapeutique. Ses différents aspects évolutifs soulignent l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et la nécessité d'études supplémentaires pour approfondir notre compréhension de ces malformations et améliorer les stratégies de traitement.

P229 - La malformation adénomatoïde kystique pulmonaire : à propos de deux cas

O. Kchaou (1).

Service de néonatologie de Sfax (1).

Introduction:

La malformation adénomatoïde kystique pulmonaire (MAKP) est une dilatation kystique rare des bronches distales, souvent diagnostiquée en période périnatale, mais pouvant être découverte plus tard, y compris à l'âge adulte. Les formes plurilobaires ou bilatérales sont rares.

Objectifs:

Illustrer le diagnostic et la gestion de la malformation adénomatoïde kystique congénitale chez les nouveau-nés.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons deux cas intéressants de MAKP, l'un avec un diagnostic prénatal et présentant à la naissance un MAKP bilatéral et l'autre présentant un pneumothorax bilatéral à la naissance.

Résultats:

Cas 1 : Un bébé de sexe féminin, né à 32 semaines de gestation d'une mère présentant une HTA gravidique et un diabète gestationnel, a été admis en réanimation pour détresse respiratoire néonatale sévère. À la naissance, le bébé pesait 1750g, mesurait 42cm et avait un périmètre crânien de 29cm. La radiographie thoracique a révélé un pneumothorax droit et un aspect alvéolaire à gauche. Après un deuxième pneumothorax droit, un angioscanner thoracique a montré un emphysème disséquant et destructeur des lobes pulmonaires. Une lobectomie droite a été réalisée à 21 jours de vie. Le diagnostic final était une malformation adénomatoïde kystique congénitale de type I/3, manifestée par un pneumothorax bilatéral. L'évolution postopératoire a été favorable et le bébé a été mis sortant à j 36 de vie. Cas 2 : On rapporte le cas d'un bébé de sexe masculin né d'une mère âgée de 28 ans G3 P2 A1. L'échographie morphologique faite à terme de 24SA+2J a objectivée une formation kystique intra parenchymateuse de poumon droit de 13 mm du grand axe pouvant faire suspecter un kyste bronchique avec hydramnios sévère Il est né par césarienne à froid à terme de 38 SA+1J avec bonne adaptation à la vie extra utérine. Il était eutrophique pour le terme avec un examen à la naissance sans anomalie Un angioscanner thoracique fait montrant des formations macro kystiques intra parenchymateuses, sous pleurales une postéro et latéraux basale droite t le plus probablement avec une malformation congénitale des voies aériennes (MAKP) bilatérale. (Figure 1) Un avis chirurgie pédiatrique a été sollicité : pas d'indication chirurgical à l'heure actuelle et il a demandé un scanner thoracique de contrôle après 6 mois. Finalement, le cas a été diagnostiqué comme (MAKP) malformation adénomatoïde kystique congénitale bilatérale asymptomatique. Le patient se porte bien avec le suivi jusqu'à ce jour depuis 4 mois.

Conclusion:

La malformation adénomatoïde kystique pulmonaire, bien que rare, nécessite une attention particulière. Les avancées en radiologie et chirurgie ont amélioré le diagnostic et le traitement, mais une approche multidisciplinaire et une sensibilisation accrue des professionnels de santé restent essentielles.

P230 - Manifestations et évolution d'une épidermolyse bulleuse néonatale : Rapport de cas

H. Guellouh (1), Z. Sabour (1), M. Belkacemi (1), F. Bendaoud (1).

Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

Introduction:

L'épidermolyse bulleuse héréditaire est une maladie rare, caractérisée par une fragilisation épithéliale congénitale par mutations génétiques, source d'atteinte cutanée et des muqueuses très hétérogène ; décollement bulleux. Prévalence : 5 à 20 cas/millions d'habitants 4 types : Simplex, jonctionnelles, dystrophiques et Kindler. Gravité variable ; simple gêne à l'engagement du pronostic vital, Source de nombreuses complications ; infectieuses, néoplasiques, nutritionnelles,

fonctionnelles, cicatricielles, avec retentissement psychologique important. PEC symptomatique, pronostic dépend de sévérité de forme. Confirmation difficile de diagnostic : biopsie cutanée et coût élevé d'analyse moléculaire.

Objectifs:

décrire les manifestations cliniques et l'évolution de l'épidermolyse bulleuse néonatale afin de sensibiliser les cliniciens pour penser et diagnostiquer cette maladie rare et d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des nouveau-nés atteints.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né âgé de 01 jour, hospitalisé pour PEC d'une épidermolyse bulleuse simple sévère généralisée probablement héréditaire diagnostiqué dès sa naissance.

Résultats:

Nouveau-né T, sexe féminin, âgé de 01j, grossesse de 40 SA, voie basse, infection vaginale maternelle Poids: 3000 g, Apgar : 9/10, 9/10 Maman : G2/P2, mariage consanguin 1erdegré Ex.Clinique : Lésions bulleuses diffuses remplies de sérosité claire, séparées par des zones de peau saine, qui s'éclatent et se décollent au moindre pression ou frottement, laissant place à des érosions érythémateuses superficielles parfois suintantes, qui disparaissent après quelques jours sans laisser des cicatrices, siégeant au niveau de la région pariétale, temporale droit et gauche de la tête, les 2 membres supérieurs : Les bras, les coudes, avant-bras, doigts, les paumes, les deux flancs, le dos, les fesses, les cuisses, genoux, jambes, pieds, plantes, eupnéique, Bon tonus axiale et segmentaire, AuscultationCP normale, reste normal Bilan infectieux : positif, sérologie virale et bactérienne : négatives, Radiographie du thorax : pneumopathie, Conduite : Antibiothérapie, Crèmes hydratantes et émollientes Evolution : Bonne évolution, sortie à J10, suivi dermatologique pédiatrique

Conclusion:

Intérêt de diagnostic et PEC précoce ; Forme sévère peut engager le pronostic vital ; Diagnostic précis avec sous classification permet d'anticiper les éventuelles complications ; PEC symptomatique et multidisciplinaire, avec suivi à long terme ; Intérêt de conseil génétique et soutien psychologique.

P231 - Cystostéatonécrose néonatale : Présentation d'un cas clinique

H. Guellouh (1), Z. Sabour (1), M. Haffad (1), F. Bendaoud (1).

Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

Introduction:

La cystostéatonécrose du nouveau-né est une lésion cutanée rare, à ce jour sa pathogénie est mal cernée. C'est une hypodermite, qui se manifeste par des placards cutanés érythémateux à violain à caractère induré sur peau claire, ou bien sur la peau noire sous forme de placards hyperchromiques. De localisation variable, mais occupant surtout le dos, la face, le tronc, les racines des membres ainsi que les fesses. La macrosomie chez le nouveau-né de mère diabétique, l'asphyxie périnatale, les traumatismes per pertum, l'hypothermie sévère, sont des situations à risque d'avoir une cystostéatonécrose. Pronostic bon ; la lésion dont l'évolution est généralement bénigne, mais il y a un risque d'abcédation ou de surinfection. Risque d'hypercalcémie sévère, d'où l'intérêt de surveillance prolongée de calcémie, et de prévention d'hypercalcémie à court et à moyen terme. Intérêt de suivi régulier pour guetter les complications à moyen terme.

Objectifs:

L'objectif est de présenter les manifestations cliniques, l'évolution de la cystostéatonécrose du nouveau-né, une pathologie rare. Ce poster vise à sensibiliser les cliniciens pour un diagnostic précoce et une meilleure prise en charge.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né âgé de 01 jour, hospitalisé pour PEC d'une épidermolyse bulleuse simple sévère généralisée probablement héréditaire diagnostiqué dès sa naissance.

Résultats:

Nouveau-né M, sexe masculin, âgé de 01j, grossesse de 39 SA+4jr, voie basse, Poids: 4600 g (macrosome), Apgar : 9/10, 9/10 Maman : G3/P3, diabète gestationnel mal équilibré Ex.Clinique : Lésions cutanées indurées sous formes de placards érythémateux rouge violain, faisant évoquer une cystostéatonécrose de localisation scapulaire droite et gauche, dorsale, fessière droite et gauche, et au niveau des bras droit et gauche. Bon tonus axiale et segmentaire, AuscultationCP normale, le reste normal. Bilan infectieux : négatif. Caclémie : normale. Radiographie du thorax et Echographie Abdominale : normales Conduite : surveillance rapprochée de calcémie, des lésions, non supplémentation en vitamine D à 02 mois de vie. Évolution : Bonne, régression complète des lésions sans séquelles.

Conclusion:

La Cystostéatonécrose, affection rare chez nouveau-né, Encore mal cernée sur le plan physiopathologique. Intérêt de dépistage surtout en présence de facteurs de risque notamment le diabète gestationnel responsable d'une macrosomie, l'asphyxie périnatale et les traumatismes obstétricaux. Intérêt de surveillance d'hypercalcémie majeure, qui peut être mortelle. Pronostic bon, régression spontanée des lésions. Intérêt de suivi régulier pour guetter les éventuelles complications à moyen terme.

P232 - Mélanose pustuleuse néonatale transitoire : Pathologie bénigne ou source d'inquiétude ? Analyse de deux cas

H. Guellouh (1).

Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

Introduction:

La mélanose pustuleuse néonatale transitoire est une dermatose pustuleuse stérile fréquente, qui touche l'ensemble du corps du nouveau-né. Le mécanisme physiopathologique encore mal élucidé. Apparaissant au cours des premiers jours de vie, c'est une dermatose bénigne, qui touche préférentiellement 0.2% à 4% des nouveau-nés préférentiellement ceux qui ont la peau foncée. Donnant lieu à des pustules disséminées, superficielle, siégeant surtout au niveau du visage et du siège, mais qui n'épargne pas le reste du corps, qui se rompent en quelques heures, et qui se desquament laissant place à des petites tâches pigmentées qui ne dépassent pas le 1 cm de diamètre. Le diagnostic est clinique par l'association de pustules et des tâches pigmentées. En cas de doute, la confirmation par cytodiagnostic de Tzanck. Le pronostic bon, avec bonne évolution des lésions qui disparaissent au bout de 1 à 3 mois. Intérêt de diagnostic différentiel, éliminer les autres dermatoses vésiculobulleuses d'origine infectieuse surtout.

Objectifs:

L'objectif est de décrire les caractéristiques cliniques de la mélanose pustuleuse néonatale transitoire afin d'aider à son identification et à son diagnostic différentiel. Ce poster vise à éviter les diagnostics erronés et les traitements inutiles pour cette pathologie bénigne et fréquente.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons deux observations de deux nouveau-nés âgés respectivement de 01 jour et de 03 jours, hospitalisé pour PEC d'une mélanose pustuleuse néonatale transitoire diagnostiqué dès leurs admissions.

Résultats:

1er Observation : Nouveau-né M, sexe Masculin, âgé de 01j, grossesse de 40 SA+6j, voie basse, fissuration de poche des eaux >24h, Poids: 4000 g, Apgar : 8/10, 9/10, Maman : G3/P3, Ex.Clinique : Pustules siégeant au niveau des paumes des deux mains, du tronc, des plantes des deux pieds, des cuisses et des organes génitaux, qui s'éclatent, laissant place à des lésions érythémateuses non inflammé, une fois asséchées devant des taches pigmentées grossièrement ovalaires. eupnéique, Bon tonus axiale et segmentaire, AuscultationCP normale, reste normal. Bilan infectieux : négatif, Évolution : Disparition des lésions à 01 mois de vie. 2eme Observation : Nouveau-né A, sexe Masculin, âgé de 03j, grossesse de 39 SA, voie basse, Poids: 3300 g, Apgar : 9/10, 9/10, Maman : G2/P1, Ex.Clinique : Pustules siégeant au niveau du visage, les deux aisselles, thorax, abdomen, région scapulaire et dorsale, les deux bras, les fesses, les deux cuisses et les deux pieds. qui s'éclatent, laissant laissant un fond érythémateux non inflammé, ensuite asséchées pour devenir pigmentées avec une forme ronde. Eupnéique, Bon tonus axiale et segmentaire, AuscultationCP normale, reste normal. Bilan infectieux : négatif, Évolution : Disparition des lésions à 01 mois et demi de vie.

Conclusion:

La mélanose pustuleuse néonatale transitoire relativement fréquents chez le nouveau-né ; Le diagnostic est clinique, basé sur la sémiologie des lésions ; Bon pronostic avec une résolution spontanée ; Intérêt les autres dermatoses vésiculobulleuses surtout d'origine infectieuse.

P233 - Endochondromepériauriculaire bilatéral néonatal : Une anomalie isolée ou un signe d'alerte ?

H. Guellouh (1).

Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

Introduction:

L'endochondromepériauriculaire (ou tags en anglais) est une tumeur fréquente du cartilage bénigne. Suite à une anomalie de développement embryonnaire, une prolifération du cartilage hyalin en résulte, donnant l'aspect d'un appendice suspendu au pavillon auriculaire. Elle est totalement bénigne, mais elle peut rentrer dans un cadre syndrome ; à l'image du syndrome Bronchio-oto-rénal, Goldenhar, la microsomie hémifaciale et le syndrome du premier et du deuxième arc branchial. Le pronostic est bon. Le traitement est chirurgical par le biais d'une exérèse sous anesthésie générale. Intérêt de dépister les anomalies auditives notamment les anomalies de la chaîne ossiculaire, les anomalies rénales.

Objectifs:

L'objectif est de décrire un cas rare d'endochondromepériauriculaire bilatéral néonatal et de souligner l'importance du diagnostic précoce, car cette pathologie peu fréquente peut être associée à des anomalies plus graves. Ce poster vise à sensibiliser les cliniciens pour une prise en charge adaptée.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né âgé de 01 jour, hospitalisé à notre niveau et qui présente un endochondromepériauriculaire bilatéral isolé diagnostiqué dès sa naissance, sans aucune anomalie associée.

Résultats:

Nouveau-né O, sexe féminin, âgé de 01j, grossesse de 39 SA, voie basse par forceps, RPM depuis 06 heures, Poids: 3700 g, Apgar : 8/10, 9/10 Maman : G1/P1, mariage consanguin 1erDegé Ex.Clinique: Des appendices charnues solides à la palpation, fixée à la peau, de 1 cm de diamètre, siégeant au niveau de la région périauriculaire droite et gauche ; 1 cm loin du tragus droit et gauche, Bon tonus axiale et segmentaire, AuscultationCP normale, reste normal (aucune autre anomalie malformative) Bilan infectieux : négatif, Bilan rénal : normal, Échographie Transfontanelle, Echo Abdomino-pelvienne, Radiographie du thorax : normales, Audiométrie : sans anomalies. Conduite : Orientation vers un médecin ORL pour exérèse chirurgicale. Évolution : Bonne évolution.

Conclusion:

L'endochondromepériauriculaire est une tumeur fréquente mais généralement bénigne ; Elle peut faire partie d'une anomalie génétique se traduisant par une manifestation syndromique ; Intérêt de dépistage systématique des troubles de l'audition et les anomalies rénales ; Traitement chirurgical par une exérèse sous anesthésie générale.

P234 - Tâches café au lait multiples : Un signe révélateur de neurofibromatose ? À propos d'un cas

H. Guellouh (1).

Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna (1).

Introduction:

Les tâches au café au lait peuvent être physiologiques comme elles peuvent être pathologiques. L'une des causes pathologiques est la neurofibromatose est un groupe de maladie génétique caractérisé par le développement des tumeurs nerveuses et dans d'autres tissus. La neurofibromatose type 1, nommée aussi maladie maladie de Von Recklinghausen, est une maladie génétique fréquente, autosomique dominante, par mutation du gène NF1. Caractérisée par l'apparition de manifestations dermatologiques notamment les tâches café au lait, neurologiques, osseux, comportementaux et développementaux dès l'enfance. Intérêt d'exploration rigoureuse et de suivi régulier pour détecter les complications précocement, notamment les tumeurs, les troubles visuels et la scoliose. Intérêt de PEC multidisciplinaire pour optimiser la qualité de vie.

Objectifs:

L'objectif est de mettre en évidence l'importance des taches café au lait multiples comme signe d'alerte pour la neurofibromatose, en illustrant un cas clinique. Ce poster vise à sensibiliser les cliniciens à un diagnostic précoce pour une meilleure prise en charge.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né âgé de 01 ans et 07 mois, hospitalisé pour PEC des tâches café au lait, d'apparition néonatale, faisant suite à neurofibromatose type 1 diagnostiquée dès son admission.

Résultats:

Nourrisson N Y, sexe féminin, âgé de 01 ans et 07 mois, né à terme, voie basse, Examen néonatal sans anoamlies. Maman : G4/P4, sans antécédents familiaux similaires. Ex.Clinique : Des tâches café au lait, apparaissant dès l'âge de 01 mois, qui augmente de nombre au fil de temps, au nombre de 46 tâches dépassant les 5 mm de diamètre et dont la tâche la plus grande à 5.5 cm de diamètre, disséminées, siégeant à des différentes région du crops ; le thorax, les lombes, l'abdomen, le dos, les cuisses, les genoux, les jambes. Ephélides au niveau des deux zones axillaires. Strabisme oculaire gauche convergeant, Bon développement psychomoteur, eupnéique, Bon examen neurologique, AuscultationCP normale, reste normal Examen oculaire et Fond d'œil : Nodules de Lisch avec baisse de l'acuité visuelle. IRM cérébral : Multiples lésions en hypersignal de la substance blanche profonde : chiasma optique, noyaux centraux, mésencéphale, pédoncules cérébraux moyen et hémisphérique cérébelleuse, entrant dans le cadre d'une neurofibromatose type 1. Pas d'atteinte optique, pas de transformation gliomateuse. Conduite : Suivi régulier avec évaluation neurologique, radiologique et ophtalmologique.

Conclusion:

Les tâches café au lait peuvent être physiologiques ou pathologiques. La neurofibromatose type 1 est la principale cause pathologique. Intérêt d'éliminer les autres maladies responsables. Pour la neurofibromatose type 1, intérêt d'exploration rigoureuse et de suivi régulier pour détecter les complications précocement, notamment les tumeurs, les troubles visuels et la scoliose. Intérêt de PEC multidisciplinaire pour optimiser la qualité de vie.

P235 - Observation clinique d'une aplasie cutis circonscrite du cuir chevelu : caractéristiques et prise en charge

F. Hassine (1), R. Ben Aziza (2), H. Chourou (2), W. Belhadj Ammar (2), S. Kacem (2).

Hôpital Monji Slim (1).Service de néonatologie centre de maternité et de néonatologie de Tunis (2).

Introduction:

L'aplasie cutis congénitale est une malformation rare caractérisée par l'absence du cuire chevelu. Elle peut intéresser uniquement l'épiderme ou toute la peau. L'os du crâne sous-jacent, la dure mère et l'encéphale peuvent également être touchés. Il s'agit le plus souvent d'une anomalie isolée, mais peut également concerner des formes familiales ou s'associer à des syndromes polymalformatifs.

Objectifs:

Relever à partir d'un cas clinique les caractéristiques cliniques de l'aplasie cutis, les examens complémentaires et la prise en charge thérapeutique.

Matériel et méthodes:

Cas clinique d'un nouveau né au centre de maternité et de néonatologie de Tunis.

Résultats:

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, issu d'un mariage non consaguin, d'une grossesse bien suivie sans prise de médicaments particuliers. L'accouchement était eutocique, menée par césarienne sans incidents. Lors de l'examen systématique du nouveau né, une lésion non traumatique du cuir chevelu a été découverte et le bébé a été admis en unité de réanimation pour complément de prise en charge. A l'examen, le bébé était eutrophique avec un excellent état général. Pas de dysmorphie crânio-faciale ni de dysraphisme. Il présentait une aplasie circonscrite du cuir chevelu faisant 2 cm de diamètre intéressant le vertex fronto pariétal droit. Des examens complémentaires ont été faits à l'admission, dont une échographie transfontanellaire qui était normale sans atteinte du tissu nerveux ni des os du crâne, une échographie abdominale ayant écarté des malformations digestives ou rénales, une échographie cardiaque ayant infirmé toute cardiopathie associée ainsi qu'un fond d'œil qui était revenu sans anomalies. L'hémogramme ainsi que le bilan rénal et hépatique étaient normaux. Le nouveau né a eu une prise en charge spécialisée par la suite par les dermatologues pour un meilleur rendement esthétique.

Conclusion:

L'aplasie cutanée congénitale est certes une malformation rare, mais son diagnostic est aisé. Son association avec des syndromes malformatifs pourrait rendre la prise en charge plus délicate, d'où l'importance de réaliser un examen clinique minutieux pour tous les nouveaux nés dès la naissance.

P236 - Infections associées aux soins en unité de réanimation néonatale au centre de maternité et de néonatologie de Tunis

F. Hassine (1), R. Ben Aziza (2), H. Chourou (2), W. Belhadj Ammar (2), S. Kacem (2).

Hôpital Monji Slim (1).Service de néonatologie centre de maternité et de néonatologie de Tunis (2).

Introduction:

L'infection associée aux soins est un des principaux facteurs de mortalités en unité de réanimation néonatale. Elle est retenue devant une durée d'hospitalisation dans l'unité de soins intensifs néonatals de plus de 48 heures associée à des manifestations cliniques évocatrices d'infection (teint sale, des troubles hémodynamiques, respiratoires, digestifs, thermiques, hémorragie, sclérèmes…), des perturbations biologiques et une preuve bactériologique positive. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique soulevant des enjeux importants médicaux et économiques.

Objectifs:

L'objectif de notre travail était de décrire l'infection associée aux soins au service de réanimation néonatale et de déterminer son implication dans la mortalité et le coût hospitalier.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les grands prématurés admis en unité de réanimation néonatale du CMNT durant une période de 6 mois (1er janvier 2020- 30 juin 2020).

Résultats:

Dans notre étude, la prévalence de la grande prématurité parmi les naissances vivantes était de 4,2%. Une infection associée aux soins a été suspectée dans 60% des cas. Elle était confirmée dans 6% des cas. Le germe le plus retenu était la Klebsiella pneumonie. L'infection associée aux soins était associée à une augmentation de la mortalité (p<0,001) et à l'inflation du coût d'hospitalisation (p=0,006).

Conclusion:

La multiplication des gestes médicaux invasifs et l'augmentation de la fréquence des infections associées aux soins imposent la mise en place de stratégies de prévention afin de diminuer l'incidence des infections associées aux soins et d'éviter des coûts supplémentaires pour maîtriser les dépenses de santé.

P237 - La rétinopathie du prématuré : étude rétrospective sur une période de six mois au CMNT

F. Hassine (1), R. Ben Aziza (2), H. Chourou (2), W. Belhadj Ammar (2), S. Kacem (2).

Hôpital Monji Slim (1).Service de néonatologie centre de maternité et de néonatologie de Tunis (2).

Introduction:

La rétinopathie du prématuré est définie comme un développement vasculaire prolifératif anormal de la rétine chez les enfants prématurés qui ont une vascularisation incomplète de la rétine.

Objectifs:

L'objectif de notre travail était de décrire la rétinopathie du prématuré au service de réanimation néonatale et de déterminer sa morbi-mortalité.

Matériel et méthodes:

Une période rétrospective sur une période de 6 mois allant du 1er juillet 2020 au 31 Décembre 2020. Le premier examen ophtalmologique (principalement par la réalisation d'une RETCAM) chez les nouveau-nés dans notre étude était réalisé à partir de J 28 de vie.

Résultats:

Un fond d'œil était réalisé à partir de J28 chez 107 patients. Parmi eux 37 patients avaient une rétinopathie tout stade confondu soit une incidence de 34,6%. L'AG et le PN moyens chez les patients ayant présenté une ROP étaient respectivement de 30,3 ± 1,6 SA et de 1440 ± 280 gr. L'évolution était spontanément favorable chez 35 patients et un traitement par laser était nécessaire chez deux patients. La comparaison des patients atteints de ROP avec ceux qui ne l'étaient pas, en analyse uni variée, a montré que les facteurs significativement liés au développement d'une ROP dans notre série étaient : un AG<29SA (p<10-3) et un PN<1500g (p<10-3).

Conclusion:

La ROP est une pathologie multifactorielle du développement rétinien. Les objectifs du dépistage sont d'identifier les enfants à risque d'évolution défavorable et qui nécessitent un traitement. Une meilleure connaissance des facteurs de risque de ROP et une meilleure compréhension des mécanismes de la perte vasculaire initiale permettent d'envisager le développement de stratégies

visant, dans les premières semaines de vie, à préserver la vascularisation rétinienne et donc à limiter le risque de néovascularisation secondaire.

P238 - MORTALITÉ NÉONATALE PRÉCOCE DANS UN SERVICE DE PÉDIATRIE GÉNÉRALE : INCIDENCE ET ÉTIOLOGIES

E. Jbebli (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

Le nombre de places de réanimation néonatale est limité par rapport au taux de naissance en Tunisie. Au nord du pays, la majorité des nouveau-nés en détresse est transférée aux services de pédiatrie générale de l'Hôpital d'Enfants de Tunis (HET).

Objectifs:

Déterminer l'incidence et les étiologies de la mortalité néonatale précoce dans un service de pédiatrie générale à Tunis.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective descriptive menée au Service de Médecine Infantile A de l'HET, sur une période de 14 ans entre janvier 2010 et décembre 2023 incluant tous les nouveau-nés décédés avant l'âge de sept jours. Les nouveau-nés transférés en réanimation ont été exclus de l'étude.

Résultats:

Nous avons colligé 158 cas de mortalité néonatale précoce soit 17/1000 nouveau-nés admis. Le sex-ratio était de 1,3. Soixante-huit nouveau-nés (43,9%) étaient nés à terme. La prématurité a été notée dans 55,8% des cas. Les nouveau-nés étaient hypotrophes dans 58,6% des cas. Le décès est survenu durant le premier jour de vie dans 36% des cas et lors des premiers 48 heures de vie dans 61,4% des cas. Les causes directes du décès étaient une hypoxémie réfractaire (52,5%), un syndrome hémorragique (17,1%), un état de choc septique (12,7%) et les détresses neurologiques (12,7%). Les principales étiologies de décès étaient la détresse respiratoire néonatale (40,5%), l'asphyxie périnatale (19,6%), l'infection néonatale bactérienne précoce (16,5%) et les malformations congénitales (10,1%). La mortalité néonatale précoce par détresse respiratoire néonatale était plus fréquente chez les prématurés et secondaire à une maladie des membranes hyaline dans 81% des cas. Les nouveau-nés décédés par asphyxie périnatale étaient majoritairement à terme (73%) et eutrophique (55%). Les malformations congénitales les plus incriminées étaient les cardiopathies congénitales cyanogènes (n=13).

Conclusion:

La majorité des étiologies de la mortalité néonatale précoce sont des causes évitables par un bon suivi de la grossesse, une meilleure réanimation en salle de naissance, une coordination des transferts des nouveau-nés en détresse et la généralisation des moyens de ventilation non invasive.

P239 - Observation d'une séquence de EIOS dans le cadre des maladies de brides amniotiques.

F. Maatouk (1), Y. Sdiri (1), N. Ben Aba (1), W. Belhaj Ammar (1), S. Kacem (1), A. Masmoudi (2), F. Ayari (1).

médecine et réanimation néonatale CMNT (1).fœtopathologie CMNT (2).

Introduction:

La maladie des brides amniotiques (MBA) est un ensemble de malformations congénitales complexes, intéressant principalement les membres, mais aussi la région cranio-faciale et l'axe thoraco-abdominal

Objectifs:

mettre le point sur une pathologie rare accessible au diagnostic anténatal.

Matériel et méthodes:

Rapporter une observation de séquence EIOS attribuée à une maladie des brides amniotiques chez un extrême prématuré.

Résultats:

Il s'agit d'un nouveau-né issu d'un mariage non consanguin. La grossesse était mal suivie avec accouchement à 26 SA. L'examen en salle de naissance objective un syndrome poly malformatif avec une omphalocèle contenant tout le tube digestif (anses intestinales, foie, rate, et 2 reins) ; une méningocèle sacrée (2.5/2.5 cm), des pieds en piolet,imperforation anale, absence de visualisation des organes génitaux externes. Nous avons également noté une dysmorphie faciale à type de front fourni, hypertélorismeet et plis sous palpébraux. La radiologie de squelette a montré une agénésie sacrée et une scoliose lombo-sacrée. Le nouveau-né est décédé à H3 de vie. L'examen fœtopathologie a montré en plus des anomalies sus citées des poumons hypoplasiques avec une lobulation correcte. Une cardiopathie à type de VD à double issue avec CIV haute. On a aussi retrouvé une Agénésie diaphragmatique bilatérale, un Foie d'aspect kystique, un rein droit hypoplasique, une fistule colo-vésicale, une artère ombilicale unique. L'exploration des organes génitaux internes a découvert des testicules pelviens Le diagnostic de séquence EIOS secondaire à une maladie des brides amniotiques était retenu.

Conclusion:

La MBA bien que rare, doit cependant faire l'objet d'un dépistage systématique en période néonatale.Le diagnostic doit être évoqué face à la présence des signes caractéristiques

P240 - Syndrome IMAGe: A propos d'une observation

M. Ezzine (1), Y. Sdiri (1), S. Kacem (1).

Service de Réanimation Néonatale - centre de maternité et de néonatologie de Tunis(CMNT) (1).

Introduction:

Maladie génétique rare et sévère, sa prévalence est <1/1000000, de transmission autosomique récessive.il est un syndrome malformatif associant un retard de croissance intra-utérin, une dysplasie métaphysaire, une hypoplasie congénitale des surrénales et des anomalies génitales (cryptorchidie, hypospadias postérieur et micropénis).

Objectifs:

L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques cliniques et biologiques faisant évoquer ce syndrome en période fœtale et en post-natal à partir d'une observation.

Matériel et méthodes:

L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques cliniques et biologiques faisant évoquer ce syndrome en période fœtale et en post-natal à partir d'une observation.

Résultats:

Il s'agit d'un Nouveau-né issue d'un mariage non consanguin, pas d'antécédents familiaux pathologique, pas de consanguinité. Mère âgée de 25 ans G1P1.grossesse compliqué de diabète gestationnel sous régime, sérologies TORSH non faites. Echo T1 non faite, Echo T2 a montré un syndrome poly malformatif (asymétrie des ventricules cardiaque, membres courts, ambiguïté sexuelle probable). L'accouchement était fait par césarienne à 32 SA +5jours pour souffrance fœtale aigue. PN=990g (retard de croissance sévère harmonieux), bonne adaptation à la vie extra-utérine.
A la naissance il présentait une dysmorphie faciale : oreilles petites et bas implanté, une bosse frontale, un micrognathisme, hypertélorisme, épicanthus, une hypotonie axiale et périphérique, une cryptorchidie bilatérale, un micropénis, une arête nasale large.
A J2 de vie il a développé une insuffisance surrénalienne aigue (hyponatrémie, hyperkaliémie, une hypotension artérielle, dosage de l'ACTH=1006). L'échographie cardiaque:2CIV/CIA/hypertrophie duVD/HTAP modérée. A l'échographie abdominale : pas d'hydronéphrose. Caryotype:46XY
Décédé à J7 de vie par une hyperkaliémie à 12 avec des troubles ioniques.

Conclusion:

Le syndrome IMAGe est un syndrome génétique très rare, Moins de 20 cas ont été décrits, de pronostic réservé avec une espérance de vie qui ne dépasse pas quelque mois. Caractérisé par une hétérogénéité clinique et génétique qui rende le conseil génétique difficile.

P241- Urinome néonatale révélant une valve de l'urètre postérieur : A propos d'une observation

M. Ezzine (1), Y. Sdiri (1), S. Kacem (1).

Service de Réanimation Néonatale - centre de maternité et de néonatologie de Tunis(CMNT) (1).

Introduction:

L'Urinome, défini comme une encapsulation de l'urine provoquée par une extravasation d'urine dans l'espace péri rénal soit par rupture d'un fornix caliceal, soit par déchirure du parenchyme rénal. C'est une découverte rare dans le diagnostic prénatal et la période néonatale. Il peut être associé à toute

obstruction des voies urinaires ou, comme indiqué dans plusieurs cas publiés, lié à un reflux vésico-urétéral, à une dysplasie rénale ou à une complication survenant au cours de l'amniocentèse

Objectifs:

Nous rapportons une observation de valve de l'urètre postérieur révélé par un urinome.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation de valve de l'urètre postérieur révélé par un urinome.

Résultats:

Nouveau-né de sexe masculin, sans antécédents familiaux pathologiques, pas de consanguinité, issue d'une grossesse mal suivie, sans dysgravidie. Mère âgée de 31 ans ,G2P2. Echo T1,T2 non faites. Echo T3 :(ascite fœtale de grande abondance –anamnios-hydrothorax-2 reins dédifférenciés – pas de dilatation ureteropyelocaliciel). L'accouchement était à 31SA +2j par voie haute pour entréespontané en travail avec une mauvaise adaptation à la vie extra utérine, PN=2400.L'examen initial a montré une ascite de grande abondance un hydrocèle bilatérale, un épanchement pleural de faible abondance. La fonction rénale est normale. L'échographie abdominale a mis en évidence une masse retro péritonéale dans l'aire rénale de 10 cm de diamètre kystique avec dilatation des voix excrétrices A la cystographie: valve de l'urètre postérieure avec dilatation importante des deux uretères. Le nouveau-né a bénéficié d'une résection endoscopique de la valve. Les suites opératoires étaient simples .

Conclusion:

L'urinomepéri-rénal est une découverte exceptionnelle des investigations prénatales. Il est non exceptionnelle en présence d'une valve de l'urètre postérieur qui est la cause la plus fréquente d'obstruction sous vésicale chez l'enfant, et permet la préservation de la fonction rénale.

P242 - Impact de la thrombophilie maternelle sur les complications néonatales

M. El Ghali (1), T. Frigui (1), S. Abdelmoula (1), M. El Ouaer (1), H. Ben Hamida (1), M. Bizid (1).

service de réanimation et de médecine néonatale Monastir (1).

Introduction:

La thrombophilie maternelle, caractérisée par une prédisposition aux évènements thromboemboliques, est une condition fréquemment impliquée dans les complications obstétricales. Elle peut être congénitale ou acquise et elle est associée à un risque de complications fœtales et néonatales. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'incidence des complications néonatales chez les nouveau-nés de mères atteintes de thrombophilie confirméé ou suspectée, afin d'améliorer la prise en charge périnatale et de mieux cibler la surveillance néonatale.

Objectifs:

identifier la relation entre thrombophilie maternelle et complications néonatales

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 5ans (2019-2024) au centre de réanimation et de médecine néonatale de Monastir, incluant 111 nouveau-nés de mères présentant une thrombophilie confirmée ou suspectée. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du Logiciel SPSS. Les comparaisons ont été effectuée à l'aide des tests appropriés avec un seuil de significativité de $p<0,05$.

Résultats:

L'étude a inclus 111 nouveau-nés issus de mères présentant une thrombophilie maternelle confirmée ou suspectée. Parmi ces mères, 40 (36 %) avaient une thrombophilie confirmée, tandis que 71 (64 %) avaient une thrombophilie suspectée. Cinquante-trois mères (47,7 %) ont présenté des complications durant leur grossesse actuelle : 20 nouveau-nés (37,4 %) ont présenté un retard de croissance intra-utérin (RCIU), dont 12 avec une forme modérée et 10 avec une forme sévère ; 11 mères (20,7 %) ont présenté un hématome rétro placentaire(HRP) ; 6 mères (11,3 %) ont développé une pré éclampsie ; et 38 nouveau-nés (71,7 %) étaient prématurés, répartis entre 6 grands prématurés et 32 prématurés modérés. Les prématurités ont été induites pour sauvetage maternel et néonatal dans 22 cas (57,8 %). Les complications néonatales sont survenues chez 29 nouveau-nés (26,1 %) : 6 (20,6 %) ont présenté une hypoxie, 6 (20,6 %) une asphyxie périnatale (APN), 1 (3,5 %) un cas de thrombose néonatale, 12 (41,3 %) une hypoglycémie, 5 (17,2 %) une anémie, 3 (10,5 %) hémorragie intraventriculaire, 2 (6,9 %) une thrombopénie, et 16 (55,2 %) un ictère, avec un décès néonatal. L'analyse statistique a montré une association significative entre la prématurité et les complications néonatales (test chi² = 14,436 ; $p < 0,01$), avec un odds ratio de 6,08 (IC 95 % : 2,27-16,28) notamment pour les complications suivantes ; hypoglycemie($p=0,035$) ,ictère($p=0,041$) et hémorragie intraventriculaire($p=0,031$).

Conclusion:

La thrombophilie maternelle est significativement associée à un risque accru de complications obstétricales, fœtales et néonatales soulignant son impact sur le déroulement de la grossesse et les issus périnatales. Par ailleurs la morbidité néonatale est fortement liée aux complications de la prématurité , mettant en évidence l'importance de dépistage et de la prise en charge précoce des grossesses à risque afin de limiter les conséquences néonatales.

P243 - Prevalence and prognosis of newbornsborn to diabeticmothers in the TMNC : astudy of 246 cases

Y. Sdiri (1), O. Jelassi (1), S. Abaza (1), W. Belhaj Ammar (1), S. Kacem (1), F. Ayari (1).

médecine et réanimation néonatale CMNT (1).

Introduction:

Diabetesis a global public healthproblemwhoseprevalence continues to rise, particularly in developing countries. the association of diabetes and pregnancyrepresents a potentialrisk for bothmother and child, withnewborns of diabeticmothers (NDM) exposed to a significantlyhigherrisk of perinatalmorbidity and mortality

Objectifs:

Report the prevalence of maternaldiabetesduringpregnancy and describeneonatalmorbidity and mortality.

Matériel et méthodes:

This is a descriptive, retrospective, cross-sectional studyconducted over a six-monthperiod (July 2022-December 2022). It includes 246 NDM.

Résultats:

During the periodfrom July 1, 2022 to December 31, 2022, 4300 birthswereregistered at TMNC including 1078 newbornsadmitted to neonatal intensive care. Of these, 246 were born from a pregnancy complicated by maternal diabetes and included in the study. This represents a maternaldiabetes rate of 22.8%% among NN admitted to intensive care. In ourstudy, 87% of pregnancieswerecomplicated by GDM. The diagnosiswasestablished by orallyinducedhyperglycemiain 68.7% of cases and fasting plasma glucose in 30.4% of cases. One case wasdiagnosed by glycatedhemoglobin (HbA1c). Thirteen percent of pregnancieswereassociatedwithgestationnaldiabetes, with 6.9% in the second trimester of pregnancy and 6.1% in the first trimester. Insulin-treateddiabeticmothersaccounted for 19.1% (n=47) of the study population. Neonatalrespiratorydistress (NRD) was the mostfrequentreason for admission (63.8%). Transtorsaltachypneawas the first diagnosis (72.6%), followed by hyaline membrane disease (10.8%). Invasive mechanical ventilation wasrequired for 23.6% of newbornsadmitted for RND. Cardiovascularmorbidityaffected 10.6% of neonates, and wassignificantlyassociatedwith the "pre-gestationaldiabetes" group (p<0.001; OR=5.62; CI95%= [2.27 - 13.89]). Hypertrophiccardiomyopathywaspresentin 12 neonates .Two NN have malformative heartdisease. Neurologicalmorbidityaffected 13% of NN. Perinatal asphyxia affected 5.7% of all births. Five NN have central nervous system malformations

Conclusion:

At the end of thiswork, weinsist on better management of maternaldiabetesduringpregnancy in order to reduce the incidence of neonatal complications

P244 - Ostéochondrodysplasie létale de diagnostic prénatal : À propos d'un cas

N. Jelalia (1), M. Chouikha (1), F. Ayari (1), Y. Sdiri (1), W. Belhadj (1), N. Ben Abba (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), S. Kacem (1).

Service de néonatologie- Centre de maternité et de néonatologie de Tunis (1).

Introduction:

Les ostéochondrodysplasies létales sont rares, leur incidence est estimée à 1 pour 10 000 naissances. Elles sont le plus souvent à déterminisme génétique.

Objectifs:

Rapporter à travers une observation récente les aspects clinique et évolutif, ainsi que les explorations faites en pré et post natal d'un nouveau-né ayant une ostéochondrodysplasie.

Matériel et méthodes:

Rapporter à travers une observation récente les aspects clinique et évolutif, ainsi que les explorations faites en pré et post natal d'un nouveau-né ayant une ostéochondrodysplasie.

Résultats:

Il s'agit d'une nouveau-né prématurée 36 semaine d'aménorrhée (SA) issu d'une mère aux ATCDS d'insuffisance surrénalienne et d'hypothyroïdie d'éthologie non précisé sous supplémentation. Diagnostic prénatal de l'ostéochondrodysplasie établi devant la brièveté des membres inférieurs et

supérieurs à l'échographie morphologique. A l'examen post natal le nouveau-né présente une macrocéphalie « crane en trèfle », un front bombant, des membres inférieures et supérieurs courts et symétriques, pas de malformation des doigts et des orteils et un thorax étroit « en coup de hache » qui était responsable d'une détresse respiratoire néonatale nécessitant le recourt immédiat a un support ventilatoire. Une radiographie du squelette a été pratiquée montrant une transparence excessive du squelette, une macrocranie contrastant avec un tronc étroit et un abdomen proéminent, la hauteur des corps vertébraux était réduite alors que les pédicules et les disques sont bien développés donnant un aspect de « vertèbres en H », les os longs des membres étaient de diaphyses courtes et déminéralisées avec une incurvation symétrique des fémurs « en combiné téléphonique », les métaphyses étaient élargies. Le nouveau-né est resté stable sur le plan hémodynamique et neurologique hormis une hypotonie axiale dès la naissance, par ailleurs il est mis sous alimentation entérale à débit continu avec un transit normal. L'évolution a été marquée par une insuffisance respiratoire aigue avec une aggravation des signes de lutte et la survenue d'une apnée grave à J06 de vie, le nouveau-né est décédé le jour même suite à un arrêt cardiorespiratoire hypoxique. Il s'agit probablement d'une ostéochondrodysplasie létale type nanisme thanatophore selon les données clinique, radiologique et évolutif, reste à confirmer par une étude génétique.

Conclusion:

La gravité et l'évolution fatale de ces ostéochondrodysplasies explique l'intérêt du diagnostic anténatal pour un conseil génétique pertinent avant une grossesse ultérieure.

P245 - Hernie diaphragmatique congénitale gauche de diagnostic anténatal : À propos de 4 cas

E. Ben Kaddour (1), H. Fraj (1), S. Hannachi (1), M. Kitar (2), A. Merdaasi (1), F. Ben Salah (1), F. Ben Taher (1), H. Heni (1), E. Karoui (1), B. Khelifa (2), S. Blibech (1).

Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale, HMPIT (1).Service de Chirurgie Général, HMPIT (2).

Introduction:

Le pronostic des hernies diaphragmatiques congénitales gauches (HDCG) est conditionné par le diagnostic prénatal, la naissance dans un centre périnatal niveau III, la prise en charge en réanimation néonatale et la concertation pluridisciplinaire avant l'acte chirurgical pédiatrique.

Objectifs:

Décrire les aspects diagnostiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des HDCG.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons quatre cas de HDCG de diagnostic anténatal pris en charge dans le Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale HMPIT durant les mois de septembre et octobre 2024.

Résultats:

Il s'agit de quatre cas de HDCG de diagnostic prénatal. Trois garçons et une fille. La consanguinité était retrouvée dans un cas. Le diabète gestationnel était rapporté dans deux cas. Le diagnostic anténatal était fait lors de l'échographie T2 dans trois cas et à 33 SA dans un cas. La fille était née par césarienne à 36 SA pour souffrance fœtale aigue en état de mort apparente. L'intubation en salle de naissance était impossible devant la déclaration d'un emphysème cutané géant compliquant une atrésie trachéale. Les trois garçons étaient nés à terme dont deux par césarienne. Un cas avait un

retard de croissance intra utérin modéré. Les trois avaient une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine et ils étaient intubés d'emblée en salle de naissance. Un patient était décédé à H6 de vie dans un tableau d'Hypertension artérielle Pulmonaire et de choc cardiogénique réfractaire. Un avait un syndrome poly malformatif (dysmorphie faciale avec une cardiopathie, anomalie différenciation sexuelle et un polysplénisme). Il a été opéré à H30 de vie. Le caryotype avait montré une tétrasomie 9p. L'évolution était fatale à J8 de vie dans un tableau de syndrome cave et de défaillance multiviscérale. Un cas de HDCG isolé a été opéré à H48 de vie. Les suites opératoires étaient simples. Il a été mis sortant à J12 de vie.

Conclusion:

La HDCG est une urgence chirurgicale néonatale rare et grave. La survenue de 4 cas en deux mois répond à la loi du Hazard. Le pronostic tiendra compte du diagnostic anténatal et de l'approche thérapeutique postnatale en concertation pluridisciplinaire entre le Gynécologue- Obstétricien, le Néonatologiste, l'Anesthésiste Réanimateur Pédiatre et le Chirurgien Pédiatre.

P246 - Forme sévère d'incompatibilité plaquettaire allo-immune néonatale dans le système HPA-15 associée à une perforation digestive : quelle causalité ?

F. Ben Taher (1), F. Ben Salah (1), S. Hannachi (1), H. Fraj (1), H. Heni (1), E. Karoui (1), S. Blibech (1).

Service de néonatologie et de réanimation néonatale de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

Introduction:

La thrombopénie néonatale allo-immune par allo-immunisation materno-fœtale dans l'antigène plaquettaire humain (HPA) 15 est une situation très rare et sévère. Elle résulte d'une immunisation maternelle contre des antigènes plaquettaires fœtaux hérités du père et absents chez la mère. L'association avec une perforation iléale multiple en génie progressif et avant la normalisation de la numération plaquettaire reste d'étiopathogénie peu claire.

Objectifs:

Nous rapportons un cas néonatal rare de thrombopénie néonatale avec incompatibilité plaquettaire allo-immune dans le système HPA-15 d'issue fatale

Matériel et méthodes:

Un nouveau-né admis au service de néonatologie et réanimation néonatale de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis pour thrombopénie.

Résultats:

Youssef a été admis à 17 jours de vie pour poursuivre le traitement d'une thrombocytopénie profonde. Il est le deuxième enfant d'un couple non consanguin. Sa mère est âgée de 33 ans, deuxième geste seconde pare, sans antécédents pathologiques notables. Une thrombopénie maternelle a été diagnostiquée vers la fin de cette deuxième grossesse. Le nouveau-né est né à 39 semaines de grossesse par voie basse avec un score d'Apgar normal et un poids de 3950g. La mère a développé une hémorragie post-partum et a reçu une transfusion de sang et de plaquettes. Le nouveau-né a présenté immédiatement après la naissance des pétéchies et des ecchymoses. L'hémogramme a révélé une thrombocytopénie profonde (numération plaquettaire : 14 000/µl). Il a reçu de multiples transfusions de plaquettes, de l'immunoglobuline intraveineuse et une

corticothérapie sans réponse. À l'admission, il présentait un purpura pétéchial et une numération plaquettaire de 11 000/µl. Il a été traité à la fois avec des plaquettes de donneurs aléatoires et des plaquettes maternelles lavées, avec de l'immunoglobuline intraveineuse (IVIg) et des corticostéroïdes, sans amélioration de la numération plaquettaire. Le diagnostic de thrombocytopénie néonatale allo-immune a été suspecté et un génotypage des plaquettes ainsi qu'un dépistage des anticorps plaquettaires ont été effectués, montrant une discordance totale du système HPA-15 entre la mère (HPA-15 b/b) et le père (HPA-15 a/a). Le patient a présenté une septicémie tardive au 26ème jour, avec de la fièvre, une diarrhée et une distension abdominale. À l'âge de 42 jours, il a subi une intervention chirurgicale abdominale qui a révélé une perforation de l'iléon et une iléostomie a été pratiquée. A J46 de vie, il a dû subir une nouvelle intervention abdominale qui a révélé de multiples perforations et nécroses intestinales. Le nourrisson est décédé à l'âge de 47 jours dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Conclusion:

Nous illustrons le cas d'une thrombocytopénie allo-immune néonatale rare et sévère due à une incompatibilité HPA-15 fœto-maternelle avec une évolution défavorable. La relation de cause à effet entre l'allo-immunisation plaquettaire et le tableau digestif compliqué de perforation intestinale d'issue fatale n'est pas claire : rôle de la corticothérapie dans la fragilisation de l'intestin ? prédisposition génétique ? La perforation intestinale a été un tournant dans l'évolution de ce patient. ? Une prise en charge spécifique en milieu spécialisé lors des grossesses ultérieures doit être expliquée puis programmée pour les mères.

P247 - Convulsion néonatale révélatrice d'un déficit en protéine D-bifonctionnelle. À propos de deux nouvelles mutations en Tunisie

M. Hassiki (1), F. Ben Salah (1), S. Hannachi (1), H. Fraj (1), C. Letaief (1), A. Bouzouita (1), S. Blibech (1).

Service de néonatologie et de réanimation néonatale de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

Introduction:

Le déficit en protéine D bi-fonctionnelle est une erreur innée très rare de l'oxydation des acides gras des peroxysomes (50 personnes dans le monde). Elle se manifeste souvent par un tableau neurologique néonatal. Son pronostic est fatal à défaut d'un traitement spécifique. La prévention passe par le conseil génétique et le diagnostic prénatal.

Objectifs:

-Mettre en exergue l'apport du Whole Exome Sequencing dans le diagnostic moléculaire de cette maladie héréditaire. -Relater les difficultés de la prise en charge psychologique et de l'accompagnement des familles face à des maladies incurables.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons deux cas de nouveau-nés atteints de déficit en protéine D-bifonctionnelle hospitalisés au service de néonatologie et de réanimation néonatale de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.

Résultats:

Observation 1: Badr ,nouveau-né de sexe masculin transféré à notre service à J8 de vie pour prise en charge d'une encéphalopathie convulsivante. Il est issu d'une grossesse menée à terme. L'accouchement s'est fait par césarienne avec bonne adaptation à la vie extra-utérine et un nouveau-né eutrophique. L'examen à la naissance trouve une hypotonie généralisée, attitude en batracien, cri et réactivité faibles avec faible succion, des myoclonies itératives avec clonies des paupières et un nystagmus horizontal.L'évolution sur le plan neurologique était marquée par la survenue de convulsions atypiques motrices d'où sa mise sous Phénobarbital.L'étude génétique avec séquençage Whole Exome a trouvé une mutation homozygote HSD17B4 du gène D-BP, conduisant ainsi au diagnostic de déficit en protéine D-bifonctionnelle. Le nouveau-né a été mis sous triple thérapie anti-convulsivante à base de Phénobarbital, Lévétiracétam et Clonazépam ainsi qu'une vitaminothérapie et une alimentation entérale à débit contin. Il est décédé à domicile à l'âge de 15 mois. Observation 2:Bayrem nouveau-né de sexe masculin, était transféré à notre service à J08 de vie pour complément de prise en charge d'une encéphalopathie convulsivante. Il est issu d'une grossesse menée à terme avec accouchement par césarienne et une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Le nouveau-né a présenté dès la première heure de vie des convulsions cloniques multifocales. L'examen à l'arrivée avait montré une dysmorphie faciale, une hypotonie généralisée avec attitude en batracien, une gesticulation pauvre un cri non vigoureux une mauvaise succion et une hépatomégalie. L'étude génétique par Whole Exome Sequencing concluait au diagnostic de déficit en protéine D-bifonctionnelle. Le nouveau-né a été mis sous triple thérapie anti-convulsivante à base de Phénobarbital, Lévétiracétam et Clonazépam ainsi qu'une vitaminothérapie et une alimentation par voie entérale à débit continu.Il est décédé à J34 de vie.

Conclusion:

Le déficit en protéine D-bifonctionnelle est une maladie génétique à transmission autosomique récessive due à un trouble grave et rare de la bêta-oxydation des acides gras dans les peroxysomes cellulaires entraînant une neurodégénérescence. Le diagnostic repose sur l'association d'une dysmorphie crânio-faciale, une hypotonie, des crises convulsives, un retard de développement global sévère et un taux élevé d'acides gras à très longue chaîne dans le plasma. L'annonce du diagnostic présomptif et du pronostic est une tâche difficile pour le clinicien.

P248 - Ascite chez un nouveau-né prématuré : à propos d'un cas Service de réanimation néonatale Hôpital Charles Nicolle de Tunis

R. Ben Amor (1), M. Bouslema (1), W. Hannechi (1), S. Jaouhari (1), M. Ben Ali (1), E. Ben Hmida (1).

Service de Néonatologie hôpital charlesnicolle de Tunis (1).

Introduction:

L'ascite est une complication rare mais potentiellement grave chez le nouveau-né prématuré. Cette pathologie, qui peut résulter de diverses causes, telles que des infections, des traumatismes, des anomalies cardiaques, des troubles métaboliques ou des déséquilibres hémodynamiques, représente un défi diagnostique et thérapeutique important. En raison de l'immaturité de leurs organes et systèmes, les nouveau-nés prématurés sont particulièrement sensibles aux complications, et l'ascite peut rapidement se compliquer d'infections secondaires ou de défaillances multiviscérales.

Objectifs:

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin, née par césarienne en urgence à 27 semaines et 6 jours de gestation pour une prééclampsie sévère et d'une oligurie. La grossesse s'est déroulée sans diabète gestationnel et l'anamnèse infectieuse était négative. Les échographies anténatales ont révélé une diastole nulle au doppler ombilical.

Matériel et méthodes:

À la naissance, l'adaptation à la vie extra-utérine était bonne avec un poids de naissance de 1085 g. Elle a été intubée et ventilée devant une détresse respiratoire sévère liée à une maladie des membranes hyalines (MMH) avec instillation du surfactant exogène. Un cathéter veineux ombilical (KTVO) a été placé pour l'alimentation parentérale. L'évolution clinique a été marquée, dès le troisième jour de vie, par l'apparition d'une distension abdominale associée à une peau luisante. L'échographie abdominale a révélé un épanchement intra-péritonéal de grande abondance. L'échographie cardiaque était normale révélant une bonne fonction des ventricules sans anomalies anatomiques. La ponction du liquide ascitique a permis de recueillir un volume de 145 ml/kg/j de couleur jaune citrin, dont l'examen cytochimique a montré un transsudat. Le taux d'albumine dans le sang était correct. L'évolution de la pathologie a été marquée par la récidive de l'épanchement intra-péritonéal, nécessitant des ponctions itératives avec apparition d'une insuffisance rénale à diurèse conservée, et une polyurie allant jusqu'à 8 ml/kg/h, ainsi qu'une acidose métabolique et des troubles hydroélectrolytiques nécessitant une correction à plusieurs reprises. Devant la suspicion d'entérocolite, un traitement antibiotique a été instauré. Toutefois, la laparotomie exploratrice, réalisée par la chirurgie pédiatrique, était blanche, infirmant cette hypothèse ainsi que toute origine iatrogène. Par ailleurs, l'échographie Doppler abdominale n'a montré ni thrombose portale, ni thrombose intra-hépatique, ni anomalie de l'arbre urinaire. Les investigations infectieuses ont été menées de manière approfondie. Les tests PCR dans le sang pour le parvovirus B19, l'herpès, le VIH, la PCR CMV dans les urines et la bactériologie se sont révélés négatifs. Le dosage des triglycérides dans l'ascite était négatif.

Résultats:

L'évolution a été favorable avec une disparition de l'ascite et de l'insuffisance rénale après 18 jours, sans récidive, permettant ainsi l'introduction progressive du régime alimentaire. Discussion : Le diagnostic de l'ascite chez ce nouveau-né prématuré a été difficile, étant donné sa vulnérabilité physique et les nombreuses causes potentielles. L'absence d'anomalies cardiaques et l'absence de thrombose vasculaire, confirmées par l'échographie Doppler, ont exclu une origine veineuse ou hépatique de l'ascite. De plus, les tests PCR ont exclu les infections virales communes chez le prématuré (parvovirus, VIH, herpès et CMV), réduisant ainsi la probabilité d'une étiologie infectieuse. La disparition de l'insuffisance rénale après correction des troubles hydroélectrolytiques a suggéré que l'insuffisance rénale n'était pas la cause primaire de l'ascite, mais plutôt une conséquence. La disparition spontanée suggère que l'ascite était probablement liée à une réponse transitoire à un déséquilibre physiopathologique de la microcirculation liée à la prématurité.

Conclusion:

L'ascite chez le nouveau-né prématuré représente une complication rare dont le diagnostic nécessite une approche multidisciplinaire, tenant compte des différentes causes potentielles. Il est impératif d'écarter toute cause organique avant de retenir l'origine idiopathique.

P249 - La détresse respiratoire néonatale chez les prématurés : étiologies et prise en charge thérapeutique

J. Green (1), I. FekihRomdhaneIbtihel (1), H. Jaouadi (1), E. Ben ElhajRhouma (1), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

La détresse respiratoire néonatale (DRNN) constitue le principal motif d'hospitalisation en unités de soins intensifs néonatals. Elle représente la principale cause de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés prématurés. Malgré les progrès réalisés dans les soins périnataux, la prise en charge de la DRNN chez les prématurés demeure un défi majeur en néonatologie.

Objectifs:

Déterminer l'incidence de la DRNN chez les nouveau-nés prématurés, identifier les principales étiologies , et analyser les approches thérapeutiques utilisées ainsi que l'évolution clinique des patients.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au service de néonatologie de l'hôpital hospitalo-universitaire de Mahdia, sur une période de 6 mois allant du 1er janvier 2024 au 30 juin 2024, et incluant tous les nouveau-nés prématurés.

Résultats:

Nous avons inclus 65 nouveau-nés prématurés, parmi lesquels 36 nouveau-nés ont été hospitalisés pour une détresse respiratoire néonatale (DRNN), soit une incidence de 55,4 % durant la période d'étude. Les principales étiologies de la DRNN étaient la détresse respiratoire transitoire (47,2 %), suivie par la maladie des membranes hyalines (MMH) (33,4 %), l'alvéolite infectieuse (8,3 %) et l'asphyxie périnatale (11,1 %). La radiographie thoracique a révélé un syndrome alvéolaire bilatéral dans 47,2 % des cas, une MMH stade II dans 11,1 %, une MMH stade III dans 5,6 %, et une scissurite dans 5,6 %. La majorité des prématurés hospitalisés (16,3 %) nécessitait un apport en oxygène. Parmi eux, une ventilation invasive a été requise pour 52,8 %, tandis que 44,4 % ont bénéficié d'une ventilation non invasive (CPAP 8,3 % ou lunettes nasales à haut débit 36,1 %). La durée moyenne de ventilation était de 4,33 jours [1, 22 jours]. Onze nouveau-nés ont reçu du surfactant exogène de type Curosurf selon la méthode classique. L'évolution a été favorable pour la majorité des prématurés hospitalisés pour DRNN. Cependant, deux décès ont été enregistrés, secondaire à une infection nosocomiale compliquée par un état de choc septique.

Conclusion:

La prise en charge optimale de la DRNN chez le prématuré repose sur un diagnostic étiologique précoce, une ventilation appropriée et des soins périnataux de haute qualité. Ces approches contribuent à réduire la morbidité et à améliorer les perspectives de santé à court et long terme pour ces nouveau-nés vulnérables.

P250 - La réanimation en salle de naissance chez les nouveau-nés prématurés

H. Jaouadi (1), I. FekihRomdhane (1), J. Green (1), S. Hedhili (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

La réanimation en salle de naissance est une étape cruciale dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés. Les risques liés à l'immaturité physiologique et les complications périnatales nécessitent des gestes adaptés et une expertise spécifique. Cette étude explore les facteurs associés à la nécessité de réanimation et les résultats obtenus.

Objectifs:

Identifier les caractéristiques des mères et des nouveau-nés prématurés nécessitant une réanimation en salle de naissance. Décrire les gestes de réanimation pratiqués.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, réalisée dans le service de néonatologie du CHU Taher Sfar de Mahdia sur une période de six mois allant du 1er janvier 2024 au 30 juin 2024, incluant des nouveau-nés hospitalisés pour prématurité.

Résultats:

Dans notre étude, nous avons analysé les dossiers de 65 nouveau-nés hospitalisés pour prématurité. La majorité des naissances (89,2 %) était In Born. Parmi les mères, 26,2 % étaient primipares. La grossesse était compliquée par un diabète gestationnel et une hypertension gravidique dans respectivement 10,8 % et 32,3 % des cas. La prématurité était spontanée dans 80 % des cas, avec une anamnèse infectieuse positive dans 51 % des cas. Un seul cas de chorioamniotite a été noté, 3 cas d'infections urinaires traitées et 7 cas de rupture prématurée des membranes. Les naissances induites étaient principalement liées à une souffrance fœtale aiguë (46,2 %). Presque la moitié des accouchements (43,1 %) ont été réalisés par césarienne. Un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{e} minute de vie a été observé chez 15,4 % des nouveau-nés, nécessitant une réanimation immédiate. L'âge gestationnel moyen à la naissance était de 34 SA + 2 jours, avec des extrêmes entre [32 SA - 36 SA + 6 jours]. Le poids de naissance moyen des nouveau-nés nécessitant une réanimation était de 2257,53 g, avec des extrêmes entre [1300 - 4000 g]. Concernant les gestes de réanimation, tous les patients ont été pris en charge sur une table chauffante de réanimation néonatale, où ils ont bénéficié de stimulations et d'un séchage immédiat. 26,2 % des prématurés ont été ventilés à l'aide d'un Ambu. Parmi eux, 11 ont nécessité une intubation et une ventilation mécanique. Quatre nouveau-nés ont reçu un massage cardiaque externe, et deux ont bénéficié d'un bolus d'adrénaline par voie intra-trachéale. Tous les nouveau-nés ont été transférés au secteur de réanimation néonatale dans une couveuse préchauffée.

Conclusion:

La réanimation en salle de naissance chez les prématurés reste fréquente, avec des gestes variés selon la gravité des cas. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'une organisation optimale des soins périnataux et d'un personnel formé pour améliorer les résultats néonatals

P251 - ArteriaLusoria : à propos d'un cas

H. Jaouadi (1), I. FekihRomdhane (1), J. Green (1), N. Rahmouni (1), I. Chamtouri (2), K. Ben Hamda (2), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia(1).Service de Cardiologie B, Hôpital Universitaire Fatouma Bourguiba, Monastir (2).

Introduction:

Les anomalies des arcs aortiques sont des malformations congénitales rares pouvant entrainer des symptômes respiratoires et digestifs par compression des structures adjacentes. L'ArteriaLusoria, résultant d'un trajet aberrant de l'artère sous-clavière droite, est l'anomalie des arcs aortiques la plus fréquente. Nous présentons le cas d'un nouveau-né hospitalisé dans notre service pour un stridor congénital secondaire à une ArteriaLusoria.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques, para-clinique et évolutive de l'ArteriaLusoria en période néonatale.

Matériel et méthodes:

nous rapportons le cas d'un nouveau né hospitalisé pour DRNN atteint d'une anomalie des arcs aortiques

Résultats:

nouveau-né de sexe masculin admis à la naissance pour une détresse respiratoire néonatale immédiate. Il est issu de parents non consanguins. Son père est opéré à l'âge de 10 ans pour une communication inter-auriculaire (CIA). Sa sœur est suivie pour une CIA et un rétrécissement pulmonaire. Le nouveau né est issu d'une mère âgée de 40 ans. L'accouchement est fait par césarienne à 37 semaines d'aménorrhée + 3 jours pour utérus bicicatriciel en travail. L'examen à la naissance a révélé unnouveau-néeutrophique avec un poids néonatal égal à 3250 g.Lenouveau-né a présenté une détresse respiratoire immédiate nécessitant le recours à la lunette nasale à haut débit pendant 10 jours. L'évolution est marquée par la constatation d'un stridor congénital permanent, des vomissementspost prandiaux précoces et une stagnation pondérale. Les bilans métabolique, ionique et phosphocalcique sont normaux. Les échographies abdominales et trans-fontanellaire sont sans anomalies. L'échographie cardiaque a montré une CIA de 5 mm avec shunt gauche-droit, une bonne contractilité ventriculaire gauche et une crosse aortique libre, avec un doute sur la présence d'une ArteriaLusoria. L'angioscanner thoracique a confirmé l'anomalie aortique de type ArteriaLusoria. Un traitement par inhibiteur de la pompe à protons a été instauré, associé à des mesures diététiques et un régime hypercalorique.

Conclusion:

L'ArteriaLusoria constitue une cause importante de stridor congénital. Ce cas illustre l'importance du diagnostic précoce, grâce à l'échographie cardiaque et à l'angioscanner thoracique, pour assurer une meilleure prise en charge et prévenir les complications grave.

P252 - Etude analytique des césariennes électives et programmées avant 39 semaines d'aménorrhées Service de Néonatologie, Hôpital Charles Nicole

M. Tigorti (1), M. Bousslema (1), MW. Hannachi (1), S. Jaouhari (1), M. Ben Ali (1), E. Ben Hmida (1).

Néonatologie ,Hopital Charles Nicole (1).

Introduction:

La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans le monde Son incidence est en augmentation ces dernières années. Ceci est dû à l'augmentation des indications médicales tel que

l'utérus cicatriciel, l'obésité, la gémellarité ainsi que l'apparition d'une nouvelle indication non médicale , la demande maternelle , malgré le taux non négligeable de morbi moralité liés à la césarienne maternelle et fœtale

Objectifs:

Déterminer le taux de morbi mortalité néonatales des césariennes électives pratiquées avant 39 SA

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, menée au service de Néonatologie, Hôpital Charles Nicole, allant du premier septembre 2024 jusqu'à février 2025 Critères d'inclusion : La population d'étude a inclus les nouveau-nés par césarienne programmée avant 39 SA Critères d'exclusion : Les césariennes pour sauvetage maternel ou fœtal -Utérus tri cicatriciel, contre-indications à la voie basse, les nouveau-nés de mère diabétique, sans et avec retentissement, prééclampsie, les anomalies placentaires : placenta prævia, placenta accréta, HRP, procidence du cordon, dystocie mécanique, les anomalies du rythme cardiaque fœtal, la RPM et la suspicion de chorioamniotite

Résultats:

Nous avons colligé 64 césariennes pratiquées avant 39 SA, ces césariennes étaient soit désirée par la mère ou programmée par son gynécologue. L'âge maternel était de 22 ans à 43 ans avec une moyenne à 33 ans. Les femmes primipares étaient de 15% et 85% des femmes étaient des multipares Les femmes qui avaient un utérus intact étaient de 34%, 32% des femmes avaient un utérus uni cicatriciel et 34%avaient un utérus bi cicatriciel Le sexe du nouveau-né était majoritairement masculin avec un pourcentage de 60,9%. L'âge gestationnel était de 37SA+1jour jusqu'à 38SA+6jours. Les nouveau-né admis initialement au service de néonatologie étaient de 18%. *Motif d'admission : Les motifs d'admission étaient une DRNN avec un pourcentage de 58% des admissions, huit pour cent pour hypoglycémie et 34% pour ictère. -DRNN :Les principales étiologies de la DRNN observées étaient la détresse respiratoire transitoire dans 42% des cas, la maladie de membranes hyalines dans 29 % des cas, l'alvéolite infectieuse 14% et le pneumothorax dans 14% des cas. Les DRNN qui ont nécessité le recours à la ventilation mécanique étaient de 58% pour une durée de 3 à 5 jours avec un relais par la suite par une VNI de durée de 1 à 5 jours. Un nouveau-né avait une MMH sévère et a nécessité l'instauration de deux doses de surfactant. Les nouveau-nés qui ont nécessité uniquement la mise sous VNI étaient de 43%. La durée d'hospitalisation pour les nouveau-nés qui ont présenté une DRNN était de 2 jours à 12 jours. -Troubles métaboliques et neurologiques : Huit pour cent des nouveau-nés étaient admis pour une hypoglycémie sévère et 34% pour ictère Un nouveau-né, out-Born, né par césarienne élective à un terme de 37SA+5j transféré à notre service à H30 de vie a présenté une complication neurologique à type de convulsions. -SIMF : Les nouveau-nés admis qui ont reçu une antibiothérapie pour une suspicion d'IMF étaient de 33% avec une durée de 3 jours pour SIMF infirmée et 5 jours pour SIMF probable

Conclusion:

Notre étude, ainsi que plusieurs études publiées, ont montré le taux élevé d'hospitalisation et de morbidités néonatales en cas de césariennes électives pratiquées avant le terme de 39 SA. Cela pourrait être évité par une programmation prudente du mode et du moment de l'accouchement.

P253 - Evolution de la mortalité néonatale entre 2007 et 2019 dans un service de pédiatrie en Tunisie

N. Missaoui (1), I. Kerkeni (2), M. Khalifa (2), R. Ben Rabeh (2), S. Atitallah (2), S. Yahiaoui (2), S. MazighMrad (2), S. Boukthir (2).

Service de médecine infantile C Hôpital d'enfants Béchir Hamza (1).Médecine infantile C Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (2).

Introduction:

La mortalité néonatale constitue un indicateur du niveau de santé des pays. La mortalité hospitalière néonatale peut renseigner sur la qualité des soins prodigués.

Objectifs:

Comparer la mortalité néonatale dans le service de médecine infantile C de l'hôpital d'enfants de Tunis en 2007 et 2019.

Matériel et méthodes:

Nous avons comparé la mortalité néonatale dans le service de médecine infantile C entre l'année 2007 et 2019. Nous avons utilisé la classification internationale des maladies dans sa version 10 (CIM-10).

Résultats:

Nous avons enregistré 21 décès néonatal en 2019. Il s'agissait de 9 garçons et 12 filles. Le délai médian de décès par rapport à l'admission était de 2 jours. Selon la classification CIM 10, les pathologies dont l'origine se situe à la période périnatale étaient responsables de 16 décès, les malformations congénitales de 4 décès. Nous avons enregistré une baisse significative de la mortalité néonatale de 31 décès néonatal en 2007 à 21 décès en 2019 (p=0,003). Ainsi le taux de mortalité a baissé de 6,73% à 3%. En comparant les causes de décès, nous avons noté une nette diminution de la mortalité secondaire aux infections néonatales de 73% à 9,5%, ainsi qu'une baisse de la mortalité secondaire à la bronchiolite aigue de 23,7% à 4,7%. En revanche, l'asphyxie périnatale, la maladie des membranes hyalines et la grande prématurité sont devenues les principales causes de mortalité néonatale en 2019.

Conclusion:

Nous avons noté une nette baisse de la mortalité néonatale entre 2007 et 2019 ainsi qu'une baisse de la fréquence des infections néonatales contre une augmentation de la mortalité secondaire à la prématurité et à l'asphyxie périnatale.

P254 - Panaris néonatal : à propos d'un cas

N. Rahmouni (1), I. FekihRomdhane (1), A. Ben Hassen (1), J. Green (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Taher Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

Le panaris néonatal est une infection localisée des tissus péri-unguéaux .elle est rare chez le nouveau-né. Sa survenue soulève des questions sur les particularités immunologiques de cette tranche d'âge et les soins d'hygiène. Nous rapportons le cas d'un nouveau né hospitalisé pour panaris de gros orteils.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutifs de panaris chez le nouveau né

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau né admis dans le service de réanimation néonatale pour tuméfaction de gros orteil

Résultats:

Un nouveau-né de sexe féminin, issu d'une mère âgée de 24 ans, G3 P3 A0, suivie pour un diabète de type 1 sous insuline, est né par césarienne à 35 semaines + 5 jours de gestation, en raison d'un utérus bi-cicatriciel en travail. À la naissance, le nouveau-né présente une macrosomie sévère avec un poids de 4260 g. Après une surveillance de 48 heures en milieu hospitalier, la sortie à domicile est autorisée.au 24ème jour de vie, le nouveau-né est réadmis pour une tuméfaction localisée au niveau du gros orteil gauche, accompagnée de rougeur et de chaleur. Le nourrisson reste apyrétique, et l'examen somatique est par ailleurs normal. Les analyses biologiques ne révèlent pas un syndrome inflammatoire. Une culture de pus prélevé sur le site infecté met en évidence la présence de Staphylococcus aureus.Une mise à plat chirurgicale de la lésion a été réalisée, suivie d'une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique pendant 10 jours. L'évolution clinique est favorable, avec une diminution notable de la douleur et de la rougeur après 48 heures de traitement. Une résolution complète des symptômes est observée au bout de 7 jours, sans aucune séquelle

Conclusion:

Le panaris est une pathologie rare en période néonatale. Il nécessite une prise en charge rapide et adaptée pour prévenir les complications. Une évolution favorable est généralement obtenue grâce à un diagnostic et des soins précoces. Ce cas illustre l'importance de l'éducation des parents sur les soins d'hygiène des nouveau-nés et la reconnaissance précoce des signes d'infection.

P255 - Kystes bilatéraux du plexus choroïde : à propos d'un cas avec diagnostic anténatal

E. Ben ElhajRhouma (1), I. FekihRomdhane (1), S. Hedhili (1), J. Green (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

Les kystes du plexus choroïde (KPC) touchent environ 1 à 2 % des fœtus lors des échographies prénatales, avec une légère prédominance masculine. Bien qu'ils soient souvent bénins et transitoires, leur détection nécessite un suivi pour exclure des anomalies génétiques ou neurologiques. Nous présentons le cas d'un nouveau-né avec des KPC bilatéraux détectés en anténatal.

Objectifs:

Décrire un cas de kystes bilatéraux du plexus choroïde détectés en anténatal et analyser l'importance du suivi prénatal et postnatal pour évaluer le pronostic et exclure les anomalies associées

Matériel et méthodes:

Nous présentons le cas d'un nouveau-né ayant des KPC bilatéraux détectés en anténatal.

Résultats:

Un nouveau-né de sexe masculin est né à 37 semaines d'aménorrhée par césarienne en urgence pour un utérus tricicatriciel en travail. Il est issu de parents non consanguins sans antécédents pathologiques notables, il est issu d'une mère multipare âgée de 35 ans, dont la grossesse a été bien suivie et sans dysgravidies.L'échographie morphologique prénatale a détecté des kystes bilatéraux du plexus choroïde, un diagnostic confirmé par une IRM fœtale montrant des kystes mesurant 10×8×5 mm à gauche et 7×7.5×12 mm à droite, sans anomalies associées. A la naissance, le nouveau-né était eutrophique, avec un poids de 3250 g et un périmètre crânien de 34 cm. Les examens cardio-pulmonaire et neurologique étaient normaux, sans dysmorphie faciale ni malformations visibles. Le caryotype fœtal était masculin (46,XY), et l'échographie abdominale postnatale n'a révélé aucune anomalie .actuellement , il est âgé de 3 mois et il présente un bon développement staturo-pondéral et psychomoteur. Une IRM cérébrale de contrôle est prévue pour un suivi ultérieur.

Conclusion:

Les kystes bilatéraux du plexus choroïde, sont souvent bénins et transitoires, mais ils nécessitent une surveillance attentive pour écarter des éventuelles anomalies associées. Ce cas illustre un bon pronostic d'unnouveau né ayant des KPC et souligne l'importance du diagnostic anténatal et du suivi postnatal.

P256 - Chromosome 6 en Anneau et Polykystose Rénale : Une Association aux Confins de la Génétique. À propos d'un cas

H. Heni (1), A. Merdassi (1), H. Fraj (1), S. Hannachi (1), F. Ben Salah (1), E. Karoui (1), E. Ben Kaddour (1), F. Ben Tahar (1), S. Blibech (1).

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

Introduction:

Le chromosome 6 en anneau (r6) est une anomalie chromosomique extrêmement rare résultant d'une délétion suivie d'une fusion des extrémités chromosomiques formant une structure circulaire. Cette anomalie est associée souvent à un retard de croissance intra-utérin (RCIU) et diverses malformations congénitales de sévérité variable en fonction du matériel génétique perdu.

Objectifs:

Décrire les interactions génétiques entre la polykystose rénale et le chromosome 6 en anneau.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons l'observation d'un cas de r6 associée à une polykystose rénale.

Résultats:

Bilel, nouveau-né de sexe masculin, a été admis à la naissance pour la prise en charge de retard de croissance intra-utérin et diagnostic prénatal de reins multi kystiques. Il est le premier enfant de parents non consanguins. Sa mère âgée de 30 ans est sans antécédents pathologiques. La grossesse était régulièrement suivie. Le triple test était normal. L'échographie morphologique avait montré une polykystose rénale bilatérale et oligoamnios sévère. La naissance était par voie basse à un terme de 39 SA+3 jours et le nouveau-né s'est bien adapté à la vie extra-utérine. Il présentait un RCIU harmonieux sévère avec un poids de naissance de 2200 g et un périmètre crânien de 31 cm. L'examen clinique trouvait une dysmorphie faciale et des anomalies des extrémités. Il n'y avait pas de néphromégalie. La miction a eu lieu dans les premières 24 heures. L'échographie rénale a confirmé la polykystose rénale bilatérale. Dans le cadre du bilan malformatif l'échographie cardiaque avait montré un foramen oval perméable tandis que l'imagerie cérébrale était sans anomalies. Le caryotype a révélé une mosaïque faite de 75 % de cellules porteuses d'un r6 et de 25 % de cellules normales. L'étude par Fluorescence In Situ Hybridization ne détectait pas de délétion de régions subtélomériques du r6. L'évolution était marquée par la survenue de plusieurs épisodes de pyélonéphrite aigues sans toutefois entraîner de cicatrices rénales. l'urétrocystographie rétrograde infirmait un éventuel reflux vésico-urétral associé. Le nourrisson a été mis sous antibioprophylaxie séquentielle. Après huit mois de suivi, l'enfant conservait une fonction rénale normale.

Conclusion:

Notre observation met en lumière une association peu fréquente entre le r6 et la polykystose rénale. Cette association en l'absence de délétions subtélomériques ouvre des perspectives sur les interactions complexes entre les anomalies chromosomiques et les affections rénales congénitales.

P257 - Les cardiopathies congénitales à révélation néonatale

RL. Merchaoui (1), A. Guizani (1), M. Cherif (1), E. Marmech (1), K. Lassoued (1), E. Ben Arab (1), M. Ammous (1), J. Kanzari (1), J. Ben Hefaiedh (1), S. Khlif (1), H. Ouarda (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), I. Selmi (1), N. Siala (1).

Service de pédiatrie Mongi Slim Marsa (1).

Introduction:

Les cardiopathies congénitales (CC) sont les malformations les plus courantes chez le nouveau-né (NN). Leur prise en charge doit être précoce et multidisciplinaire.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques et évolutives des cardiopathies congénitales à révélation néonatale.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective et descriptive réalisée au service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Mongi Slim sur une période de 6 ans (2019-2024), incluant tous les nouveau-nés ayant une cardiopathie congénitale diagnostiquée en période néonatale.

Résultats:

On a recensé 28 cas de cardiopathies congénitales. Une prédominance masculine a été observée avec un sex-ratio de 0,64. Le taux de prématurité était de 37 %. Le poids de naissance moyen était de 2931g +-731g. Cinq patients étaient hypotrophes. Le taux de consanguinité était de 10% et aucun antécédent familial de CC n'a été rapporté. L'âge maternel moyen était de 33 ans. Huit cas de diabète gestationnel ont été notés (28%). Le diagnostic anténatal de CC a été réalisé chez 3 patients. L'âge moyen de découverte de la cardiopathie congénitale était de 10 jours. La symptomatologie clinique était dominée par la présence d'un souffle cardiaque (18%), d'une détresse respiratoire (14%) et d'un tableau d'insuffisance cardiaque (14%). Les CC étaient syndromiques dans 75% (n=21). La trisomie 21 était l'aberration chromosomique la plus fréquente (32%), suivie de la trisomie 18 (7%) et du syndrome de Turner (un cas). Un cas de syndrome de Digeorge et un cas de syndrome de NOONAN ont été diagnostiqués. Les cardiopathies à shunt gauche-droit ont été observées chez 23 patients : la CIA était la plus fréquente (46%), suivie de la CIV (32%), et de la CAV (10%). Les cardiopathies cyanogènes ont été relevées dans 9% avec deux cas de tétralogie de Fallot et deux cas d'atrésie pulmonaire à septum ouvert. Trois NN avaient des cardiopathies complexes. Le traitement était médical dans 31% des cas et chirurgical dans 10% des cas. Le recul moyen était de 22 mois, l'évolution était favorable chez 15 patients, 5 patients étaient perdus de vue et 8 NN étaient décédés à un âge moyen de 26 jours.

Conclusion:

La prise en charge des cardiopathies congénitales à révélation néonatale pourrait être optimisée considérablement par une amélioration du dépistage anténatal et une collaboration multidisciplinaire précoce et efficace.

P258 - Evolution à court et moyen terme des nouveau-nés prématurés

J. Green (1), I. FekihRomdhane (1), H. Jaouadi (1), E. Ben ElhajRhouma (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

La prématurité est un facteur de risque majeur pour les séquelles neurosensorielles, telles que les troubles moteurs, visuels et auditifs. Ces atteintes peuvent altérer significativement le développement psychomoteur et la qualité de vie de ces enfants

Objectifs:

Evaluer le développement psychomoteur et staturo-pondéral observés chez les nouveaux nés prématurés

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, réalisée dans le service de néonatologie du CHU Taher Sfar de Mahdia sur une période de six mois allant du 1er janvier 2024 au 30 juin 2024, incluant des nouveau-nés hospitalisés pour prématurité.

Résultats:

Parmi les 65 nouveau-nés prématurés inclus dans notre étude, 56,9 % étaient de sexe masculin, avec un sex-ratio de 1,32.la majorité des nouveau-nés (84,6 %) ont montré une bonne adaptation initiale

à la vie extra-utérine. Une souffrance fœtale aiguë a été rapportée dans 46,2 % des cas. Tous les nouveau nés présentaient une prématurité modérée, avec un âge gestationnel moyen de 34 semaines d'aménorrhée + 2 jours et des extrêmes entre 32 SA et 36 SA+6 jours .70, 8 % de la population de notre étude étaient eutrophiques, tandis que 24,6 % présentaient un retard de croissance intra-utérin, dont 7,7 % était harmonieux et 16,9 était % dysharmonieux. La macrosomie était observée dans 4,6 % des cas. L'échographie transfontanellaire, était réalisée chez 22 patients et elle a révélé une hémorragie intraventriculaire de grade 1 dans 4,6 % des cas, une hémorragie intraventriculaire de grade 2 dans 1,5 % de cas. L'évolution était favorable pour la majorité des prématurés hospitalisés. Cependant, deux décès était enregistrés, secondaire à une infection nosocomiale .Lespluparts des patients survivants (70,8 %) sont suivis dans la consultation externe. Tous les nouveau nés avaient un bon développement psychomoteur, un bon développement staturo-pondérale et aucun d'entre eux ne présentait des séquelles neurosensorielles à ce stade. Six patients sont réadmis en période néonatale, parmi lesquels trois sont réhospitalisés pour bronchiolite aiguë.

Conclusion:

Les nouveau-nés prématurés inclus dans cette étude présentaient une évolution clinique globalement favorable, malgré un taux notable de souffrance fœtale aiguë et des hémorragies intraventriculaires. La majorité des patients ont montré une bonne adaptation initiale à la vie extra-utérine, et aucun des survivants suivis à long terme ne présentait de séquelles neurosensorielles ni de retard psychomoteur. Ces résultats confirment que les soins néonatals spécialisés et un suivi rigoureux permettent d'améliorer le pronostic des prématurés, même en cas de complications initiales.

P259 - Infections néonatales bactériennes précoces chez les prématurés : diagnostic, prise en charge et évolution

J. Green (1), I. FekihRomdhane (1), H. Jaouadi (1), N. Rahmouni (1), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:

L'infection néonatale bactérienne précoce (INBP) est une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés, en particulier chez les prématurés. Cette étude décrit les facteurs de risque et les stratégies de prise en charge.

Objectifs:

Évaluer l'impact de l'INBP sur les prématurés et identifier les meilleures pratiques pour le diagnostic et le traitement précoces.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de 65 cas de nouveau-nés prématurés hospitalisés dans le service de néonatologie de Mahdia durant une période de 6 mois, du 1er janvier au 30 juin 2024.

Résultats:

Nous avons colligés 65 nouveau nés prématurés durant la période d'étude. 63,1 % des grossesses n'étaient pas suivies. Tous les nouveau-nés présentaient une prématurité modérée avec un terme moyen de 34 SA + 02j. L'anamnèse infectieuse était positive dans 78,5 % des cas. L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) réalisé pour 10,8 % des parturientes était positif dans 3,1 % de cas. Une chorioamniotite a été identifiée dans 1,5 % des cas. la prématurité était spontanée dans 80 % cas . la principale cause de la prématurité induite était la SFA. L'INBP a été infirmée dans 81,5 % des cas, confirmée dans 3,1 %, et probable dans 15,4 %. Les hémocultures étaient négatives dans 28 cas, contaminées dans 2 cas, et non réalisées dans 35 cas. La CRP réalisée chez 54 patients était négative chez 51 patients .Sur le plan clinique, 4,6 % des nouveau-nés ont développé une détresse respiratoire due à une alvéolite infectieuse.26 nouveau nés ont étés traités initialement : 9,2 % des patients ont reçu une antibiothérapie associant amoxicilline et gentamicine, 13,8 % ont été traités par céfotaxime et gentamicine, tandis que 16,9 % ont nécessité une triple antibiothérapie combinant Totapen, céfotaxime et gentamicine. L'évolution clinique était favorable pour 96,9 % des patients. Cependant, deux décès ont été enregistrés, liés à des infections associées aux soins.

Conclusion:

Cette étude souligne l'importance d'améliorer le suivi prénatal et la prévention des infections néonatales, en particulier chez les prématurés. Malgré une évolution favorable dans la majorité des cas grâce à une antibiothérapie adaptée, des lacunes diagnostiques et des infections associées aux soins ont contribué à une mortalité évitable. Un renforcement des stratégies de prévention et de prise en charge est essentiel pour réduire ces risques.

P260 - Mort fœtale in utero : caractéristiques cliniques et anatomopathologiques

Y. Ben Romdhane (1), E. Chaabane (1), MW. Hannachi (1), M. Bouslama (1), M. Ben Ali (1), S. Jaouhari (1), E. Ben Hmida (1).

Néonatologie ,Hopital Charles Nicole (1).

Introduction:

La mort fœtale in utero (MFIU) représente un véritable problème de santé publique. Les causes sont multiples liées surtout aux antécédents maternels et aux pathologies gravidiques. Une meilleure compréhension des causes et des facteurs de risque est essentielle pour développer des stratégies de prévention efficaces.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques maternelles, le suivi prénatal et les caractéristiques cliniques et anatomopathologiques fœtales, ainsi que les explorations faites dans un but étiologique afin d'en déduire une stratégie de prévention adéquate.

Matériel et méthodes:

Nous avons effectué une étude rétrospective, descriptive sur une période de 5 ans allant de 2020 à 2024 colligeant tous les cas de MFIU diagnostiqués à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis.

Résultats:

Nous avons étudié 74 dossiers. L'incidence de la MFIU était de 5,5 /1000 naissances. Les MFIU précoces et tardives représentaient respectivement 19% et 81% des cas. Le terme moyen du diagnostic était de 33 SA ± 6 [23 - 41]. L'âge maternel moyen était de 32 ans ± 6 [21 – 43], la majorité des femmes n'avaient aucun antécédent pathologique (81%), un antécédent de MFIU et/ou de fausse couche spontanée a été noté dans 30% des cas. Les grossesses étaient bien suivies dans la plupart des cas, des anomalies à l'échographie morphologique ont été notées chez 29% des parturientes, un diabète gestationnel et/ou une HTA gravidique ont été retrouvés dans 40% des cas. L'anamnèse infectieuse était négative dans 90% des cas. L'accouchement était par voie basse dans 60% des cas, 52% des mort- nés étaient eutrophiques, un RCIU était noté dans 38% des cas, la quasi-majorité des mort- nés (50/74) étaient macérés à la naissance et non malformés. Dans le cadre du bilan étiologique, un examen anatomopathologique du placenta a été fait dans 50% des cas, une cause placentaire expliquant la MFIU a été retrouvée dans 40% des cas et l'insuffisance vasculaire placentaire en était l'étiologie le plus fréquente. Une chorioamniotite a été diagnostiquée dans 10% des cas. Un examen foetopathologique n'a été fait que dans 18% des cas. Des anomalies fœtales pouvant expliquer le décès ont été retrouvées chez 15% des mort-nés.

Conclusion:

La MFIU reste un événement multifactoriel. Outre les caractéristiques cliniques maternelles, l'examen anatomopathologique du placenta et l'examen foetopathologique apportent une aide précieuse au diagnostic étiologique bien qu'encore peu réalisé malgré les recommandations des sociétés savantes.

P261 - Méningite néonatale à Candida albicans : A propos d'un cas

A. Rajhi (1), MW. Hannachi (1), M. Bouslama (1), M. Ben Ali (1), S. Jaouhari (1), E. Ben Hmida (1).

Néonatologie ,Hopital Charles Nicole (1).

Introduction:

Les thérapies invasives destinées à améliorer la survie des nouveau-nés jouent un rôle majeur dans l'émergence des infections à des germes opportunistes, notamment fongiques.

Objectifs:

Décrire les principaux facteurs de risque d'infection fongique en milieu de réanimation et sa prise en charge

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude d'un cas de nouveau-né admise à l'unité de réanimation néonatale à l'hôpital Charles Nicole , atteinte d'une méningite néonatale à candida

Résultats:

Il s'agit d'un nouveau-né, de sexe féminin, née à terme de 35 SA et 3 jours par césarienne pour état fœtal non rassurant. Elle a été admise en unité de soins intensifs dès sa naissance pour prise en charge d'une hypotrophie sévère avec mise en place d'un cathéter veineux central (CVC). A J3 de vie, elle a présenté une infection associée aux soins compliquée de choc septique. Une antibiothérapie (ATB) à large spectre a été mise en route. Dès stabilisation de l'état clinique, une ponction lombaire

(PL) a été faite à J7 d'ATB montrant des éléments en faveur d'une méningite bactérienne mais la culture et la PCR multiplex n'ont pas isolé de germe. La PL de contrôle faite à J20 d'ATB a objectivé une ascension de la cellularité à 500/mm3 avec prédominance lymphocytaire. Devant une culture positive à Candida albicansmultisensible, la décision était initialement de traiter par Fluconazole en IV et de faire un relais par Amphotéricine B (Ampho B) en IV à la posologie de 1mg/kg/j. Un changement de cathéter veineux central a été réalisé à J10 du traitement par Ampho B conformément aux recommandations. Le LCR a été stérilisé au bout de 20 jours de traitement antifongique et les hémocultures réalisées n'ont pas isolées de germe.Dans le cadre du bilan d'extension, une échographie transfontanellaire a été réalisée revenue normale. Une échographie abdominale n'a pas objectivé de fungus ball. L'échographie cardiaque n'a pas retrouvé de végétations candidosiques. Il n y a pas eu de signe de choriorétinite candidosique à la RetCAM. Une IRM cérébrale a révélé des foyers hémorragiques intra-cérébelleux sub-aigus bilatéraux. Le nouveau-né a eu un total de 42 jours de traitement. L'Ampho B a été bien toléré moyennant une surveillance quotidienne de la fonction rénale et hépatique. Un bilan immunitaire a été prélevé et dont le résultat est en cours. Le nouveau-né est actuellement suivi en CE. Elle présente une croissance staturo-pondérale et un développement psychomoteur satisfaisants

Conclusion:

La méningite néonatale à Candida est rare mais associée à une morbi-mortalité élevée. Son apparition est favorisée par la présence de CVC et l'exposition à une ATB à large spectre. Le diagnostic est souvent retardé en raison de la nature non spécifique des symptômes. Un bilan d'extension est nécessaire. L'Ampho B est le traitement de 1 ère intention.

P262 - Predictors of postoperativemortalityamongneonatesaftermajor-risksurgery:a one-yearexperiencefrom a Tunisianhospital.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), A. Missoui (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

Introduction:

Neonatalsurgeryremains a high-riskprocedure. It requiresmultidisciplinary management and depends on the healthcareteam'sskills.

Objectifs:

This studyaimed to describeourexperiencemanagingnewbornsrequiringsurgical interventions and investigate the main predictors of postoperativemortality.

Matériel et méthodes:

In thisobservationalstudy, weincluded all newbornsagedlessthan 28 dayswhowereoperated on in the pediatricsurgerydepartmentundergeneralanaesthesiawithtracheal intubation for major-risksurgery. Patients weredividedintotwo groups according to the final issue (survival or death) during the twomonthsfollowingsurgery. Aftercomparing the two groups, univariable and multivariable logisticregressionweredone to investigate the predictors of perioperativemortalityamongneonates.

Résultats:

In thisstudy, sixty-sevennewbornswereincluded. The incidence of earlymortalitywas 28.3%. The anesthesia management had no impact on neonatalmortality. The main predictors of neonatalmortalitywere:revisionsurgery [aOR=35.5; 95% CI: 1.33- 94.1], duration of surgery ≥ 120min [aOR=36.5; 95% CI: 1.48- 312], preoperativemechanical ventilation [aOR=3.88; 95% CI: 1.12- 30.8], and the incidence of per operative adverse events [aOR=5.7; 95% CI: 1–29.5] or postoperativesurgical complications [aOR=32.5; 95% CI: 1.05–101].

Conclusion:

The earlymortality rate after major neonatalsurgeryremains high in ourdepartment. It seemsthatpreoperativepoor conditions can increase the risk. Furthermore, major-risksurgeriesrequiring long-duration procedures and revisionsurgery, as well as the incidence of postoperative infection, can significantlyincrease the risk of neonatalmortality.

P263 - Cardiomyopathie hypertrophique du nouveau-né de mère diabétique :Service de réanimation et de médecine néonatale, du Centre de Maternité du CHU Monastir

M. El Ghali (1), N. Nouira (1), T. Frigui (1), S. Ben Ammar (1), S. Abdelmoula (1), M. El Ouaer (1), M. Bizid (1), H. Ben Hamida (1).

service de réanimation et de médecine néonatale Monastir (1).

Introduction:

Le diabète maternel est un facteur de risque bien documenté pour de nombreuses complications néonatales, y compris les malformations cardiaques. Parmi, la cardiomyopathie hypertrophique (CMH) qui met en jeu le pronostic vital de ces nouveau-nés et elle doit être bien connue par les praticiens pour en tenir compte lors de leur prise en charge.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la cardiomyopathie hypertrophique des nouveau-nés de mères diabétiques

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée sur une période de 5ans (2019-2024) au service de réanimation et de médecine néonatale du CHU Monastir, incluant les nouveau-nés de mères diabétiques diagnostiqués avec CMH.

Résultats:

Nous avons colligé 27 nouveau-nés issus de mères présentant un diabète (méconnu, gestationnel ou préexistant) et diagnostiqués avec une cardiomyopathie hypertrophique (CMH). Parmi ces mères, 14 (58,3%) ont développé un diabète gestationnel, dont 11 traitées par régime et 9 par insuline. Neuf mères (33,3%) avaient un diabète préexistant, toutes sous insuline (4 diabétiques de type 1 et 5 de type 2). Quatre mères (8,4%) avaient un diabète méconnu, suspecté en raison du morphotype de leurs nouveau-nés. L'âge gestationnel moyen des nouveau-nés était de 37,3 ± 2,3 SA, extrêmes de 32 à 41 SA. Le poids moyen était de 4154,9 ± 919,9 g, extrêmes de 1630 g à 5840 g. Le taux de prématurité était de 37% (n=10). La majorité des nouveau-nés (96,3%) étaient symptomatiques, tandis qu'un seul cas a été dépisté. Les principaux signes cliniques étaient la détresse respiratoire

néonatale (74%), les accès de cyanose (37%), l'insuffisance cardiaque (14,8%) et un souffle cardiaque (11,1%). L'échocardiographie a révélé une hypertrophie septale chez 18 nouveau-nés (1 asymétrique, 4 concentriques et pour les autres cas l'épaisseur de septum inter-ventriculaire était entre 5 et 15 mm), une hypertrophie bi-ventriculaire chez 2 nouveau-nés, une hypertrophie du ventricule gauche chez 1, et une CMH obstructive chez 3 autres. Trois nouveau-nés ont été traités par les bêta-bloquants devant l'insuffisance cardiaque majeure : deux issus de mères atteintes de diabète préexistant mal équilibré et un autre issu d'une mère avec diabète gestationnel. Toutes ces mères étaient sous insuline. L'évolution clinique était favorable après un traitement symptomatique et étiologique de la CMH. Une échographie cardiaque de contrôle n'a été réalisée que chez 3 patients.

Conclusion:

La CMH est régressive avec l'âge mais grave et en corrélation étroite avec l'équilibre de diabète maternel. Elle ne doit pas être négligée par les obstétriciens lors de suivi de la grossesse et dépistée en postnatal surtout devant un nouveau-né symptomatique avec une maîtrise du traitement nécessaire.

P264 - Prise en charge de la bronchiolite aigue en milieu de réanimation néonatale : A propos de 66 cas

A. Bouzouita (1), S. Hannachi (1), F. Ben Taher (1), H. Fraj (1), F. Ben Salah (1), A. Merdassi (1), M. Hassiki (1), C. Letaif (1), S. Blibech (1).

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

Introduction:

La recrudescence de la bronchiolite après la pandémie Covid-19, et l'introduction dans le monde de l'immunoprophylaxie anti-virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nouveau-nés (NN) a modifié le profil automno-hivernale de la bronchiolite à VRS. Elle reste chez les nouveau-nés (NN) et les nourrissons vulnérables un problème de santé publique majeur du fait de la gravité et de la réduction du nombre de lits de réanimation néonatale.

Objectifs:

Analyser les aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des nouveau-nés admis en réanimation néonatale pour bronchiolite aigue.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis sur une période de 13 mois (1er janvier 2024 au 31 janvier 2025).

Résultats:

Nous avons colligé 66 patients admis pour bronchiolite aigue, 45 garçons et 21 filles, avec une sex-ratio de 2,14. Huit patients étaient prématurés. L'âge médian à l'admission était de 27 jours (extrêmes 2 jours à 4 mois). La notion de contage viral a été retrouvée chez 12 cas (18,2% des cas). Sur le plan clinique, 37 patients présentaient une toux avec polypnée, 28 avaient une obstruction

nasale, 26 avaient des signes de lutte marqués 23 patients étaient fébriles et 18 avaient des difficultés de tétée. Trois patients avaient une saturation en O_2 inférieure à 92 % avec cyanose. Trois patients présentaient des apnées. Une PCR virale multiplex nasale a été réalisée chez tous les patients, révélant une positivité au virus respiratoire syncytial (VRS) dans 43 cas (65.2%). Les autres virus étaient le rhinovirus, l'entérovirus, le SARS-CoV-2 et le para influenza A. La radiographie thoracique réalisée dans tous les cas, était normale dans 42 cas a objectivé des troubles de la ventilation dans 19 cas et une distension thoracique dans 5 cas. La surinfection bactérienne est survenue dans 32 cas. Sur le plan thérapeutique, la désobstruction nasale a été réalisée chez tous les patients. La kinésithérapie respiratoire a été réalisée dans 50% des cas. Une ventilation non invasive (VNI) a été instaurée dans 35 cas. L'évolution a été favorable dans tous des cas, avec une durée médiane d'hospitalisation de 5 jours (extrêmes : 1 à 31 jours).

Conclusion:

Malgré les diverses campagnes de sensibilisation sur les mesures préventives de la bronchiolite à VRS particulièrement de la période néonatale, cette dernière représente un réel challenge pour le réanimateur néonatologiste en période d'épidémie. Il serait temps d'introduire en Tunisie la vaccination de la femme enceinte contre le VRS et l'immunoprophylaxie contre le VRS du nouveau-né et nourrisson vulnérables.

P265 - Thrombose artérielle étendue sur cathéter chez un prématuré : Succès du traitement médical

E. Oumayma (1), W. Barbaria (1), J. Jandoubi (1), M. Bourcheda (1), I. Khamessi (1).

Pédiatrie-Néonatologie Hopital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

La thrombose artérielle sur cathéter est une situation rare et complexe chez le nouveau-né (NN) pouvant engager le pronostic fonctionnel et vital. Les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables en raison des différences dans leur système hémostatique.

Objectifs:

L'objectif était de rapporter une observation d'un NN prématuré chez qui un cathétérisme vasculaire était à l'origine d'une thrombose artérielle axillaire étendue

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude de cas à propos d'un nouveau né hospitalisé dans notre service en Janvier 2025 pour prise en charge d'une prématurité et chez qui l'évolution a été marquée par l'apparition d'une thrombose artérielle. Les données ont été recueillis à partir du dossier médical du patient comparées aux données récentes de la littérature.

Résultats:

YK était un NN prématuré de 33 SA+2 jours. Il a présenté un ictère à j3 de vie nécessitant le recours à la perfusion d'albumine. Une voie veineuse périphérique axillaire a été mise en place selon le protocole du service et la perfusion d'albumine était démarrée. Après deux heures de perfusion, le membre supérieur était devenu pale, cyanosé, froid. Les pouls axillaire, huméral, radial et ulnaire étaient absents. La conduite à tenir était d'enlever le cathéter et de pratiquer une échographie

Doppler de membre supérieur faite en urgences qui a montré une thrombose totale de l'artère axillaire gauche. Le patient a été mis sous héparine non fractionnée à la dose de 3UI/kg/h initialement puis ajustée en fonction de l'objectif du temps de céphaline activée (Entre 1,5 et2). Il n'y avait pas d'indication à une thrombectomie. L'évolution était faite par l'apparition d'un flux artériel au niveau de l'artère humérale gauche à l'échographie après 48 heures d'anticoagulation. Après 4 jours, l'échographie a montré une reperméabilisation de l'artère axillaire, humérale, cubitale et radiale avec un thrombus mou au niveau de l'artère axillaire. Le NN était mis sous HBPM à la dose de 150 UI/kg x 2/jour avec contrôle de l'activité anti Xa. L'évolution était favorable avec arrêt de l'anticoagulation à J19 devant un membre redevenu rose de façon homogène, chaud, mobile avec présence normale des pouls axillaire, huméral, radial et cubital. L'échographie était sans anomalies à J19.

Conclusion:

Notre observation souligne l'intérêt de la surveillance des cathéters veineux périphériques surtout chez les NN prématurés. Chez notre patient, la voie veineuse était mise par erreur en position artérielle et compliquée par une thrombose. Une ischémie aigue du membre avec risque d'amputation ont pu être évités grâce au traitement anticoagulant rapide et optimal.

P266 - Transpostion des gros vaisseaux : une série de huit patients

S. Mahmoud (1), S. Jaouhari (1), A. Miled (1), E. Ben Hamida (1).

Néonatologie- Hôpital Charles Nicolle (1).

Introduction:

La transposition des gros vaisseaux (TGV) est la cardiopathie congénitale cyanogène la plus fréquente chez le nouveau-né.

Objectifs:

Décrire les circonstances diagnostiques de la TGV et leurs évolutions à court terme.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, menée au service de néonatologie de l'hôpital Charles Nicole sur une période d'un an entre mars 2024 à mars 2025, incluant tous les nouveau-nés atteints de TGV

Résultats:

Huit patients ont été inclus. Parmi eux, six sont nés à l'hôpital Charles Nicolle et trois ont été transférés d'autres hôpitaux. La sex-ratio était de 1,6. Le diagnostic anténatal de la TGV par échographie fœtale a été réalisé dans trois cas seulement. Un diabète gestationnel maternel a été retrouvé dans quatre cas. Un seul cas de prématurité a été signalé. A la naissance, sept nouveau-nés avaient une bonne adaptation à la vie extra-utérine avec recours à la ventilation à pression positive chez trois patients. Un seul patient a été intubé en salle de naissance. Tous les patients présentaient une cyanose réfractaire à l'oxygénothérapie, associée à des signes de rétraction dans trois cas. L'échocardiographie postnatale a révélé un canal artériel et un foramen ovale perméables chez sept patients. Cinq patients avaient une forme simple de TGV, tandis que trois présentaient une forme complexe : TGV associée à une CIV (cas1), à une CIV avec CIA (cas 2) et à une hypoplasie de l'arc

aortique avec CIV (cas3). Une ventilation invasive était nécessaire chez six patients, dont deux ont présenté une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) justifiant le recours au monoxyde d'azote inhalé. Tous les patients ont reçu une perfusion de prostaglandines à une dose variant entre 0.025 et 0.06 gamma/kg/min. L'atrioseptostomie de Rashkind a été réalisée avec succès chez six patients avec un délai variant entre 21 et 72 heures de vie. Six patients ont été transférés à un centre spécialisé en Italie pour cure chirurgicale . Un seul patient est décédé au cours du transfert. Le switch artériel était réalisé à un âge moyen de 16 jours(11 ;26±5.2). Les complications post-opératoires rapportées étaient : un chylothorax, une déhiscence de la suture chirurgicale, une dysfonction ventriculaire, une sténose de l'artère iliaque et une infection liée aux soins conduisant à un décès dans un tableau d'état de choc septique dans un cas.

Conclusion:

La transposition des gros vaisseaux était majoritairement de diagnostic postnatal. Un diagnostic anténatal, la naissance programmée dans un centre hospitalier de niveau III permettent une optimisation de la prise en charge initiale avant la chirurgie qui demeure relativement tardive étant donnée l'absence d'un centre chirurgical spécialisé en Tunisie.

P267 - Expérience de la dérivation ventriculaire externe en néonatologie

C. Rouis (1), S. Sbai (1), S. Ben Amar (1), S. Abdelmoula (1), M. Elouer (1), M. El Ghali (1), M. Bizid (1), H. Ben Hamida (1).

Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité du CHU Monastir. (1).

Introduction:

Les dérivations ventriculaires externes (DVE) représentent une intervention neurochirurgicale délicate et exceptionnelle en milieu de réanimation néonatale. L'indication principale est le drainage du liquide céphalo-rachidien (LCR) à l'extérieur pour réduire la pression intracrânienne et prévenir les complications neurologiques graves. Chez les prématurés, les HIV constituent l'une des indications les plus fréquentes pour la pose d'une DVE, en raison d'hydrocéphalie secondaire évolutive.

Objectifs:

Rapporter l'expérience de notre service dans cette procédure, indication, déroulement et issu final avec conséquence au long cours.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective à propos de 3 cas qui ont nécessité la mise en place d'une dérivation ventriculaire externe au cours de leurs séjours au service de neonatologie.

Résultats:

1er cas : Tumeur de la fosse postérieure Il s'agit d'un nouveau-né à terme présentant une hydrocéphalie détectée à l'échographie T3, confirmée par une IRM à 34SA montrant une tumeur extra-axiale de 46x33x39mm dans la fosse postérieure droite. Cette tumeur comprimait le cervelet et le V4, entraînant une hydrocéphalie active. Opérée à J6, la tumeur hémorragique et calcifiée a été quasi totalement retirée. En post-opératoire, une HTIC avec mydriase a nécessité une reprise chirurgicale et la pose d'une DVE pendant 6 jours, avec une amélioration neurologique. **2ème

cas : Hémorragie intraventriculaire chez un grand prématuré** Nouveau-né à 29SA avec détresse respiratoire et une hémorragie intraventriculaire (HIV) grade IV diagnostiquée à J7. L'état neurologique s'est détérioré avec une HTIC et une hydrocéphalie active. Une DVE a été posée à J22, accompagnée d'une antibioprophylaxie et d'un traitement anticonvulsivant. La DVE, retirée accidentellement après 13 jours, a permis une régression de l'hydrocéphalie et de l'hémorragie, mais des séquelles sont restées, notamment une leucomalacie, un amincissement parenchymateux, une cécité et une infirmité motrice spastique. **3ème cas : Hémorragie intraventriculaire chez un grand prématuré** Prématuré de 28SA transféré à H15 pour détresse respiratoire néonatale, compliquée d'une HIV grade III. Une DVE a été posée à J28 pour gérer une hydrocéphalie active, ramenant du LCR hémorragique. La DVE s'est compliquée d'une méningite traitée par antibiotiques pendant 21 jours. Elle a été accidentellement retirée à J20 post-opératoire.

Conclusion:

L'étude de nos cas montre que la décision de DVE en néonatologie pour gérer le problème d'hydrocéphalie active doit tenir compte du risque infectieux et de pronostic ultérieur des patients. Une grande question d'éthique se pose, s'ajoute aussi un grand manque d'expérience de manipulation de cette procédure en milieu de réanimation néonatale.

P268- Le syndrome de Fraser : à propos d'un cas

S. Sbai (1), C. Rouis (1), M. Elouer (1), S. Abdelmoula (1), S. Ben Amar (1), M. El Ghali (1), M. Bizid (1), H. Ben Hamida (1).

Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Centre de Maternité du CHU Monastir. (1).

Introduction:

Le syndrome de Fraser ou Syndrome cryptophtalmie-syndactylie est un syndrome génétique rare (1/500 000 naissances), transmis selon un mode autosomique récessif. Il se caractérise par une hétérogénéité clinique, son diagnostic se base sur des critères majeurs et des critères mineurs. Les critères majeurs sont la cryptophtalmie ou microphtalmie, la syndactylie et la présence d'une anomalie uro-génitale. Les critères mineurs sont les anomalies des oreilles, du nez, du larynx et/ou du palais, les anomalies squelettiques, la hernie ombilicale, l'agénésie rénale et le retard mental. Le diagnostic est posé en présence de deux critères majeurs avec un critère mineur, ou bien un critère majeur et quatre critères mineurs.

Objectifs:

Décrire ce syndrome rare chez un nouveau-né avec toutes les difficultés de prise en charge et donner des idées sur le pronostic et la possibilité du conseil génétique.

Matériel et méthodes:

À propos d'un cas

Résultats:

Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe féminin transféré à notre service à la suite d'une cure chirurgicale d'une malformation anorectale type cloaque. Dans les antécédents, on notait des parents consanguins et pas des cas similaires familiaux. Aucun diagnostic anténatal n'a été fait. L'examen du nouveau-né à la salle de naissance a objectivé la présence d'une microphtalmie gauche et d'une malformation anorectale type cloaque avec un seul orifice émettant du méconium et des urines, une fossette coxygienne et une hernie ombilicale avec un palais ogival. L'échographie

abdomino-pelvienne a montré une dilatation des cavités excrétrices rénales, pas d'hydrocolpos et un utérus en place. Elle a eu une colostomie transverse droite. Notre patiente réunissait deux critères majeurs, une cryptophtalmie unilatérale et des anomalies urogénitales type cloaque et deux critères mineurs type la hernie ombilicale et l'uropathie malformative. Elle a eu des complications respiratoires et digestives gérées difficilement en milieu de réanimation.

Conclusion:

Le pronostic fonctionnel est touché dans le syndrome de Fraser avec une cécité unilatérale, un retard mental et des anomalies fonctionnelles génito-urinaires. L'acceptation par les parents de telles conséquences serait difficile d'où l'intérêt d'un conseil génétique et le diagnostic anténatal de ces malformations à l'échographie morphologique.

P269 - Hypertension artérielle pulmonaire Persistante du nouveau-né en réanimation néonatale

A. Rajhi (1), S. Jaouhari (1), E. Ben Nejma (1), E. Ben Hamida (1).

Néonatologie- Hôpital Charles Nicolle (1).

Introduction:

L'hypertension artérielle pulmonaire persistante (HTAPP) néonatale est une affection rare et grave compromettant l'adaptation circulatoire à la vie extra-utérine et qui représente un défi majeur en réanimation néonatale.

Objectifs:

Etudier le profil clinique et les modalités thérapeutiques de l'HTAPP compliquant une DRNN.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée entre janvier 2023 et février 2025, incluant tous les nouveau-nés qui ont présenté une HTAP compliquant une détresse respiratoire néonatale (DRNN).

Résultats:

Nous avons colligé 27 cas d'HTAPP sur un total de 906 DRNN (3%).Le sexe ratio était à 2.4 avec un taux de prématurité de 49%. L'accouchement était par césarienne dans 81,5 % des cas, dont 30% étaient à froid. La prévalence du diabète gestationnel était à 33.3%.A la naissance, 33.3% avaient une MAVEU.La prise en charge en réanimation a été entamée dans H1 de vie dans 70% des cas. Deux patients ont été admis secondairement pour aggravation de leurs DRNN. Les nouveau-nés étaient out-Born dans 21.4% des cas avec un délai moyen de transfert de 31 heures(24 ;53±10.5) Les conditions de transfert étaient inappropriées dans tous les cas. Parmi eux, 28,5 % étaient intubés dans le service d'origine et ventilés à la main.À l'admission, l'hypothermie et l'hypoglycémie ont été retrouvées respectivement chez 40,7 % et 14,8 % des nouveau-nés. La détresse respiratoire était considérée modérée à sévère dans 51,5 % des cas, avec des besoins en oxygène dans 48,1 % des cas et une différentielle de Spo2 observée dans 11,1 % des cas. La tension artérielle, la fréquence cardiaque et le TRC étaient normaux dans 96,2 % des cas. Une acidose a été observée dans 85,1 % des cas et l'hypocalcémie dans 7.9% des cas.L'étiologie de la DRNN était une MMH (59.2%), un pneumothorax (37%), une hernie diaphragmatique (7.4%), une alvéolite infectieuse (7.4%), une hypoplasie pulmonaire (3,7%) et une DRT (3,7%)L'échographie cardiaque a révélé une HTAP supra -

systémique dans 7.1% des cas, iso-systémique dans 29,6 % des cas et infra-systémique dans le reste des cas. Un retentissement sur le VD a été observée dans 47.1 % des cas, tandis qu'une contractilité moyenne du VG a été notée dans 25,9 % des cas. Tousles patients étaient sous ventilation mécanique avec recours à l'OHF dans 74% des cas. La durée moyenne de la VM était de 5 j(1 ;14±3,5). Tous les patients ont été mis sous No inhalé. L'utilisation de drogues vasoactives était nécessaire dans 81,4 % des cas.L'HTAPP était la cause du décès d'un seul patient.

Conclusion:

L'HTAP était relativement rare dans notre série cependant elle majorait la morbidité associée aux différentes étiologies sous-jacentes. L'échographie cardiaque au point d'intervention a un rôle capital dans sa prise en charge diagnostique et thérapeutique.

P270 - La non-compaction du ventricule gauche : à propos de trois cas

N. Rahmouni (1), I. FekihRomdhane (1), A. Ben Hassen (1), F. Mokrani (1), I. Chamtouri (2), K. Ben Hamda (2), M. Youssef (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).Service de Cardiologie B, Hôpital Universitaire Fatouma Bourguiba, Monastir (2).

Introduction:

La non-compaction du ventricule gauche (NCVG) est une cardiomyopathie congénitale rare .Elle est caractérisée par une dysplasie myocardique avec persistance de trabéculations et de sinus endomyocardiques dans la paroi du ventricule gauche. Bien que souvent sous-diagnostiquée, elle peut entraîner des complications sévères telles que l'insuffisance cardiaque, les arythmies et les accidents thromboemboliques.

Objectifs:

Discuter les caractéristiques cliniques, les modalités diagnostiques et les évolutions à long terme de cette cardiomyopathie congénitale.

Matériel et méthodes:

Nous avons rapportés trois observations d'enfants suivis dans notre consultation externe

Résultats:

La première observation concerne un nouveau-né admis à la naissance pour exploration d'un syndrome polymalformatif. Il est issu de parents non consanguins sans antécédents pathologiques notable. Il est issue d'une mère âgée de 24 ans (G2P2A0) par césarienne pour utérus cicatriciel à un terme de 39 SA. L'échographie anténatale a révélé une malformation cardiaque associée à une hypoplasie cérébelleuse. À la naissance, le nouveau-né pesait 2 900 g avec un périmètre crânien de 33 cm. L'examen clinique a révélé une dysmorphie faciale marquée par une dolichocéphalie, des fontanelles larges, une racine du nez aplatie, un palais ogival, un rétrognathisme, des oreilles bas implantées et un tubercule prétragien. Une IRM cardiaque a confirmé l'aspect de non-compaction du ventricule gauche (VG). Le tableau clinique est compatible avec un syndrome de Peters Plus. L'évolution est marquée par le décès de l'enfant à l'âge de 5 ans .La 2ème et la 3ème observation concernent des jumeaux de sexe masculin nés à 38 SA. Ils sont issus des parents non consanguins et d'une mère, âgée de 26 ans (G4P5A0), sans antécédents pathologiques .la grossesse était bichorialebiamniotique et bien suivie. L'accouchement est fait par voie basse. Le premier jumeau(J1) a été hospitalisé en période néonatale pour une détresse respiratoire associée à un souffle systolique. L'échographie cardiaque a révélé une insuffisance mitrale modérée à importante, un canal artériel persistant (PCA) responsable d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), ainsi qu'un aspect trabéculé et hyperkinétique du VG. Une IRM cardiaque a confirmé la non-compaction du VG. Chez le deuxième jumeau (J2), le diagnostic de non-compaction du VG a été confirmé aussi par l'IRM cardiaque. Actuellement âgés de 11 ans, la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) est estimée à 69 % pour J1 et à 57 % pour J2.Leurs holters rythmiques est sans anomalies.

Conclusion:

La non-compaction du ventricule gauche est une pathologie complexe qui nécessite un diagnostic précoce basé sur l'imagerie cardiaque, un suivi régulier et une prise en charge adaptée pour prévenir les complications graves. Ces trois observations illustrent la variabilité clinique de la non-compaction du ventricule gauche chez l'enfant

P271 - Blépharophimosis congénitale : À propos d'un cas

A. Ghorbali (1), M. Youssef (1), I. FekihRomdhane (1), M. Saiden (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Taher Sfar, Mahdia, Tunisie (1).

Introduction:
La blépharophimosis est une anomalie congénitale rare caractérisée par un rétrécissement anormal des fentes palpébrales, résultant d'un développement insuffisant ou d'un raccourcissement des paupières. Elle est souvent associée au syndrome blépharophimosis-ptosis-épicanthus inversus (BPES), qui inclut également un ptosis et un épicanthus inversus. Cette affection peut altérer la fonction visuelle et nécessite une prise en charge précoce, principalement chirurgicale.
Objectifs:
décrire les aspect clinique , paraclinique ,thérapeutique et évolutive de blépharophimosis
Matériel et méthodes:
Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin, hospitalisé dès la naissance pour exploration d'un syndrome polymalformatif.
Résultats:
Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin, hospitalisé dès la naissance pour exploration d'une dilatation digestive détectée en anténatal. Issu de parents non consanguins, il est né par césarienne à 38 SA d'une mère de 43 ans suivie pour hypothyroïdie et diabète gestationnel. L'examen clinique a révélé une dysmorphie faciale avec front bombant, fontanelle antérieure large, oreilles basses implantées et microphtalmie bilatérale. L'examen neurologique ainsi que les explorations échographiques transfontanellaire et abdominale étaient normaux. Le caryotype était sans anomalies. Un premier examen ophtalmologique n'a pas révélé d'anomalies. Toutefois, l'absence d'ouverture spontanée des yeux jusqu'à l'âge de 1 mois et demi a conduit à un nouvel examen ophtalmologique, confirmant le diagnostic de blépharophimosis. L'enfant est suivi en ophtalmologie en vue d'une correction chirurgicale à l'âge de 3 ans afin d'améliorer la fonction visuelle et l'aspect esthétique.
Conclusion:

La blépharophimosis est une malformation congénitale rare qui peut compromettre la vision et nécessiter une correction chirurgicale précoce. Son diagnostic repose sur un examen clinique minutieux, complété par un suivi ophtalmologique rigoureux. Une prise en charge rapide permet d'améliorer la fonction visuelle et d'éviter les complications liées au ptosis sévère.

P272 - Le syndrome de Prader - Willi : de la période néonatale à l'âge adulte

K. Oueslati (1), H. Ben Hamida (2), S. Abdelmoula (2), M. El Ouaer (2), S. Ben Amar (2), M. Bizid (2), M. Ghali (2).
Néonatologie de Monastir (1).Néonatologie (2).

Introduction:
Le syndrome de Prader-Willi est une pathologie génétique rare avec une incidence de 1 naissance vivante sur 15 000 imputable à une altération de l'expression des gènes paternels situés sur le chromosome 15 , principalement par une microdélétion 15q11-q13 . Cette condition engendre un trouble neuro-développemental et endocrinien évolutif . Son expression clinique suit une évolution

biphasique , débutant par une hypotonie néonatale globale , accompagnée de difficultés alimentaires et respiratoires , prélude à un retard psychomoteur , une petite taille et des troubles pubertaires. Puis , au fil des années , un phénomène paradoxal s'installe : l'enfant jadis en difficulté alimentaire , bascule vers une faim insatiable transformant l'acte alimentaire en une compulsion incontrôlable. Une approche thérapeutique multidisciplinaire adaptée à chaque phase permet de limiter les conséquences organiques et psychiques.

Objectifs:

Etudier les dimensions cliniques , thérapeutiques et évolutives du syndrome de Prader Willi.

Matériel et méthodes:

étuderétrospective,descriptive à propos d'une série de 5 cas atteints du syndrome de praderWilli colligés au service de néonatologie de Monastir entre les années 2016 et 2024 .

Résultats:

Le tableau clinique de nos 5 cas s'est révélé inédit , marqué par un hydramnios majeur ainsi qu'un syndrome d'immobilisme fœtal persistant (diminution des MAF) survenant durant le 3e trimestre de la grossesse, justifiant une césarienne en urgence en raison d'une souffrance fœtale aiguë. À la naissance, tous ont présenté une hypotonie globale sévère, associée à des troubles alimentaires et à des problèmes respiratoires. En outre, la note de dysmorphie faciale n'était manifeste que chez trois des cinq cas. La biologie moléculaire confirmant le diagnostic a été faite en période néonatale dans le cadre d'un bilan général d'une hypotonie sévère et inexpliquée. Au cours du suivi, le parcours développemental a été associé à des défis majeurs . Tout d'abord, un retard dans les acquisitions motrices a été observé, la marche n'étant acquise qu'aux alentours de deux ans et demi. Parallèlement, des troubles du langage nécessitant une éducation orthophonique intensive ont été détectés. Une petite taille a été constatée chez nos patients, ce qui a conduit à un traitement par injection de GH pour 2 cas sur 5. En outre, les difficultés d'apprentissage suite à une déficience intellectuelle modérée à sévère ont été notées à l'exception d'un patient qui a pu être scolarisé . De plus, l'hyperphagie compulsive et l'obésité morbide (+2DS) ont été constatés. Par ailleurs, un retard pubertaire, témoin d'un dérèglement endocrinien sous-jacent, a été observé chez 1 cas sur 5. Enfin, l'apparition de troubles psychiatriques dépressifs à l'âge adulte se révèle, comme en témoigne un cas observé à 28 ans. Cette pathologie se trouve exacerbée par une conscience accrue de la différence, alimentée par le regard des autres et par une corpulence marquée par l'obésité. Cette perception, qui scrute sans relâche les divergences sociales et physiques, génère un malaise profond, malgré l'accompagnement médico-social structuré.

Conclusion:

Notre série de cas se distingue par son étendue temporelle (recul de 1 an à 28 ans) retraçant les phases évolutives du syndrome de Prader willi sur près de 3 décennies . Les praticiens doivent acquérir l'expérience pour poser le diagnostic , assurer le suivi et aider les patients . L'approche thérapeutique doit être multidisciplinaire alliant médecine , psychologie ,rééducation et soutien familial .

P273 - Les rhabdomyomescardiaques

A. Maachaoui (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), W. Ben Haj Ammar (1), N. Ben Abba (1), F. Ayari (1), Y. Zdiri (1), S. Kacem (1).

Centre de maternité et néonatologie Tunis (1).

Introduction:

Les rhabdomyomes cardiaques représentent les tumeurs cardiaques primaires les plus fréquentes chez les nouveaux nés, souvent associé à des anomalies syndromiques. Bien que benin, leur diagnostic anténatal et leur prise en charge postnatale posent des défis cliniques particulièrement en cas de complications hémodynamique ou neurologique

Objectifs:

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des rhabdomyomes cardiaques congénitaux.

Matériel et méthodes:
Étude rétrospective, descriptive faite au Centre De Maternité et De Néonatologie Tunis sur une période de 14 ans allant de janvier 2010 à décembre 2023.
Résultats:
Au cours de l'étude de 14 ans, neuf cas de rhabdomyomes cardiaques ont été identifiés, représentant 28,1 % des tumeurs néonatales. Le diagnostic a été suspecté anténatalement grâce à l'échographie, réalisée entre 22 et 36 semaines de gestation, et confirmé post-natalement dans huit cas avec une concordance totale. La taille de la tumeur a diminué dans 38 % des cas entre l'échographie anténatale et post-natale. La détresse respiratoire néonatale a été observée dans plus de la moitié des cas, accompagnée de troubles hémodynamiques dans trois cas et de convulsions néonatales dans un cas. L'échographie cardiaque a révélé des tumeurs multiples et bien circonscrites enchâssées dans le muscle cardiaque, associées à des anomalies telles qu'une communication inter-ventriculaire et un foramen ovale persistant. Les examens complémentaires ont montré une cardiomégalie, une pleurésie, et des anomalies cérébrales dans certains cas. Le traitement a consisté en une prise en charge symptomatique incluant l'oxygénothérapie et des médicaments spécifiques, sans nécessité de chirurgie
Conclusion:
Cette étude souligne l'importance de l'échographie anténatale pour le dépistage précoce des rhabdomyomes cardiaques et le rôle clé d'une prise en charge symptomatique. Bien que les complications puissent être graves, de nombreux nouveau-nés présentent une évolution favorable. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour optimiser les soins et évaluer le pronostic à long terme

P274 - Tératomes orbitaires congénitaux: ''une rareté clinique relevée par deux cas''

A. Maachaoui (1), H. Chourou (1), R. Ben Aziza (1), W. Ben Haj Ammar (1), N. Ben Abba (1), F. Ayari (1), Y. Zdiri (1), S. Kacem (1).
Centre de maternité et néonatologie Tunis (1).

Introduction:
Les tératomes orbitaires sont des tumeurs germinales extrêmement rares, représentant une localisation inhabituelle des tératomes congénitaux. Leur diagnostic prénatal est souvent complexe, et leur prise en charge pose des défis importants en raison de leur présentation variée et de leur évolution souvent défavorable.
Objectifs:
Décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives de deux cas de tératomes orbitaires afin d'enrichir la littérature sur cette pathologie rare.
Matériel et méthodes:
Nous avons analysé deux cas de tératomes orbitaires colligés dans notre service, en collectant des données anamnestiques, anténatales, cliniques, paracliniques, évolutives, et anatomopathologiques
Résultats:
Durant une période de 14 ans nous avons colligés deux nouveaux nés prématurés de sexe masculin, issus de grossesses sans antécédents familiaux de tératome ou de néoplasie. L'un des tératomes a été diagnostiqué in utero à 22 SA par échographie et IRM, révélant une masse crânio-faciale orbitaire droite de 10 cm avec déplacement du globe oculaire. Dans l'autre cas, aucun diagnostic anténatal n'a été réalisé en raison d'un suivi insuffisant. Les deux patients sont nés par césarienne entre 27 et 28 semaines d'aménorrhée, avec des poids de naissance respectifs de 1100 g et 1230 g. Post-natalement, les masses tumorales orbitaires mesuraient entre 8 et 9 cm, avec une consistance ferme. L'un des tératomes était irrégulier et hémorragique, tandis que l'autre présentait une surface lisse. L'évolution a été rapidement défavorable, marquée par des décès précoces au premier jour de vie. L'autopsie réalisée dans un cas a révélé des anomalies associées, notamment une hyperplasie pulmonaire, une hépatomégalie et une splénomégalie. L'examen anatomopathologique a confirmé

leur nature bénigne, avec la présence de tissus neuronaux, de cheveux et de cartilage, sans signe de malignité.

Conclusion:

Ces deux cas illustrent la gravité des tératomes orbitaires congénitaux, particulièrement dans des contextes de diagnostic prénatal tardif ou inexistant. Une prise en charge précoce et multidisciplinaire reste essentielle pour améliorer le pronostic de cette pathologie rare et complexe.

P275 - Ostéoarthrite Néonatale Bilatérale Abcédée : À Propos d'un Cas Rare et Compliqué

A. Ghorbali (1), I. FekihRomdhane (1), F. Mokrani (1), S. Hedhili (1), I. Haddada (2), W. Langar (2), A. Fekih (3), A. Abid (3), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).

Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Taher Sfar, Mahdia (1).Service de Médecine physique, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (2).Service de chirurgie orthopédique ,Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba Monastir (3).

Introduction:

Les infections ostéoarticulaires néonatales sont des pathologies rares, mais graves, pouvant entraîner des complications fonctionnelles et vitales à long terme. Le tableau clinique est souvent atypique, rendant le diagnostic précoce difficile. Ces infections peuvent être associées à des germes pathogènes variés. Nous rapportons le cas d'un nouveau hospitalisé dans notre service pour fièvre avec des abcès multiples.

Objectifs:

Décrire la présentation clinique, le diagnostic et la prise en charge d'une ostéoarthrite néonatale bilatérale compliquée.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nouveau hospitalisé dans notre service pour fièvre avec des abcès multiples.

Résultats:

Nouveau-né de sexe masculin, issu des parents non consanguins, sans antécédents pathologiques notables .Il est issu d'une mère âgée de 28 ans, primipare .La grossesse est bien suivie, de déroulement normale. Il est né à terme, eutrophique avec une bonne adaptation à la vie extra utérine. La sortie à domicile est autorisée après une surveillance de 36 heures avec un examen normale. À l'âge de 26 jours, le nouveau né est réadmis pour une fièvre avec une mauvaise prise pondérale. L'examen à l'admission a révélé un nouveau né fébrile à 38,9 avec la constatation de deux tuméfactions avec des signes inflammatoires locaux en regard. Le diagnostic des abcès en sus sternal gauche et au niveau du poignet gauche a été confirmé par l'échographie.la biologie àmontré un syndrome inflammatoire. Le nouveau né a été mis initialement sous bithérapie à base de céfotaxime et gentamicine. L'évolution est marquée par l'apparition d'un autre abcès axillaire droit, alors le nouveau né a été traité par une antibiothérapie à large spectre à base de teicoplanine. L'hémoculture ainsi que le liquide de ponction d'abcès axillaire sont revenus ultérieurement positifs à staphylocoque aureus sensible. L'évolution est marquée par l'apyrexie au bout de quatre jours avec régression de syndrome inflammatoire biologique, mais constatation au 13 ème jour d'hospitalisation d'une tuméfaction de deux hanches.L'échographie a montré un épanchement bilatéral de moyenne abondance. L'IRM a objectivé un aspect d'une ostéoarthrite bilatérale abcédés avec une luxation bilatérale de deux hanches et une ostéomyélite du tiers proximal du fémur droit associées à des collections multiples des parties molles. Une arthrotomie et un lavage articulaire au niveau de deux hanches a été fait en urgence. Le prélèvement articulaire a objectivé un staphylocoque epidermidis multi résistant. L'antibiothérapie a été gardée pendant 6 semaines. Un bilan immunitaire a été fait revenant sans anomalies.

Conclusion:

Ce cas illustre la gravité des infections ostéoarticulaires néonatales et leurs complications, notamment en présence de germes résistants comme Staphylococcus epidermidis. Le diagnostic repose sur une évaluation clinique rigoureuse, des prélèvements bactériologiques et des examens

radiologiques. La prise en charge nécessite une antibiothérapie adaptée et une intervention chirurgicale rapide pour éviter les séquelles fonctionnelles. Ce cas souligne l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire intégrant les pédiatres, les chirurgiens orthopédistes, et les les médecins physiques dans le traitement des ostéoarthrites complexes.

P276 - Etiologicalspectrum and management of neonatalhypocalcemia at the Tunis maternity and neonatologycenter:a 4-year retrospectivestudy

Y. Sdiri (1), S. Ouerghi (1), I. Bouebdelli (1), F. Hassine (1), S. Kacem (1), F. Ayari (1).
médecine et réanimation néonatale CMNT (1).

Introduction:

Hypocalcemia is a common metabolic problem in newborn period. It isusuallybenign and transient. However, it can be life-threatening. There is consensus on the treatment of the symptomatic cases while the calcium level at which the treatmentwillbeinitiated and the treatment options are stillcontroversial in asymptomatichypocalcemia.

Objectifs:

Recall the main etiologies of neonatalhypocalcemiawhilespecifyingtheirtherapeutic management.

Matériel et méthodes:

This was a monocentric, retrospective, descriptive and analyticalstudy over a 4-year period(2021-2024) , carried out in the CMNT neonatalmedicine and intensive care unit.

Résultats:

During the studyperiod, 11,556 newbornswereadmitted to the neonatalmedicine and intensive care unit. 2588 newbornswereborn to diabeticmothers, giving a hospitalizedprevalence of diabetesduringpregnancy of 22.4%. Of these, 446 presentedwithhypocalcemiaduringhospitalization. The averagematernalagewas 33 years. The pregnancywaswellmonitoredin 66.7% of cases. The caesarean section rate amongnewbornswithhypocalcemiawas 75%; the sex ratio was 1.49. The prematurity rate was 67%. poor adaptation to extrauterine life wasfoundin 17.4% of cases. hypocalcemiawasearly-onsetin 90% of cases; etiologiesweredominated by maternaldiabetes , intrauterinegrowth retardation, prematurity and perinatal asphyxia. hypocalcemiawaslate-onsetin 45 newborns(10 % of cases). theetiologies of late-onsethypocalcemia in ourstudywere: vitamin D deficiency due to martial deficiency, hypomagnesemia, use of citrate-containingbloodproducts and syndromichypoparathyroidism (1 case of Di George syndrome and 1 case of Saanjad-Sakati syndrome). Correction of hypocalcemiawasnecessaryin 356 newborns, i.e. 80% of cases. 200 cases, i.e. 56% of cases, werecorrectedorally, and 44% intravenously.

Conclusion:

Hypocalcemia is a common metabolic problem in newborns. Since most infants with hypocalcemia are usually asymptomatic, serum total or ionized calcium levels must be monitored in preterm infants with a gestational age <32 weeks, small for gestational age infants, infants of diabetic mothers, and infants with severe prenatal asphyxia.

P277 - LA MASTOCYTOSE CONGENITALE : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS NEONATALES.

M. Barka (1), I. Guellim (1), S. Chaieb (1), M. Taamli (1), N. Soyed (1), D. Brahem (1), O. Mghirbi (1), N. Mahdhaoui (1).
Service de Néonatologie CHU Farhat Hached Sousse. (1).

Introduction:

La mastocytose congénitale constitue une pathologie rare chez l'enfant. Elle se caractérise par une infiltration mastocytaire des différents tissus : on distingue la mastocytose cutanée pure de la mastocytose systémique quand plus d'un organe extra cutané est atteint par une infiltration mastocytaire significative (moelle osseuse, tube digestif, os, foie et rate, ganglions). Elle est rare et qualifiée de maladie orpheline en raison d'une incidence de 2 /300000 patients/an, d'apparition le plus souvent sporadique, rarement familiale. La forme néonatale est exceptionnelle. Les

manifestations cliniques sont de deux types : celles liées au relargage des médiateurs mastocytaires el celles liées à l'envahissement des différents organes par les mastocytes pathologiques. Le traitement est d'une part symptomatique et d'autre part à visée antiprolifération.

Objectifs:

Le but de ce travail est de discuter, à travers deux observations néonatales, les aspects cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs des mastocytoses congénitales chez le nouveau-né.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive rétrospective ayant inclus deux patients diagnostiqués d'une mastocytose congénitale entre 2016 et 2024 au service de Néonatologie CHU Farhat Hached Sousse.

Résultats:

Observation 1 : Nouveau-né de sexe féminin issue de deux parents consanguins de deuxième degré. La grossesse et l'accouchement étaient sans particularités en dehors d'un retard de croissance intra-utérin inexpliqué. Elle était admise dès la naissance pour une éruption cutanée à type de lésions mélano-dermiques diffuses sur tout le corps associées à une hépato-splénomégalie. Le bilan étiologique avait comporté une biopsie cutanée, un myélogramme et une ponction biopsie du foie et avait conclu à une mastocytose congénitale avec atteinte hépatosplénique, médullaire et cutané. Le nouveau-né était mis sous traitement symptomatique. L'évolution initiale était caractérisée par une stabilisation des lésions cutanées et du syndrome tumoral. Mais le décès est survenu, secondairement, à l'âge de 14 mois dans un tableau infectieux sévère. Observation 2 : Nouveau-né de sexe masculin, eutrophique, issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse régulièrement suivie. Accouché à terme de 35SA pour diminution des mouvements actifs fœtaux avec un RCF pathologique. Bonne adaptation à la vie extra-utérine. Il a été admis dès la naissance pour exploration de lésions cutanées diffuses papulo-nodulaires généralisées à tout le corps érythémateuses, associées à une infiltration cutanée par endroit donnant un aspect purpurique bleuté. Par ailleurs, il n'y avait pas d'hépato splénomégalie associée. La numération formule sanguine était correcte. Le bilan étiologique avait comporté une biopsie cutanée qui avait confirmé le diagnostic avec une infiltration inflammatoire mastocytaire diffuse et un marquage C-Kit positif. Le nouveau-né a été mis sous traitement symptomatique des lésions cutanées avec un suivi régulier à la consultation externe. L'évolution était malheureusement fatale à l'âge de 3mois dans un tableau septique grave.

Conclusion:

La mastocytose congénitale est une atteinte rare, notamment chez le nouveau-né et probablement sous diagnostiquée. Dés que le diagnostic de mastocytose cutanée est posé; la recherche d'une atteinte systémique associée s'impose. Leur prise en charge demeure essentiellement symptomatique.

P278 - L'agénésie colique totale: à propos d'un cas rare

F. Mokrani (1), I. Fekih Romdhane (1), A. Ghorbali (1), S. Hedhili (1), M. Saidane (1), H. Ben Hamouda (1).
Service de Néonatologie, Hôpital Universitaire Tahar Sfar, Mahdia (1).

Introduction:
L'agénésie colique totale est une anomalie congénitale très rare, caractérisée par l'absence complète du côlon. Elle peut s'associer à des anomalies du tube digestive ou d'autres malformations congénitales. Sa prise en charge est difficile en raison de son tableau clinique variable. Ce cas illustre les aspects cliniques, les explorations nécessaires, les conduites thérapeutiques et les caractéristiques évolutives de cette malformation digestive.

Objectifs:
Décrire un cas rare d'agénésie colique totale

Matériel et méthodes:
Nous rapportons le cas d'un nouveau né hospitalisé dans notre service pour détresse respiratoire néonatale avec découverte d'une agénésie colique.

Résultats:
Nouveau-né de sexe masculin, issu de parents non consanguins, aux antécédents familiaux : deux cousins maternels ayant un retard de croissance intra-utérin sévère avec microcéphalie et un caryotype pathologique montrant un dérivé du chromosome 7.Lenouveau né est issu d'une mère âgée de 37ans G6P4A2.La grossesse est de déroulement normale ,menée sans dysgravidies .Il est né à un terme de 40 SA+1 jour par voie basse . Il est admis à la naissance pour une détresse respiratoire néonatale.L'examen à l'admission a montré un nouveau-né polypnéique à 78 cycles /min, retard de croissance dysharmonieux avec un poids à 2800 g, des oreilles bas implantées, polydactylie postaxiale au niveau de la main droite et une hernie dans le cordon .Le nouveau-né a été mis initialement sous LNHD, avec augmentation des besoins en oxygène et apparition de signes de lutte ,nécessitant ainsi l'intubation et la ventilation mécanique. L'évolution était marquée par la distension abdominale , apparition de vomissements bilieux et un arrêt des matières et des gaz . La radiographie thoraco abdominale a montré des niveaux hydro-aériques avec une ampoule rectale vide d'où le nouveau né a été exploré chirurgicalement avec découverte en per opératoire d'une agénésie colique totale avec un intestin grêle de 130 cm. Une iléostomie terminale avec abouchement du cul-de-sac iléal a été réalisée. L'échographie cardiaque a révélée une mésocardie, une veine cave supérieure gauche se drainant dans un sinus coronaire dilaté, une communication intra-auriculaire de 5 mm, un canal artériel large de 5 mm, un ventricule droit dilaté avec PAPS = 45 mmHg, et un décollement péricardiaque de 2 mm. Ce syndrome malformatif peut être en rapport avec une aberration chromosomique ou un syndrome de Pallister-Hal. L'évolution était défavorable ,marquée par le décès de nouveau né au 3ème jour de vie .

Conclusion:
Ce cas rapporte un syndrome polymalformatif complexe associant une agénésie colique totale, une polydactylie, une hernie dans le cordon, et une cardiopathie congénitale. Le contexte familial suggère une anomalie génétique ou un syndrome tel que le syndrome de Pallister-Hall. L'évolution défavorable souligne la gravité de ces pathologies et l'importance d'un diagnostic génétique précis pour un meilleur conseil familial.

Néphrologie

P279 - Néphroclacinose de l'enfant : à propos 37 cas

H. Ben Hamedou (1), I. Moalla (1), S. Trichilli (1), M. Weli (1), M. Hsiari (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
pediatrie B sfax (1).

Introduction:

La néphrocalcinose est définie par la présence de dépôts de calcium au sein du parenchyme rénal. Elle existe chez l'enfant comme chez l'adulte, mais les causes sont multiples et la plupart des désordres du système métabolique associés ont une origine génétique.

Objectifs:

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et étiologiques denéphrocalcinose chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective descriptive des cas de néphrocalcinose, réalisée dans le service de Pédiatrie B sur une période de 24 ans (1erJanvier 2000 - 31 Décembre 2024).

Résultats:

Nous avons colligé 37 cas avec prédominance masculine. L'âge moyen de nos patients était de 29 mois avec des extrêmes allant de 6 jours à 13 ans. L'origine géographique prédominant des patients est du centre tunisien. La consanguinité a été retrouvé chez 22 patients.Les circonstances de découverte étaient : les vomissements dans 32.4%, retard de croissance staturo-pondéral dans 24.3%, Syndrome polyuro-polydipsie dans 21.6%, fortuite dans 21.6%, Infection urinaire 21.8%, insuffisance rénale dans 21.8%, douleur abdominale 8.1%, fièvre 5.4%, rachitisme 5.4%, dyspnée 5.4% et hématurie 2.7%. Pour la biologie sanguine initiale : 5 patients avaient une insuffisance rénale terminale, une acidose métabolique chez 26 cas, une hypocalcémie et hypercalcémie a été retrouvé chacune dans 8 cas, une hypophosphatémie a été trouvée chez 13 cas, une hyperphosphatémie a été trouvé chez 2 cas, une hyperparathyroïdie a été trouvée chez 3 patients et une hypothyroïdie chez 1 patient. Pour le bilan urinaire, le rapport calcium/ créatinine urinaire était élevé chez 12 patients, le rapport oxalurie/ créatinine urinaire était élevé chez 5 patients, la présence de cristaux type whewllite a été noté chez 2 cas, la FeNa était >1% chez 22 cas, FeK était > 23% chez 16 cas, le TRP était <85% chez 3 patients. L'échographie rénale était l'imagerie utilisée pour confirmer le diagnostique en précisant la localisation, 28 cas au niveau médullaire, 7 cas mixte avec prédominance de la localisation bilatérale, et le grade avec prédominance du grade 3. L'étiologie prédominante été l'acidose tubulaire distale.

Conclusion:

La néphrocalcinose peut evoluer vers une insuffisance rénale lentement progressive avec les années jusqu'à destruction complète des reins. Il n'existe pas de traitement pour éliminer les dépôts de calcium au niveau du rein, en revanche, il est possible de ralentir l'évolution en agissant sur la maladie de base.

P280 - Facteurs prédictifs de réponse à la ciclosporine dans le syndrome néphrotique idiopathique cortico-résistant de l'enfant

C. Bouassida (1), O. Naija (1), E. Cherif (1), T. Sayari (1), Y. Hami (1), T. Gargah (1).

Pédiatrie Hôpital Charles Nicolle (1).

Introduction:

Le syndrome néphrotique idiopathique cortico-résistant (SNCR) immunologique est une pathologie rare et grave avec un risque élevé d'évolution vers l'insuffisance rénale chronique. Le traitement par la ciclosporine a révolutionné la prise en charge de cette pathologie. Toutefois, la rémission complète sous ce traitement n'est pas la règle.

Objectifs:

Préciser les facteurs prédictifs de réponse à la ciclosporine chez les enfants ayant un SNCR immunologique.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, au service de pédiatrie de l'Hopital Charles Nicolle de Tunis sur une durée de 21 ans du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2021. Nous avons inclus les patients âgés entre 1 et 12 ans au moment du diagnostic, ayant un SNCR idiopathique et primaire, traités par ciclosporine en première intention, ayant un recul minimal de 12 mois. Les cas de SNCR génétique ont été exclus. Pour l'étude statistique, nous avons réalisé une

analyse univariée (en utilisant les tests d'Anova, chi-deux de Person et le test exact bilatéral de Fisher) et multivariée (en utilisant un modèle de régression logistique) afin de déterminer les facteurs prédictifs de réponse à la ciclosporine.

Résultats:

Nous avons inclus 38 cas dont 23 garçons et 15 filles, soit un sex ratio de 1,5. L'âge médian au moment du diagnostic était de 3,1 ans. L'albuminémie moyenne au huitième jour après les boli de méthylprednisolone était de 21,3 ± 7,7 g/L (extrêmes : 4,4 et 46,0). Le délai moyen d'introduction de la ciclosporine après le diagnostic initial du syndrome néphrotique était de 73 ± 40 jours (extrêmes: 33 et 180). A six mois de traitement par l'association prednisone-ciclosporine, une rémission complète a été obtenue dans 58% des cas, une rémission partielle dans 21% des cas et une résistance dans 21% des cas.. Les facteurs prédictifs de rémission complète sous ciclosporine étaient l'albuminémie au huitième jour après les boli de méthylprednisolone en analyse univariée (p=0,022), et l'âge précoce au moment du diagnostic en analyse univariée (p=0,018) et multivariée (p=0,025).

Conclusion:

L'âge précoce au moment du diagnostic du SNCR représente le seul facteur prédictif de réponse à la ciclosporine.

P281 - La vessie neurologique de l'enfant : Etude de 16 cas

A. Kallel (1), B. Maalej (1), A. Kammoun (1), M. Weli (1), A. Mahfoudh (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU Hedi Chaker Sfax (1).

Introduction:

Le terme de vessie neurologique regroupe tous les tableaux de dysfonction vésicale et sphinctérienne liées à une atteinte de la commande neurologique au cours d'une maladie neurologique.

Objectifs:

étude des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques et évolutives de la vessie neurologique (VN) chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective comportant l'analyse des dossiers des patients porteurs de VN, sur une période de 13 ans allant du 1er janvier 2011 au 31 juin 2024

Résultats:

seize cas de VN ont été colligés. La médiane d'âge des patients lors des premiers signes était de 6 ans. Les patients se répartissaient en 4 garçons et 12 filles. Les premiers symptômes présentés étaient une infection urinaire dans 12 cas et une insuffisance rénale chronique dans 4 cas. La valeur moyenne de la créatinémie au moment du diagnostic était de 283 µmol/l. La VN était associée à un RVU dans 7 cas dont 4 cas de haut grade. Pour le traitement : 14 patients ont bénéficié d'un traitement médical, 2 patients ont bénéficié d'un traitement endoscopique . La moyenne d'âge des patients au moment de la prise en charge thérapeutique était de 7,4 ans. Tous les patients ont présentés des infections urinaires à répétion avec en moyenne 6 épisodes / malade. Après un recul moyen de 1 an 6 mois, 5 patients ont évolués vers une IRC.

Conclusion:

Une prise en charge précoce et adaptée de la VN reste essentielle pour préserver la fonction rénale.

P282 - A propos d'un cas : syndrome casse-noisette

H. Ben Hamedou (1), M. Weli (1), M. Zouari (2), A. Kammoun (1), R. Mhiri (3), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).chirurgie pediatriquesfaxhedichaker (2).chirurgie pediatrique (3).

Introduction:

Le syndrome de casse-noisette est un syndrome douloureux abdominal bénin provoqué par la compression de la veine rénale gauche dans la pince formée par l'aorte abdominale et l'artère mésentérique supérieure.

Objectifs:
L'objectif de notre étude, est d'étudier les aspects cliniques, biologiques et radiologiques de cette maladie rare.
Matériel et méthodes:
Nous rapportons un cas de syndrome casse noisette âgé de 10 ans, d'origine tunisien, admis au service de pédiatrie B se Sfax.
Résultats:
Patient âgé de 10 ans, originaire d'Aguereb, aux antécédents personnels d'une anémie ferriprive sous traitement depuis l'âge de 5 ans et aux antécédents familiaux de lithiase rénale, admis dans notre service pour hématurie macroscopique totale. L'histoire de la maladie remonte aux 3 jours précédents l'hospitalisation, marquée par l'apparition d'une angine pultacée avec le même jour notion de traumatisme a point d'impact dorsal lombaire suivie de l'apparition de l'hématurie macroscopique type coca cola. L'examen initial a montré un patient eutrophique poids à +1 DS, taille -0.5 DS, abdomen souple, absence hépato-splénomégalie, bon état hémodynamique avec TA à 11/7, bon état neurologique, absence d'autres saignement cutanéo-muquex, gorge érythémateux avec adénopathie cervicale gauche infra centimétrique. A la biologie initial, bilan d'hémostase correcte plaquette à 446.00, TP 100%, TCA 28, bilan rénal et hépatique normaux, CRP à 15, C3 1.49 g/l, C4 0.3 g/l. Un examen bactériologique des urines a été demandé revenant culture négative. Une échographie rénale faite en urgence devant la notion du traumatisme revenant sans anomalies. Devant une disparition spontanée de l'hématurie avec confirmation par HLM rêvent négatif, le patient a été mis sortant avec suivie a la consultation externe. L'évolution a été marqué par des épisodes paroxystique d'hématurie isolée d'où un angio-scanner abdominale a été demandé montrant : Veine rénale gauche grêle au niveau de son niveau aorto-mésentérique (1.4mm) avec un ratio égale à 5.7 concluant à un syndrome casse noisette.
Conclusion:
Étant donné son individualisation relativement récente, la prise en charge de ce syndrome n´est encore bien codifiée (chirurgie, endovasculaire ou abstention). Dans tous les cas, l'objectif est de lever l'obstacle au drainage de la veine rénale gauche.

P283 - La neurofibromatose type1 : une cause rare d'HTA chez l'enfant

B. Maalej (1), I. Moalla (1), M. Hamdeni (1), H. Ben Hmado (1), S. Trichili (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B Hedichaker (1).
Introduction:
La neurofibromatose de type 1 (NF1) est une maladie génétique autosomique dominante caractérisée par une grande variabilité clinique, incluant des manifestations cutanées, neurologiques et vasculaires. Bien que l'hypertension artérielle (HTA) soit une complication fréquente chez les patients atteints de NF1, elle est souvent sous-estimée, en particulier chez les enfants
Objectifs:
décrire deux cas pédiatriques de neurofibromatose de type 1 (NF1) révélés par une hypertension artérielle (HTA) sévère, secondaire à une sténose bilatérale des artères rénales
Matériel et méthodes:
Etude rétrospective de 2 cas de neurofibromatose de type 1 (NF1) colligés au service de pédiatrie B du CHU Hédi Chaker de Sfax.
Résultats:
Il s'agit de 2 garçons. L'âge moyen est de 11 ans. Un seul patient avait des antécédents familiaux de neurofibromatose. Le motif de consultation était des douleurs abdominales (1 cas) et des céphalées dans l'autre cas. La mesure de la tension artérielle a objectivé une hypertension immédiatement menaçante dans les 2 cas. L'angioscanner abdominale a montré une sténose bilatérale des artères rénales dans les 2 cas. Le diagnostic de NF1 a été retenue devant la présence de tâches café au lait, des lentigines et des nodules de lisch dans tous les cas, des obni à l'IRM cérébrale dans 1 cas, gliome

du nerf optique (1 cas). Le traitement de l'HTA était l'angioplastie rénale dans un cas et une quadrithérapie antihypertensive dans l'autre cas.

Conclusion:

La neurofibromatose type 1 est un des désordres autosomiques les plus fréquents chez l'enfant. La description lésionnelle de cette pathologie est bien documentée. Cependant certaines atteintes sont rares chez l'enfant et sont parfois révélatrices de la maladie.

P284 - Hypercalcémie persistante chez le nourrisson : Quand la vitamine D fait trop de mal

S. Atitallah (1), G. Cherif (1), F. Kaddour (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).

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

Introduction:

L'hypersensibilité à la vitamine D, bien que rare, peut entraîner des troubles métaboliques sévères, notamment une hypercalcémie persistante, responsable de manifestations cliniques telles que des vomissements incoercibles et une déshydratation sévère chez les nourrissons. Ce trouble, souvent d'origine génétique, est caractérisé par une réponse excessive aux faibles apports en vitamine D, conduisant à une hypercalcémie potentiellement grave.

Objectifs:

Décrire un cas clinique rare d'hypercalcémie persistante chez un nourrisson, causée par une hypersensibilité à la vitamine D et mettre en évidence la nécessité d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge rapide et d'un suivi clinique rigoureux pour prévenir les complications graves, notamment rénales.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation d'hypersensibilité à la vitamine D révélée par une hypercalcémie.

Résultats:

Un nourrisson de sexe féminin, âgée de 4 mois, sans antécédents familiaux ou personnels notables, a été admise pour des vomissements incoercibles évoluant depuis quatre jours, dans un contexte d'apyrexie. L'examen clinique a mis en évidence des signes de déshydratation sévère. Les analyses biologiques ont révélé une insuffisance rénale aiguë, une alcalose métabolique décompensée, hypercalcémie à 3,28 mmol/L, une phosphorémie normale, une parathormone basse, ainsi qu'une hypercalciurie. Un dosage de la 25-hydroxyvitamine D a mis en évidence des taux élevés, suggérant initialement un diagnostic d'intoxication à la vitamine D. En conséquence, l'apport de vitamine D a été suspendu. Cependant, malgré une prise en charge initiale par réhydratation et la normalisation des taux de la vitamine D, l'hypercalcémie persistait. L'échographie rénale n'a pas montré de signes néphrocalcinose. Le traitement a été ajusté avec l'administration de furosémide (Lasilix) et une hyperhydratation continue, sous surveillance clinique étroite. L'évolution a été favorable, avec une normalisation progressive de la calcémie, permettant de confirmer le diagnostic d'hypersensibilité à la vitamine D.

Conclusion:

L'hypersensibilité à la vitamine D, bien que rare, doit être envisagée comme une cause d'hypercalcémie persistante chez les nourrissons. Ce cas met en évidence l'importance d'un diagnostic rapide et d'une prise en charge appropriée, incluant l'hyperhydratation et l'utilisation de diurétiques, pour prévenir les complications rénales. Un suivi clinique rigoureux et une vigilance particulière sont essentiels, car les symptômes peuvent être non spécifiques mais potentiellement graves.

P285 - Tableau inhabituel des valves de l'urètre postérieur

R. Mhiri (1), S. Khlif (1), M. Yatouji (1), M. Ammous (1), J. Ben Hefaiedh (1), H. Ouarda (1), J. Kanzari (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de Pédiatrie et Néonatologie- Hôpital Mongi Slim La Marsa (1).

Introduction:

Les valves de l'urètre postérieur (VUP) représentent l'uropathie obstructive la plus grave du garçon. Bien que le traitement chirurgical a amélioré le pronostic de cette affection, le risque d'évolution vers une insuffisance rénale reste conditionné par le diagnostic précoce, idéalement en anténatal.

Objectifs:

Rapporter, à travers une observation, le tableau clinique atypique, la prise en charge et l'évolution chez un nourrisson présentant des VUP.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons à travers une étude type "case report" le tableau inhabituel chez un nourrisson présentant des VUP, pris en charge au sein du service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Mongi Slim- la Marsa en 2025.

Résultats:

Il s'agit d'un nourrisson de 3 mois de sexe masculin sans antécédents pathologiques connus adressé aux urgences pédiatriques pour une polypnée superficielle avec mauvaise prise pondérale. Il est issu d'une grossesse bien suivie avec une échographie morphologique sans anomalies et un liquide amniotique de quantité normale. L'examen a objectivé un nourrisson hypo réactif, pâle avec des signes de déshydratation marqués : fontanelle antérieure déprimée, pli cutané persistant et muqueuses sèches. L'examen des organes génitaux externes était normal et la maman a rapporté la notion d'allaitement artificiel à la demande et d'un bon jet urinaire. La biologie a montré une acidose métabolique, une insuffisance rénale avec urée = 46,6 mmol/l et une créatinine à 140 umol/l avec troubles ioniques à type d'hyperkaliémie à 7 mmol/l et d'hyponatrémie à 116 mmol/l ainsi qu'une anémie hypochrome microcytaire à 8 g/dl. Les examens radiologiques ont montré une dilatation urétéropyélo-calicielle bilatérale à l'échographie rénale et un reflux vésico-urétéral passif grade 5 bilatéral avec vessie de lutte multidiverticulaire en faveur des valves de l'urètre postérieur à l'uretro-cystographie rétrograde. Une sonde urinaire a été mise en place avec amélioration du bilan rénal. Le patient a été adressé en chirurgie pédiatrique où l'endoscopie a confirmé le diagnostic des valves de l'urètre postérieur avec une résection de ces valves à j6 de prise en charge.

Conclusion:

Les VUP, bien que chirurgicalement curables, conditionnent le pronostic rénal à long terme. Un diagnostic précoce, fait en anténatal, ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire permettent d'améliorer ce pronostic. D'où l'importance de les évoquer chez tout garçon présentant une insuffisance rénale, même en l'absence d'anomalies au cours du suivi anténatal, et même en présence d'un bon jet urinaire.

P286 - Le reflux vesico-urétéral de l'enfant : Etude de 24 cas

H. Ben Hamedou (1), B. Maalej (1), Y. Achich (1), H. Zitouni (2), R. Mhiri (2), M. Weli (1), L. Gargouri (1).

pediatrie B sfax (1).chirurgie pediatriquesfax (2).

Introduction:

En Tunisie, les uropathies malformatives constituent la première cause d'insuffisance rénale chronique terminale chez l'enfant. Elles sont retrouvées chez 35,5% des enfants. Ainsi, la principale étiologie d'insuffisance rénale terminale demeure la néphropathie de reflux secondaire au RVU qui représente 25 % des cas

Objectifs:

étude des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques et évolutives du reflux vésico-urétéral (RVU) primitif chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective comportant l'analyse des dossiers despatients porteurs de RVU primitif, sur une période de 13 ans allant du 1er janvier 2011 au 31 juin 2024.

Résultats:

Vingt-quatre cas de RVU ont été colligés.La médiane de l'âge des patients lors des premiers signes était de 8 mois. Les patients se répartissaient en 15 garçonset 9 filles. Le RVU était bilatéral dans 10 cas, unilatéral dans 14 cas et de haut grade dans 10 cas. Les premiers symptômes présentés étaient une infection urinaire dans 22 cas et une insuffisance rénale chronique dans 1 cas. La valeur moyenne de la créatinémie au moment du diagnostic était de 88 µmol/l. Pour le traitement : 15 des patients ont bénéficié d'un traitement médical, 4 patients ont bénéficié d'un traitement endoscopique et 5 patients ont eu une réimplantation urétéro-vésicale selon Cohen. La moyenne d'âge des patients au moment de la prise en charge thérapeutique était de 37 mois et demi. Un malade a présenté une HTA et 8 des patients ont évolué vers la néphropathie de reflux.

Conclusion:

Une prise en charge précoce et adaptée du RVU reste essentielle pour préserver la fonction rénale.

P287 - Syndrome Hémolytique et Urémique atypique: à propos d'une série pédiatrique

A. Marzouki (1), M. Jouili (1), N. Jammeli (1), M. Beji (1), O. Mars (1), O. Sonara (1), B. Mahjoub (1).

pédiatrie Taher sfarMahdia (1).

Introduction:

Le syndrome hémolytique et urémique (SHU) est une maladie rare qui fait partie des microangiopathies thrombotiques. Chez l'enfant, il est associé à une infection par Escherichia coli producteur de shigatoxines dans 90% des cas, tandis que le SHU atypique ne représente que 5 % des cas. Ce dernier résulte d'une dérégulation de la voie alterne du complément, souvent liée à des mutations génétiques. Son pronostic est sévère, avec un risque d'insuffisance rénale terminale pouvant atteindre 70 % en cas de mutation du facteur H ou du C3.

Objectifs:

Étudier les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives du SHU atypique chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective au service de pédiatrie à l'Hôpital Taher Sfar Mahdia sur une période de 15 ans (2010-2024). Nous avons inclus tous les enfants hospitalisés pour SHU atypique.

Résultats:

Nous avons colligé 9 cas, dont 55% étaient des garçons. Le diagnostic a été posé avant l'âge de 3 mois chez 66,6 % des patients et avant l'âge de 2 ans chez tous les patients. Dans notre série, 67 % des cas étaient issus d'un mariage consanguin. Deux enfants étaient frère et sœur, et un autre enfant avait dans l'histoire familiale 5 cousins et un grand-père maternel atteints de SHU. Le tableau clinique initial était brutal, associant une pâleur cutanée, un œdème généralisé (77,7 % des cas), une insuffisance rénale nécessitant une dialyse péritonéale (56 % des cas), ainsi qu'une hypertension artérielle (64 % des cas). Deux patients ont présenté une défaillance hémodynamique avec un œdème pulmonaire aigu (23 % des cas). Sur le plan biologique, on note une anémie normochrome normocytaire (hémoglobine moyenne : 6,7 ± 1,6 g/dL) et la présence de schizocytes (moyenne : 25 % ± 9 %) chez tous les patients. Une thrombopénie (moyenne : 85 000 ± 12 000/mm³) et une insuffisance rénale avec acidose métabolique ont également été observées chez tous les patients. Une chromatographie des acides aminés et organiques a été réalisée chez tous les patients afin de rechercher une hyperhomocystéinémie ou une acidurieméthylmalonique, mais les résultats étaient négatifs. Une anomalie du complément a été identifiée chez 66 % des patients, avec un déficit en facteur H chez quatre patients et un déficit en facteur I chez deux patients. Le dosage du facteur ADAMTS13, effectué chez tous les patients, était normal. Un traitement par plasmathérapie mensuelle a été préconisé chez tous les patients, avec une évolution favorable chez 4 enfants qui n'ont pas développé une insuffisance rénale, bien qu'une thrombopénie avait persisté chez l'un d'eux. Deux patients ont présenté des rechutes fréquentes malgré la plasmathérapie, et deux autres sont décédés dans un tableau d'insuffisance rénale terminale avec une défaillance multiviscérale.

Conclusion:

Le SHU atypique chez l'enfant est une pathologie sévère avec un risque élevé de complications rénales et systémiques. L'identification précoce des anomalies du complément permet une meilleure prise en charge. Bien que la plasmaphérese soit efficace, l'éculizimab est désormais le traitement de référence, il représente une avancée thérapeutique majeure en réduisant le risque de progression vers l'insuffisance rénale terminale et en améliorant ainsi le pronostic de la maladie.

P288 - Syndrome Hémolytique et Urémique atypique: à propos d'une série pédiatrique

A. Marzouki (1), M. Jouili (1), N. Jammeli (1), M. Beji (1), O. Mars (1), O. Sonara (1), B. Mahjoub (1).

pédiatrie Taher sfarMahdia (1).

Introduction:

Le syndrome hémolytique et urémique (SHU) est une maladie rare qui fait partie des microangiopathies thrombotiques. Chez l'enfant, il est associé à une infection par Escherichia coli producteur de shigatoxines dans 90% des cas, tandis que le SHU atypique ne représente que 5 % des cas. Ce dernier résulte d'une dérégulation de la voie alterne du complément, souvent liée à des mutations génétiques. Son pronostic est sévère, avec un risque d'insuffisance rénale terminale pouvant atteindre 70 % en cas de mutation du facteur H ou du C3.

Objectifs:

Étudier les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives du SHU atypique chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective au service de pédiatrie à l'Hôpital Taher Sfar Mahdia sur une période de 15 ans (2010-2024). Nous avons inclus tous les enfants hospitalisés pour SHU atypique.

Résultats:

Nous avons colligé 9 cas, dont 55% étaient des garçons. Le diagnostic a été posé avant l'âge de 3 mois chez 66,6 % des patients et avant l'âge de 2 ans chez tous les patients. Dans notre série, 67 % des cas étaient issus d'un mariage consanguin. Deux enfants étaient frère et sœur, et un autre enfant avait dans l'histoire familiale 5 cousins et un grand-père maternel atteints de SHU. Le tableau clinique initial était brutal, associant une pâleur cutanée, un œdème généralisé (77,7 % des cas), une insuffisance rénale nécessitant une dialyse péritonéale (56 % des cas), ainsi qu'une hypertension artérielle (64 % des cas). Deux patients ont présenté une défaillance hémodynamique avec un œdème pulmonaire aigu (23 % des cas). Sur le plan biologique, on note une anémie normochrome normocytaire (hémoglobine moyenne : 6,7 ± 1,6 g/dL) et la présence de schizocytes (moyenne : 25 % ± 9 %) chez tous les patients. Une thrombopénie (moyenne : 85 000 ± 12 000/mm³) et une insuffisance rénale avec acidose métabolique ont égale

Conclusion:

Le SHU atypique chez l'enfant est une pathologie sévère avec un risque élevé de complications rénales et systémiques. L'identification précoce des anomalies du complément permet une meilleure prise en charge. Bien que la plasmaphérese soit efficace, l'éculizimab est désormais le traitement de référence, il représente une avancée thérapeutique majeure en réduisant le risque de progression vers l'insuffisance rénale terminale et en améliorant ainsi le pronostic de la maladie.

P289- Réactivation du cytomégalovirus associée à une co-infection par le virus Epstein-Barr et le Parvovirus B19 après transplantation rénale :à propos d'un cas

T. Sayari (1), E. Elmannai (1), M. Ferjani (1), S. El Guerchi (1), T. Gargah (1).

Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).

Introduction:

Les patients transplantés rénaux sont à risques des infections opportunistes en raison de l'immunosuppression nécessaire à la prévention du rejet du greffon. La réactivation de cytomégalovirus associée à une co-infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV) et le parvovirus B19 est rare mais peut entrainer des complications graves.

Objectifs:

Décrire les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives d'une réactivation virale à cytomégalovirus (CMV) associée à une infection par le virus Epstein-Barr (EBV) et par le Parvovirus B19 chez un patient après transplantation rénale.

Matériel et méthodes:

Un patient âgé de 14 ans, suivi pour insuffisance rénale chronique terminale et ayant bénéficié d'une transplantation rénale à partir d'un donneur en état demort encéphalique.

Résultats:

Il a présenté une pancytopénie fébrile avec baisse de l'acuité visuelle et une cholestase.Les PCV virales à CMV,Parvovirus et EBV ont montré des charges virales très élevées. L'examen ophtalmologique a objectivé une nécrose rétinienne. La PCR sur liquide de ponction de la chambre antérieure a confirmé la présence de CMV, EBV et parvovirus B19. Le traitement a inclus l'association Ganciclovir et Foscarnet permettant une récupération de l'acuité visuelle.Des cures d'immunoglobulines polyvalentes ont permis la régénération médullaire. L'évolution clinique a été favorable avec une PCR CMV devenue négative et PCR Parvovirus B19 et EBV en nette diminution.

Conclusion:

Les réactivations virales multiples après transplantation rénale sont rares mais redoutables par la gravité de leurs manifestations cliniques et nécessitent une prise en charge intensive.

P290 - Maladie à cytomégalovirus réfractaire aux antiviraux aprés transplantation rénale : à propos d'un cas

E. Elmannai (1), T. Sayari (1), M. Ferjani (1), S. El Guerchi (1), T. Gargah (1).
Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).

Introduction:

La maladie à cytomégalovirus (CMV) représente une complication fréquente et potentiellement grave après la transplantation rénale, favorisée par l'état d'immunosuppression. Dans certains cas, elle évolue vers une forme réfractaire aux antiviraux conventionnels, augmentant le risque de dysfonctionnement du greffon et de morbi-mortalité.

Objectifs:

Décrire les particularités cliniques, biologiques et thérapeutiques de maladie à CMV réfractaire aux traitements antiviraux

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'un patient de 18 ans, suivi pour une insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une uropathie malformative. Une greffe rénale a été réalisée à l'âge de 18ans à partir d'un donneur en état de mort encéphalique avec sérologie CMV positive.

Résultats:

La transplantation a été compliquée par une infection disséminée à CMV se manifestant par une atteinte digestive (œsophagite, ulcérations et aphtose buccale), une atteinte rénale (dysfonction chronique du greffon), une atteinte hépatique (une hépatomégalie isolée sans perturbation des bilans hépatiques), une atteinte oculaire (une rétinite au fond d'œil). Le patient a présenté également une atteinte médullaire avec une pancytopénie sévère. Un traitement par ganciclovir a été instauré pendant 3 mois, mais sans amélioration notable. La charge virale initiale estimée à 67 000 copies/mL, est ascensionnée à 155 000 copies/mL. Une association de ganciclovir et de foscavir a ensuite été administrée pendant 6 semaines, également sans impact clinique ni biologique, avec une ascension significative de la virémie à 35800000 copies/ml. Face à cette résistance aux antiviraux, une cure d'immunoglobulines spécifiques au CMV a été introduite, permettant une évolution clinique favorable.

Conclusion:

Ce cas souligne la sévérité des infections à CMV chez les patients transplantés et les nombreux défis associés à leur prise en charge.

P291 - Infection urinaire chez l'enfant : Profil clinique et bactériologique

E. Trabelsi (1), H. Landolsi (1), A. Ben Hamouda (1), S. Kbaier (1), I. Trabelsi (1), F. Khalsi (1), S. Hamouda (1), I. Bel Hadj (1), K. Boussetta (1).
Médecine infantile B (1).

Introduction:
Les infections urinaires chez les enfants, en particulier chez les nourrissons, représentent un motif fréquent de consultation en pédiatrie. Leur prise en charge nécessite une antibiothérapie adaptée et une identification des éventuelles malformations sous-jacentes afin de préserver le pronostic rénal.

Objectifs:
Décrire les caractéristiques cliniques, bactériologiques et thérapeutiques des infections urinaires chez l'enfant.

Matériel et méthodes:
Etude descriptive et rétrospective ayant concernée tous les enfants hospitalisé pour une infection urinaire au service de Médecine Infantile B durant une période de 1 an (2024).

Résultats:
Nous avons colligé 32 malades dont l'âge moyen était de 9 mois 15 jours [6 jours - 7 ans]. Le sexe ratio était de 2,5. Cinq enfants ont été diagnostiqués porteurs d'uropathie malformative dès la période néonatale. Le maître symptôme était la fièvre (N=32) avec une moyenne de 39.3°C [38.3-41°C]. L'examen aux bandelettes urinaires n'a été pratiqué que chez 13 enfants avec une leucocyturie positive dans tous les cas et des nitrites positives dans 9 cas. A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique a été noté dans 93,8 % des cas. Le germe prédominant était E. Coli (93%). L'antibiogramme a conclu à une bactérie productrice de bêtalactamases à spectre élargi (BLSE) dans 17 cas. L'antibiothérapie probabiliste initiale était à base de céphalosporine de 3éme génération par voie intraveineuse (IV) dans tous les cas. Le recours à l'imipenème en second lieu a été nécessaire dans 4/17 cas d'IU à BLSE. L'antibiothérapie parentérale était de 10 jours pour les IU à BLSE versus une moyenne de 4 jours pour les autres IU. La durée totale du traitement était de 10 jours pour tous les patients. L'évolution était favorable dans tous les cas. L'échographie vésico-rénale demandée pour tous les enfants était sans anomalie dans 90% des cas. Une scintigraphie MAG 3 faite chez un malade présentant une dilatation pyélocalicielle à l'échographie rénale, a montré une dilatation pyélocalicielle droite d'allure obstructive.

Conclusion:
L'E. Coli reste le principal pathogène impliqué dans les IU de l'enfant, avec une bonne sensibilité aux antibiotiques. Les IU à BLSE sont devenues de plus en plus fréquentes de nos jours même en dehors de toute uropathie malformative sous-jacente. Leur prise en charge doit être précoce et multidisciplinaire pour éviter les complications et assurer une évolution favorable.

Neurologie

P292 - L'encéphalomyélite aigue disséminé de l'enfant : Etude de 19 cas

B. Maalej (1), I. Gouiaa (1), A. Bechikh (1), I. Moalla (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).
Service de pédiatrie B , CHU Hedi Chaker ,Sfax (1).

Introduction:
L'encéphalomyélite aiguë disséminée est une maladie inflammatoire rare mais grave qui touche principalement les enfants. Elle se caractérise par une atteinte soudaine et diffuse du système nerveux central.

Objectifs:
Décrire les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de l'encéphalomyélite aigue disséminé de l'enfant.

Matériel et méthodes:
Etude rétrospective colligeant les patients atteints d'ADEM sur une période de 12 ans.

Résultats:

25 cas ont été colligés. La moitié des victimes étaient âgés entre 2 et 6 ans (52 %). l'intoxication aux neuroleptiques était en première position notée chez 13 patients (52%), suivie de l'intoxication par les antibiotiques notée chez 3 malades (12%), par les antalgiques notée chez deux enfants (8%) et les antidiabétiques oraux notés chez 2 patients. Les manifestations neurologiques étaient au premier plan, retrouvées chez 14 patients, suivi par les manifestations digestives notés chez 10 victimes et les manifestations respiratoires objectivés chez 3 enfants. Tous les patients ont bénéficié d'une hyperhydratation .Trois ont reçu l'AKINETON LP. Deux seulement ont reçu le charbon actif et 1 seul enfant a bénéficié d'un lavage gastrique. Cinq victimes ont été transférées au service de réanimation. L'évolution ultérieure était favorable pour tous les patients.

Conclusion:

Une sensibilisation accrue et une prévention adaptée sont essentielles pour limiter ces accidents et protéger la santé des enfants.

P293 - Troubles Neurologiques Paroxystiques : Étude d'un Cas d'Hémiplégie Alternante de l'enfance

O. Mandhouj (1), N. Jemmeli (1), M. Beji (1), M. Jouili (1), A. Marzouki (1), O. Mars (1), O. Sonnara (1), B. Mahjoub (1).

service de pédiatrie, hopital Taher Sfar Mahdia (1).

Introduction:

Les troubles neurologiques chez l'enfant peuvent revêtir une grande variété de formes cliniques, allant des anomalies classiques de diagnostic facile, aux manifestations plus atypiques, souvent difficiles à interpréter. Nous rapportons ici le cas d'une enfant présentant des épisodes neurologiques paroxystiques qui ont été initialement interprétées, à tort, comme des crises convulsives

Objectifs:

**

Matériel et méthodes:

**

Résultats:

Il s'agit d'une enfant agée de 7ans, issue d'un mariage non consanguin, non dysmorphique, suivie à notre service depuis l'age de 4mois, pour retard psychomoteur avec des épisodes d'hémiplégie alternante durant de 24 à 48heures associés à une alteration de l'état d'éveil. Ces épisodes ont été considérés comme des équivalents convulsifs. Une enquête étiologique exhaustive a été faite ; l'imagerie cérébrale par résonnance magnétique (IRM) avec étude spectroscopique et angiographique, l'électroencéphalogramme(EEG), le bilan métabolique et les anticorps neuronaux étaient sans anomalies. Une escalade des traitements anticonvulsivants a été faite, sans amélioration de l'état clinique de l'enfant. Devant ce tableau, une origine génétique a été évoquée, d'où un séquançage de l'exome a été réalisé montrant une mutation hétérozygote du gène ATP1A3 situé sur le chromosome 19q13.2. Cette mutation altère le fonctionnement de la pompe Na+/K+/ATPase, responsable de signes qui concordent avec le tableau clinique présenté par l'enfant. Elle a été ainsi mise sous benzodiazépines associée à une coenzyme Q10, avec amélioration de la symptomatologie.

Conclusion:

Cette observation souligne la pertinence du séquençage génétique dans l'évaluation des troubles neurologiques complexes, particulièrement lorsque les symptômes cliniques sont atypiques. L'hémiplégie alternante de l'enfance se transmet selon le mode autosomique dominant. Un conseil génétique est proposé aux parents.

P294 - La méningo-encéphalomyélite à West Nile Virus : Difficultés diagnostiques

O. Mandhouj (1), M. Ben Rhaiem (1), L. Marcheoui (1), Z. Ben Aouanallah (1), B. Briki (1), H.METJAOUEL(1)

service de pédiatrie, hopital Ibn Jazzar Kairouan (1).

Introduction:
Le West Nile Virus (WNV) est un arbovirus pouvant être transmis à l'homme par des moustiques. Plus de 80 % des personnes infectées restent asymptomatiques ou peu symptomatiques. Toutefois, le WNV peut être à l'origine d'atteintes neurologiques (méningites, encéphalites et méningo-encéphalites) qui font sa gravité.

Objectifs:
Faire le point sur les complications de l'infection par le virus de West Nile.

Matériel et méthodes:
Nous rapportons le cas d'un enfant chez qui on a difficilement retenu ce diagnostic

Résultats:
Il s'agit d'un garçon âgé de 14 ans 3 mois sans antécédents pathologiques hospitalisé pour altération de l'état général dans un contexte fébrile. A la reprise de l'interrogatoire, il présentait une semaine avant, une fièvre avec des douleurs abdominales, des vomissements et douleurs musculaires. A l'examen, il était fébrile à 39 avec un état général altéré, une anisocorie et une hyperesthésie cutanée. Par ailleurs, il ne présentait ni syndrome méningé ni déficit moteur et avait un bon état hémodynamique et respiratoire. Son scanner cérébral était normal. La ponction lombaire a montré une pleicytose à 30éléments blancs (90% lymphocytaire), une hyperprotéinorachie à 2.21g/l et une normoglucorachie. L'enfant a été mis sous aciclovir. L'évolution a été marquée par l'installation d'une paralysie flasque aigue, d'une atteinte diaphragmatique nécessitant son transfert en réanimation. L'exploration par IRM cérébrale et médullaire, EMG et la recherche par PCR sur LCR a permis de retenir le diagnostic de méningo-encéphalomyélite à West Nile virus. Le patient a reçu deux cures d'immunoglobulines et a nécessité un support hémodynamique et respiratoire. L'évolution ultérieure était traitante avec de multiples complications neurologiques, septiques et respiratoires

Conclusion:
L'infection au virus de West Nile est le plus paucisymptomatique. Néanmoins, elle pourrait être responsable d'atteinte neurologique grave. La prévention de cette infection se limite à des mesures de protection contre les moustiques individuelles et collectives.

P295- Syndrome de pointes ondes continues du sommeil lent compliquant une sclérose hippocampique : A propos d'un cas

O. Mandhouj (1), A. Tej (1), M. Abdelbari (1), R. Kebaili (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

Introduction:
La sclérose hippocampique (SH) est une pathologie neurologique caractérisée par la perte de neurones dans l'hippocampe, souvent associée à des crises d'épilepsie focales temporales. Elle constitue l'une des formes les plus fréquentes d'épilepsie réfractaire chez l'enfant. Elle peut survenir de manière isolée ou être secondaire à des facteurs comme des infections, des traumatismes crâniens ou des malformations cérébrales. Le syndrome de pointes-ondes continues du sommeil lent (POCS) peut compliquer cette pathologie avec un risque accru de pharmacorésistance et de troubles cognitifs.

Objectifs:
***

Matériel et méthodes:
***

Résultats:
Nous présentons le cas d'un enfant de sexe masculin, issu de parents non consanguins, sans antécédents familiaux pathologiques notables, et ayant un développement psychomoteur globalement normal. À l'âge de 2 ans et demi, l'enfant a développé des crises focales à type d'atonie

hémicorporelle gauche brèves, devenant progressivement plus fréquentes et entraînant des chutes traumatisantes. L'électroencéphalogramme (EEG) a montré des bouffées de pointes ondes temporales, compatibles avec une épilepsie focale temporale. L'imagerie par résonnance magnétique (IRM) cérébrale a révélé des signes préliminaires de sclérose hippocampique unilatérale droite, avec perte des digitations du gyrus hippocampique et légère dilatation de la corne ventriculaire temporale. L'enfant a été initialement traité par Dépakine, avec ajout de Levetiracetam, Tégrétol et Urbanyl. Cependant, les crises ont persisté, devenant plus prolongées et accompagnées de troubles de la marche. Un EEG de suivi a montré des décharges de pointes et pointe-ondes diffuses, prédominant en région centro-temporale gauche, particulièrement présentes en sommeil lent et représentant plus de 80 % de la durée de ce stade évoquant un syndrome de POCS. Un traitement à base de Solumédrol a été administré en bolus selon un protocole pré-défini, suivi d'une corticothérapie orale de 2 mg/kg/j, avec réduction progressive de la dose sur 8 mois. Une rémission des crises a été notée, confirmée par un EEG de contrôle montrant un nettoyage électrique. Un traitement neurochirurgical a été proposé, mais récusé en raison de l'absence de crises électro-cliniques persistantes.

Conclusion:

Ce cas clinique illustre les défis diagnostiques et thérapeutiques rencontrés dans la gestion de la sclérose hippocampique compliquée par un syndrome de pointes-onde continues du sommeil (POCS). La pharmacorésistance, fréquente dans cette forme d'épilepsie, nécessite une approche thérapeutique multidisciplinaire. Bien que la corticothérapie ait permis une rémission des crises dans ce cas, il est crucial de souligner l'importance du suivi clinique régulier en raison de la fréquence des rechutes et de l'évaluation des alternatives thérapeutiques, y compris la chirurgie, dans les formes réfractaires.

P296 - La maladie de Moya Moya : à propos de 3 cas

H. Ben Hamedou (1), I. Moalla (1), M. Weli (1), M. Hsiari (1), A. Mahfoud (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
pediatrie B sfax (1).

Introduction:

La maladie de Moya Moya (MMD) est un artériopathie intracrânien rare associé à une sténose progressive du système vasculaire cérébral.

Objectifs:

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives de la maladie de Moya Moya chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons trois cas présentant la maladie de Moya Moya hospitalisés au service de pédiatrie B.

Résultats:

Il s'agit d'un garçon âgé de 9 ans,une fille âgée de 6 ans 6 mois et une fille âgée de 1 an et 9 mois. Le premier enfant avait un AVC de l'artère sylvienne superficielle gauche. Il était mis sous anti agrégant plaquettaire et rééducation motrice. Six ans après il a présenté des convulsions tonicocloniques généralisées avec une confusion mentale. L'angio-IRM a objectivé des AVC multiples en faveur de la maladie de Moya Moya. Le deuxième enfant avait une cécité bilatérale avec au scanner cérébralinitial une hypodensité ischémique récente occipitale postérieure droite. On a noté une récidive de la cécité après 3 moisassociée à une altération de l'état de conscience. L'angioscanner cérébral a montré des AVC multiples d'âges différents en faveur de Moya Moya. La troisième patiente était suivie pour Trisomie 21. Elle a présenté un AVC de l'artère sylvienne superficielle gauche à l'âge de 1 ans et 9 mois. Elle était mise sous anti agrégeant plaquettaire et rééducation motrice. Une angio-IRM a objectivé des AVC multiples en faveur de la maladie de Moya Moya.

Conclusion:

Le Moya Moya constitue une cause rare d'AVC pédiatrique. Le retard diagnostique lié à sa symptomatologie polymorphe. Il repose sur l'angio-scanner et l'angio IRM cérébrales et il doit être évoqué, chez l'enfant, devant des AVC répétitifs d'âges différents.

P297 - Un hématome sous frontal révélant une fistule intra crânienne chez un enfant: à propos d'un cas

S. Achoura (1), S. Hannachi (2), D. Yedeas (1), K. Radhouen (1), R. Chkili (1).
Neurochirurgie-Hopital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).Neonatologie-Hopital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (2).

Introduction:

Les fistules artérioveineuses durales (FAVD) sont des communications directes entre le système artériel et le système veineux siégeant dans l'épaisseur de la dure mère. Ces FAVD se développent chez l'adulte après la 4ème décennie et leur pronostic dépend du drainage veineux dural ou leptoméningé. Leur développement chez l'enfant est très rare rendant la conduite thérapeutique particulière.

Objectifs:

Etudier le profil clinique, thérapeutique et évolutif d'une fistule artérioveineuse durale (FAVD)

Matériel et méthodes:

Rapporter un cas de fistule artérioveineuse durale (FAVD) suivi dans notre service

Résultats:

Il s'agit d'un enfant âgé de six ans sans antécédents pathologiques particuliers qui présente de façon brutale et spontanée une lourdeur de l'hémicorps gauche sans altération de l'état de conscience ni autres signes associes. Le scanner cérébral fait en urgence a montré un hématome frontal droit. Notre conduite à tenir thérapeutique immédiate était de s'abstenir moyennant une surveillance clinique étroite. L'évolution clinique était favorable marquée par une régression quasi complète de l'hémiparésie. L'angiographie cérébrale faite dans le cadre du bilan étiologique a montré une fistule durale sous-jacente. La décision thérapeutique était de pratiquer une embolisation à distance avec une évolution clinico-radiologique favorable.

Conclusion:

Les fistules durales sont des malformations très rares chez l'enfant. L'angiographie cérébrale est l'examen de référence à la fois morphologique et hémodynamique. Une prise en charge multidisciplinaire entre la neurochirurgie et la radiologie interventionnelle est nécessaire pour adopter le traitement adéquat. Toutefois l'abstention représente parfois une attitude raisonnable.

P298 - Tumeur Rhabdoïde du système nerveux central: A propos d'un cas et revue de la littérature

S. Achoura (1), S. Hannachi (2), F. Akrout (1), K. Radhouen (1), R. Chkili (1).
Neurochirurgie-Hopital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).Neonatologie-Hopital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (2).

Introduction:

Les tumeurs Rhabdoïdes du système nerveux central sont rares, hautement malignes et touchent essentiellement le nourrisson sans prédominance de sexe. Décrites pour la première fois en 1978 au niveau du rein. Des formes extrarénales ont été rapportées et notamment des localisations intracérébrales.

Objectifs:

Etudier le profil clinique, thérapeutique et évolutif d'une tumeur rhabdoïde

Matériel et méthodes:

Rapporter un cas de tumeur rhabdoïde suivi dans notre service

Résultats:

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 16 mois admis pour un syndrome d'hypertension intracrânienne, épilepsie, et une lourdeur de l'hémicorps gauche en rapport avec une volumineuse tumeur rhabdoïde fronto- pariétale droite. Il a été opéré avec une exérèse quasi complète d'une lésion de consistance ferme très hémorragique sans limite nette avec le parenchyme sain. L'évolution a été marquée par une amélioration du déficit moteur et de l'état de conscience. Par la suite il a été réadmis 20 jours après pour une importante reprise évolutive du reliquat tumoral. Il a été réopéré et adressé pour radiothérapie/chimiothérapie (celles-ci étaient refusées par les parents) Le nourrisson est décédé après 5 mois

Conclusion:

Les tumeurs rhabdoïdes du système nerveux central sont les tumeurs les plus malignes et les plus agressives de l'enfant. Le traitement repose essentiellement sur la résection chirurgicale aussi complète que possible, associé souvent a une thérapeutique adjuvante, faite de radio et/ou chimiothérapie, qui peut allonger légèrement la survie, mais elle ne peut entrainer une rémission de longue durée.

P299 - Etat de mal convulsif néonatal et Syndrome de Dravet : À propos d'un cas

M. Hassiki (1), H. Fraj (1), S. Hannachi (1), F. Ben Salah (1), C. Letaief (1), A. Bouzouita (1), I. Dachraoui (1), S. Blibech (1).

Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale, HMPIT (1).

Introduction:

Le syndrome de Dravet est une encéphalopathie épileptique et développementale génétique rare caractérisée par des crises convulsives non spécifiques polymorphes réfractaires à début infantile, vers 5-6 mois, généralement fébriles, associées à des troubles moteurs et cognitifs.

Objectifs:

Décrire un syndrome de Dravet à début néonatal.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons dans cette observation le cas d'un Syndrome de Dravet à début néonatal.

Résultats:

Malek de sexe masculin né le 30 janvier 2025, a été transféré à J8 de vie pour la poursuite de la prise en charge d'un état de mal convulsif. Il s'agissait du premier enfant d'un couple non consanguin. Antécédent familial d'épilepsie infantile. Sa mère âgée de 36 ans, G2PI, avec antécédent d'une interruption volontaire de la grossesse pour Trisomie 21. La grossesse était bien suivie et menée à terme sans dysgravidies. L'accouchement était par césarienne. Il était eutrophique avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. A l'âge de 3 jours, il a été hospitalisé dans une structure sanitaire privée pour convulsions à types de myoclonies des quatre membres, des spasmes et des mouvements de mâchonnements. Il était mis sous Gardénal et antibiothérapie. Le bilan infectieux était négatif et l'imagerie cérébrale était sans anomalies. Deux électroencéphalogrammes, J3 et J7 de vie, ont montré des poly pointes ondes généralisées. Le bilan métabolique était normal. A l'examen de J8 vie , le nouveau-né était normotherme, sa glycémie était correcte. Il avait une dysmorphie faciale, une hypotonie globale à prédominance axiale et des crises convulsives persistantes. Le Whole Exome Sequencing avait identifié deux gènes pathogènes à l'état hétérozygote : ATP1A2 et SCN1A. Le SCNA1 était identifié chez environ 85% des patients avec syndrome de Dravet à l'état hétérozygote. L'étude génétique approfondie par Whole-genomesequencing est en cours. L'évolution était marquée par la difficulté du contrôle de l'état de mal épileptique néonatal et la dégradation de l'état de conscience malgré une quadrithérapie anti épileptique, vitaminothérapie et corticothérapie, justifiant l'assistance ventilatoire mécanique alternée non invasive – invasive .

Conclusion:

Le syndrome de Dravet de révélation néonatale non fébrile a pu être défini par l'étude génétique de l'exome. La confirmation par l'étude du génome entier permettra de mieux gérer la prise en charge globale du traitement antiépileptique, l'accompagnement de l'enfant et de sa famille.

P300 - Encéphalomyélite aigue disséminée : Discordance clinico-radiologique

R. Amdouni (1), R. Zairi (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), R. Farhat (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), S. Rehayem (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A, hopital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

L'encéphalomyélite aiguë disséminée est une maladie inflammatoire et démyélinisante du système nerveux central touchant principalement les enfants. Elle est médiée par un processus auto-immun suite à un épisode infectieux. L'IRM cérébrale présente la pierre angulaire dans la démarche diagnostique.

Objectifs:

Décrire l'aspect clinique, biologique et radiologique d'une forme particulière d'une encéphalomyélite aiguë disséminée

Matériel et méthodes:

Nous décrivons le cas d'un patient chez qui le diagnostic d'une encéphalomyélite aigue disséminée a été retenue au sein du service de médecine infantile A de l'HET.

Résultats:

Il s'agit d'un patient de sexe masculin âgé de 12ans sans antécédents familiaux et personnels particuliers. Il a été admis pour troubles de la marche d'installation aigue dans un contexte de fièvre. Il a présenté un épisode viral un mois avant son hospitalisation. L'examen initial avait objectivé un patient fébrile avec un score de Glasgow à15/15 sans signes méningés. La marche était ébrieuse avec un syndrome cérébelleux statique et un élargissement du polygone de sustentation. Le signe de Romberg était positif. Les réflexes ostéotendineux étaient faibles au niveau des membres inférieurs sans déficit sensitivo-moteurs ni atteinte des paires crâniennes. Le réflexe cutané abdominal était présent avec un réflexe cutané plantaire en flexion. Par ailleurs il était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire sans signes de dysautonomie. Nous avons noté l'absence de syndrome inflammatoire biologique à la NFS. La recherche de toxiques dans le sang et les urines est revenue négative. La ponction lombaire a montré une pléiocytose à 145 éléments/ml avec prédominance lymphocytaire. La protéinorachie et la glycorachie étaient dans les limites de la normale. Le patient a été mis initialement sous Zovirax. Nous avons complété par une IRM cérébro-médullaire ayant montré une atteinte démyélinisante cérébrale sus et sous tentorielle ainsi que médullaire avec une atteinte prédominante de la substance blanche évoquant une p encéphalomyélite aigue post virale. Le résultat du PCR multiplex sur LCR est revenu négatif. Le patient a reçu des boli de méthylprednisolone à la dose de 30mg/kg/j durant 5 jours. Un examen ophtalmologique a été fait à la recherche de signes de NORB est revenu sans anomalies. Également une recherche des anticorps anti-MOG et anti-NMO est revenue négative. L'évolution a été marquée par une résolution clinique complète au bout de 72H.

Conclusion:

Notre observation est particulière par son tableau clinique peu sévère et atypique malgré l'atteinte diffuse de la substance blanche à l'IRM cérébrale.

P301 - Causes rares de détresse neurologique à la période néonatale.

M. Barka (1), I. Guellim (1), M. Taamli (1), N. Soyed (1), D. Brahem (1), O. Mghirbi (1), N. Mahdhaoui (1).
Service de néonatologie, CHU Farhat Hached de Sousse. (1).:

Introduction:

Les erreurs innées du métabolisme sont des maladies héréditaires rares, causées par des mutations des gènes qui codent pour des enzymes (déficit ou inactivation) à l'origine d'une accumulation de précurseurs de substrat ou de métabolites ou d'un déficit des produits de l'enzyme, pouvant se révéler précocement sous de multiples aspects mimant même une encéphalopathie anoxo ischémique.

Objectifs:
Le but de notre travail est d'étudier les particularités des détresses neurologiques révélant les divers troubles héréditaires du métabolisme chez des nouveaux nés.
Matériel et méthodes:
Etude rétrospective menée au service de néonatologie de CHU Farhat Hached durant une période de 9ans (2016-2024), ayant colligé les nouveau-nés hospitalisés dans un tableau de détresse neurologique en rapport avec des maladies héréditaires du métabolisme (MHM).
Résultats:
Au total, Nous avons colligé 16 patients admis dans notre service dans un tableau de détresse neurologique. Sept NN étaient de sexe masculin. Une consanguinité a été notée dans 7 cas et un décès en bas âge dans la fratrie a été rapporté dans 6 cas. Un intervalle libre entre la naissance et le début de la symptomatologie était présent dans 10cas. L'âge moyen de début des symptômes était H28 de vie (les extrêmes entre H16 et H55 de vie). Les signes révélateurs étaient multiples et non spécifiques : Hypotonie (12cas), Convulsions (6cas), faible reflexe de succion (6cas), détresse respiratoire néonatale différée (4cas). Sur le plan biologique ; une hyperammoniémie était objectivée dans 5cas, unehyperlactacidémie dans 2cas. Les diagnostics ont été confirmés par la chromatographie des acides aminés et organiques (10cas), une IRM cérébrale avec spectroscopie (5cas), une étude anatomopathologique (2cas), dosage des acides gras de longues chaînes (2cas) et la biologie moléculaire (2cas). Les MHM chez nos malades étaient : hyperglycinémie sans cétose (7cas), syndrome de Zellweger (3cas), Trouble du cycle de l'urée (3cas), encéphalopathie pyridoxino dépendante (1cas), aminoacidopathie (1cas) et aciduriemethyl-glutaconique (1cas). L'évolution était létale dans 62,5% : dégradation de l'état neurologique jusqu'à coma, état de mal convulsif et défaillance multiviscérale (4cas).
Conclusion:
Les maladies héréditaires du métabolisme correspondent à une famille d'affections où chaque entité est rare mais prises collectivement, elles représentent un grand nombre de patients. Une meilleure connaissance de cette entité est primordiale pour pouvoir l'évoquer devant toute situation de détresse neurologique néonatale qui ne fait pas rapidement la preuve de son origine.

P302 - Méningite lymphocytaire aseptique révélatrice d'un lymphome de Burkitt : à propos d'un cas

H. Ben Belgacem (1), D. Laouini (1), A. Tej (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Guedria (1), S. Mdimagh (2), S. Tilouche (2), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (1).Service de réanimation pédiatrique CHU Farhat Hached Sousse (2).
Introduction:
La méningite néoplasique, complication des tumeurs solides et des hémopathies malignes, est souvent associée à un pronostic réservé. Le lymphome de Burkitt peut rarement se manifester par une méningite lymphocytaire aseptique, rendant le diagnostic et la prise en charge particulièrement complexes.
Objectifs:
décrire un cas de méningite lymphocytaire aseptique révélant un lymphome de Burkitt et d'explorer ses caractéristiques cliniques et pronostiques.
Matériel et méthodes:
.
Résultats:
Un garçon de 14 ans, sans antécédents pathologiques, a été admis pour céphalées et vomissements persistants depuis 14 jours, associés à une paralysie faciale périphérique survenue 6 jours avant l'hospitalisation. À l'examen, il était apyrétique, avec une raideur méningée, un ptosis et une adénopathie cervicale droite (3x3 cm). La ponction lombaire a révélé un liquide trouble, avec 1200 éléments/mm³ (90% lymphocytes), une hyperprotéinorachie à 2.58 g/dl, une hypoglycorachie à 0.4

g/dl et une chlorurachie à 114 mmol/l. Le diagnostic de tuberculose a été initialement suspecté, mais la PCR BK et le quantiféron étaient négatifs. L'IRM cérébrale a montré une anomalie du sinus caverneux. La présence d'adénopathies cervicale, médiastinale et abdominale, ainsi qu'une hyperleucocytose à 31 800/mm³, avec 29 200 PNN et 6 678 lymphocytes atypiques, a orienté vers un lymphome. Un taux élevé de LDH (5962 UI/L) et d'acide urique (677 µmol/L) a renforcé cette suspicion. Un myélogramme a été réalisé et a confirmé le diagnostic de lymphome de Burkitt. Une chimiothérapie intrathécale a été initiée.

Conclusion:

Ce cas illustre une présentation atypique de lymphome de Burkitt, un diagnostic souvent difficile à poser en raison des similitudes cliniques avec d'autres infections. Un diagnostic rapide et une prise en charge appropriée, incluant la chimiothérapie intrathécale, sont essentiels pour améliorer le pronostic.

P303 - Un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible révélateur d'une glomérulonéphrite aigue post infectieuse : A propos d'un cas

S. Daldoul (1), L. Ghedira (1), T. Ghedira (1), R. Hadj Salem (1), E. Sfar (1), I. Zmantar (1), A. Daya (1), F. Thabet (1), S. Chouchane (1).

Service de pédiatrie de Monastir (1).

Introduction:

Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) est un désordre neurologique, très rare chez l'enfant, en rapport avec un œdème cérébral vasogénique, caractérisé par l'installation aigue de signes neurologiques et la présence d'un œdème cérébral pariéto-occipital bilatéral en neuroimagerie.

Objectifs:

L'objectif de ce travail est d'analyser les caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives du syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) et de souligner l'importance de la reconnaissance rapide de ce syndrome en tant que manifestation neurologique d'une GNA post infectieuse.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une observation pédiatrique de PRES révélateur d'une glomérulonéphrite aigue post infectieuse colligé au service de pédiatrie de Monastir en 2024

Résultats:

Il s'agissait d'une fille âgée de 9ans, sans antécédents, admise pour des céphalées et des vomissements d'installation brutale avec survenue de trois crises convulsives tonicocloniques généralisées de durée brève avec reprise d'un état de conscience normal entre les crises, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie. La patiente était agitée, avec des réflexes ostéotendineux vifs, des pupilles en intermédiaires réflectives sans déficit sensitivomoteur. Une tachycardie à 110bpm avec une hypertension artérielle à 156/108mmHg étaient notées. la patiente était mise sous clonazepam en intraveineux devant la récidive des crises épileptiques. Une TDM cérébrale était réalisée en urgence montrant des hypodensités sous corticales postérieures biparietales et bioccipitales associées à un discret œdème cérébral. Le diagnostic de PRES a été évoqué et la TA stabilisée. Devant une oligurie avec une créatinémie à 62umol/L, un sondage vésical était réalisé ramenant des urines d'aspect coca cola avec à la bandelette urinaire (BU), protéinurie à 4croix et une hématurie à 3croix. Le diagnostic d'une GNA post infectieuse a été confirmé par un taux de C3 abaissé. Le diagnostic de PRES était confirmé par une IRM cérébrale à J10 d'hospitalisation montrant des petites plages d'hypersignal sous cortical au niveau pariéto-occipital bilatéral symétrique. L'évolution ultérieure était favorable, l'enfant était revue 2 mois après, une normalisation de la TA et de la créatinémie, une disparition de la protéinurie et de l'hématurie à la BU et pas de récidive des crises épileptiques.

Conclusion:

Le PRES de l'enfant est très rare, il doit être évoqué devant un tableau neurologique d'installation aigue en présence d'une situation à risque d'HTA. L'IRM cérébrale constitue l'examen de choix. Le contrôle neuroradiologique à distance permet de vérifier la réversibilité des anomalies constatées.

P304 - Paralysie faciale périphérique chez l'enfant

E. Mezri (1), E. Abid (1), M. Abdrabou (2), M. Rebhi (2), H. Barakizou (2).
ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

Introduction:
La paralysie faciale périphérique (PFP) est fréquente chez l'adulte mais rare chez l'enfant. Ses étiologies sont variées, principalement inflammatoires, avec un meilleur pronostic que chez l'adulte.

Objectifs:
Ce travail vise à décrire le diagnostic et la prise en charge de la PFP chez l'enfant.

Matériel et méthodes:
Nous rapportons 20 cas de PFP chez des patients de moins de 16 ans, pris en charge au service ORL de l'Hôpital Militaire de Tunis sur 9 ans (2009-2023).

Résultats:
L'âge moyen était de 10 ans (2,5-15 ans) avec un sex-ratio de 1,25 (15 garçons, 12 filles). Le délai moyen de consultation était de 4,63 jours, et l'asymétrie faciale était le principal motif (90 %). Une audiométrie et une étude des réflexes stapédiens ont été réalisées chez 81 % des patients. Un bilan radiologique a été effectué (scanner : 4 cas, IRM : 16 cas) et une sérologie de Lyme chez 10,95 %. Tous ont reçu une corticothérapie IV, 9 ont bénéficié d'une rééducation, 2 d'une antibiothérapie, et 6 d'un traitement antiviral. L'évolution a été favorable avec récupération complète dans 18 cas.

Conclusion:
La PFP idiopathique est la plus fréquente chez l'enfant et reste un diagnostic d'élimination. Son pronostic est généralement bon, avec une récupération complète dans la majorité des cas.

P305- Surdité chez l'enfant : étiologies, répercussions et prise en charge

S. Mezri (1), E. Abid (1), M. Abdrabou (2), M. Rebhi (2), H. Barakizou (2).
ORL HMPIT (1).Pédiatrie HMPIT (2).

Introduction:
La surdité infantile, fréquente et aux étiologies variées, peut entraîner des retards dans l'acquisition du langage et affecter l'intégration scolaire et sociale. En Tunisie, le diagnostic et la prise en charge sont souvent tardifs.

Objectifs:
Cette étude analyse le profil étiologique des surdités infantiles et leur prise en charge.

Matériel et méthodes:
Étude rétrospective sur les enfants de moins de 15 ans suivis pour surdité entre 2016 et 2022. Les paramètres épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été étudiés.

Résultats:
156 cas ont été recensés, avec une prédominance masculine. L'âge moyen de consultation était de 5 ans, avec une détection par les parents dans 90% des cas. Les antécédents familiaux de surdité étaient présents dans 24% des cas. L'audiométrie a montré des otites séromuqueuses dans 126 cas et des surdités de perception dans 22 cas. Les étiologies acquises étaient les plus fréquentes (91%). Le traitement a inclus des appareils auditifs et des implants cochléaires dans trois cas. Une prise en charge précoce avant 4 ans a permis une meilleure intégration scolaire.

Conclusion:
Un dépistage précoce dans les structures d'accueil est essentiel pour optimiser la récupération linguistique et l'intégration scolaire et sociale.

P306 - Une association fatale d'un syndrome de Dandy Walker, rétinite pigmentaire et thrombose veineuse cérébrale : observation familiale

M. Chihaoui (1), J. Jendoubi (1), W. Barbaria (1), I. Khamassi (1).
service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:
Le syndrome de Dandy-Walker est une malformation cérébrale rare atteignant le cervelet et la fosse postérieure. L'association de ce syndrome avec une thrombose veineuse cérébrale (TVC) « idiopathique » et d'une rétinopathie pigmentaire n'a pas été, à nos connaissances, rapportée dans la littérature auparavant.

Objectifs:
Décrire le lien d'association entre le syndrome de Dandy Walker, rétinite pigmentaire et thrombose veineuse cérébrale

Matériel et méthodes:
Étude rétrospective descriptive à propos de deux cas au sein d'une famille colligé au sein du service de pédiatrie de hôpital Habib Bougatefa en 2024 et 2025.

Résultats:
Premier frère : 8 ans, suivi pour syndrome de Dandy Walker découvert à l'âge de la marche, associé à une rétinite pigmentaire. Il était admis pour état de mal convulsif avec fièvre depuis 48 heures. A l'admission ; Il était inconscient, Le score de Glasgow =3, pupilles intermédiaires aréflectives. L'angio-TDM cérébrale a montré une TVC du sinus sagittal avec œdème cérébral diffus. Le bilan étiologique était négatif. L'évolution était fatale au bout de 48 heures d'hospitalisation. Deuxième frère : 10 ans, suivi pour syndrome de Dandy Walker et rétinite pigmentaire. Il était admis pour état de mal convulsif avec fièvre depuis 72 heures. À l'admission, il était inconscient avec score de Glasgow=3, pupilles en myosis serré puis mydriase aréflective. L'angio-TDM cérébrale a montré une TVC du sinus sagittal supérieur étendue au sinus latéral et sigmoïdien droits avec œdème cérébral diffus compliqué d'un engagement central associé à une hémorragie du 4 -ème ventricule. L'évolution était fatale au bout de 24 heures.

Conclusion:
Les comorbidités associées au syndrome de Dandy Walker nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. Le pronostic dépend du terrain et de la précocité du diagnostic.

P307 - Pan encéphalite sclérosante subaigüe post-rougeole : A propos de 3 cas

S. Daldoul (1), L. Ghedira (1), T. Ghedira (1), F. Thabet (1), O. Batbout (1), S. Chouchane (1).
Service de pédiatrie de Monastir (1).

Introduction:
La pan encéphalite sclérosante subaiguë (PESS) est une maladie neurodégénérative d'évolution progressive, survenant tardivement après une infection par le virus de la rougeole. Elle est secondaire à la persistance du virus sous une forme mutée dans les neurones entrainant leur destruction.

Objectifs:
Rappeler la persistance de cette complication grave malgré les progrès de la vaccination.

Matériel et méthodes:
Nous rapportons trois cas de PESS colligés au cours de trois années successives (2023,2024,2025) au service de pédiatrie de Monastir

Résultats:
Dans les 3 cas Il s'agissait de garçons, originaires de Kasserine, ayant un bon développement psychomoteur. Ils avaient présenté une rougeole respectivement à l'âge de 3mois, 3mois et demi et 8mois, ils étaient hospitalisés au service à l'âge de 3ans, 5 ans et 6ans respectivement. Le tableau clinique était dominé dans les 3cas par une installation progressive d'un trouble de la marche avec des chutes fréquentes, un trouble du langage et une régression psychomotrice. L'examen neurologique avait objectivé dans les 3 cas un syndrome cérébelleux statique et cinétique, une dystonie du tronc, un tremblement des extrémités, des réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques avec un langage incompréhensible. L'IRM cérébrale initiale était normale dans les 2

premiers cas, alors qu'elle montrait des anomalies profondes de la substance blanche bilatérales et symétriques associées à une sclérose mésiale droite chez le 3eme patient. L'EEG a montré un aspect pseudo périodique dans les 3cas. Le diagnostic de PESS a été confirmé par la forte positivité des anticorps de type IgG dans le LCR et le sang dans les 3 cas. L'évolution était marquée par l'aggravation des symptômes dans tout les cas avec apparition d'une épilepsie myoclonique pharmaco résistante chez le premier enfant associée à une encoprésie, énurésie, une aphasie ainsi qu'un trouble de la déglutition voire un état végétatif.

Conclusion:

La PESS est une complication tardive, potentiellement mortelle, de la rougeole dont le diagnostic est souvent tardif du fait de la variabilité clinique inter individuelle. Des nouveaux cas de PESS ont été constatés dans les pays où il y a eu un déclin de la vaccination anti rougeole notamment au cours de la pandémie du covid19. Soulignant ainsi l'importance de la prévention par la vaccination contre la rougeole.

P308 - Amyotrophie Spinale antérieure (ASA) type Ib : à propos d'une observation

S. Ben Ahmed (1), M. Bourcheda (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

service de médecine infantile A (1).

Introduction:

L'amyotrophie spinale de type 1 est une maladie génétique rare et neurodégénérative qui affecte le système nerveux central. Causée par une mutation du gène SMN1, situé sur le chromosome 5, cette affection entraîne une dégénérescence progressive des motoneurones dans la moelle épinière, conduisant à une atrophie musculaire sévère.

Objectifs:

Mettre le point sur une pathologie neurodégénérative rare.

Matériel et méthodes:

Nous présentons ici le cas d'une fille suivie dans le service de pédiatrie A à l'hôpital d'enfants de Tunis.

Résultats:

Une fillette de 6 mois, issue d'un couple consanguin de premier degré et sans antécédents familiaux ou à la période néonatale est admise pour exploration de bronchopneumopathies à répétition. A l'examen, elle était hypotrophe et présentait une déformation thoracique (pectuscarinatum) associée à une polypnée de fond. Une hypotonie axiale et périphérique avec une abolition des réflexes ostéotendineux ont été notés. Par ailleurs, elle avait un bon contact. La confirmation diagnostique a été obtenue grâce à la biologie moléculaire révélant une mutation homozygote du gène SMN1 (5q12.2-q13.3) en rapport avec une ASA type Ib. Elle est actuellement âgée de 22 mois, et présente un retard psychomoteur avec tenue de la tête à l'âge de 12 mois et une position assise impossible. Elle est sous vitaminothérapie et reçoit des séances de kinésithérapie respiratoire et ergothérapie.

Conclusion:

Ce cas souligne la complexité de l'amyotrophie spinale de type 1, mettant en lumière ses manifestations cliniques diverses, y compris des complications médicales graves. Une approche multidisciplinaire est cruciale pour une gestion précoce et complète de ces patients, visant à améliorer leur qualité de vie et à anticiper les complications associées à cette maladie neurodégénérative.

P309 - Encéphalite auto-immune (EAI) d'une encéphalite herpétique(EH) : à propos d'un cas

S. Ben Ahmed (1), M. Bourcheda (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), E. Jbebli (1), S. Rhayem (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

service de médecine infantile A (1).

Introduction:
L'infection herpétique est l'une des premières causes d'encéphalite aigue infectieuse chez la population pédiatrique. Cette affection est particulièrement redoutable mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel de part les séquelles neurologiques lourdes. La réapparition d'une symptomatologie neurocognitive fait craindre le déclenchement d'un processus immuno-médié entravant la guérison et alourdissant la prise en charge.
Objectifs:
Décrire un cas d'une encéphalite herpétique ayant évolué vers une encéphalite auto-immune.
Matériel et méthodes:
Nous rapportons le cas d'un enfant admis dans le service de médecine infantile A pour une encéphalite herpétique.
Résultats:
Il s'agit d'une fille âgée de 2 ans et demi, issue d'un mariage non consanguin, sans antécédents et ayant un développement psychomoteur normal admise pour troubles de la marche et amaurose faisant suite à un état de mal épileptique dans un contexte fébrile. A l'examen, elle avait un score de Glasgow 9/15, un syndrome méningé fébrile ainsi qu'une hémiparésie gauche et une cécité.La PL a montré une pléiocytose à prédominance lymphocytaire avec une chimie normale. Une IRM pratiquée a J5 a objectivé des lésions bilatérales pariéto-occipitales et temporales avec un foyer hémorragique pariétal droit. L'évolution sous acyclovir et immunoglobulines polyvalentes a été vers l'amélioration de l'état de conscience mais persistance de la cécité corticale et de l'hémiparésie. Après 3 semaines d'évolution, une réapparition des troubles de la conscience a été notée avec hallucinations et agitation extrême. La recherche des anticorps anti NMDA est revenue positive sur sang et LCR. La patiente a reçu des boli de corticoïdes mais sans récupération des séquelles.
Conclusion:
L'EAI faisant suite à une EH est un phénomène sporadique qui assombrit le pronostic vital et neurologique sur un terrain déjà précaire.

P310 - Maladie de Moyamoya
B. Elakermi (1), B. Briki (1)H METJAOUEL(1)
Pédiatrie Kairouan (1).
Introduction:
La maladie de Moyamoya est une maladie rare de l'angiogenèse , due à une sténose progressive de la portion intracérébrale des carotides internes entrainant le développement d'un réseau collatéral qui donne un aspect en « fumée de cigarette » , ce qui provoque des AVC , des AIT et des déficits neurologiques . Les manifestations ischémiques sont les plus fréquentes chez l'enfant .
Objectifs:
Rapporter les aspects cliniques , radiologiques et thérapeutiques de cette maladie .
Matériel et méthodes:
A propos d'un cas
Résultats:
Il s'agit d'une fille âgée de 9 ans, 2ème enfant d'un couple consanguin de 2ème degré, aux antécédents familiaux d'un frère décédé à l'âge de 8 mois dans un tableau de chylothorax de grande abondance compliquant une lymphangiestasie. Le suivi de la grossesse était sans incidents, né à terme par césarienne avec bonne adaptation. Hospitalisée à la naissance pour ambiguïté sexuelle et une dysmorphie faciale. Les explorations ont montré une 17 OHP normale, Caryotype 46XX. Réadmise à l'âge de 4 ans pour hémiparésie droite. La biologie était normale. Une TDMc a montré un AVC ischémique dans le territoire de l'artère sylvienne superficielle gauche et l'artère cérébrale postérieure homolatérale. A l'ETT il y avait une FOP minime. Le bilan de thrombophilie et métabolique étaient sans anomalies. La patiente était mise sous HNF à la PSE puis relais par AVK. La récupération du déficit moteur était progressive mais totale. La patiente était réadmise à l'âge de 5 ans dans un tableau de dysarthrie et dysphagie en rapport avec un AVC ischémique dans le territoire

de l'artère sylvienne superficielle gauche avec un œdème du visage et des membres. A la biologie il y avait une hypoprotidémie, hypoalbuminémie . Une angio-IRMc faite objectivait une sténose des artères carotidiennes avec absence de visualisation des artères cérébrales moyenne et antérieure, une importante circulation collatérale lenticulo-striée et leptoméningée, des lésions de la substance blanche séquellaire d'AVC, compatible avec le syndrome de Moyamoya . Devant D-dimères positives à 12 mois , la thrombose cérébrale et le haut risque de récidive la décision était la mise sous AVK à vie. L'évolution était marquée par l'hospitalisation à 6 reprises pour des œdèmes généralisées avec apparition d'une diarrhée modérée intermittente. Une FOGD avec biopsie intestinale a conclu à une lymphangiectasie intestinale primitive. Actuellement la patiente est suivie à la consultation avec contrôle régulier de l'INR sans récidive.

Conclusion:

La maladie de Moyamoya est une cause rare d'AVC chez l'enfant. Son diagnostic repose essentiellement sur l'angio IRM et angiographie cérébrale. L'évolution spontanée de la maladie met en jeu le pronostic neurologique et vital de jeunes enfants, par la répétition d'accidents ischémiques dont l'identification permettrait un diagnostic précoce et une amélioration du pronostic neuro-intellectuel grâce à la prise en charge rapide.

P311 - Tableaux encéphalitiques chez l'enfant : pensez aussi au virus ourlien

O. Mandhouj (1), A. Tej (1), I. Bdioui (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

Introduction:

Les oreillons constituent une infection virale principalement infantile, responsable d'une parotidite. Le virus (paramyxovirisparotidis) peut atteindre le système nerveux central, toutefois, il s'agit le plus souvent d'une atteinte infra clinique ou d'un syndrome méningé dans 5 à 10% des cas. Une présentation plus sévère de type encéphalitique étant plus rare.

Objectifs:

Analyser le profil épidémiologique, clinique, para clinique, thérapeutique et évolutif des enfants ayant été hospitalisés pour encéphalites ourliennes.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective descriptive, basée sur l'analyse des observations cliniques des enfants ayant été hospitalisés au service de pédiatrie du CHU Farhat Hached à Sousse durant l'année 2024 pour méningo-encéphalite ourlienne.

Résultats:

Durant l'année 2024, 11 cas d'infection du système nerveux central secondaires à une infection ourlienne ont été recensés. Tous les patients ont été identifiés pendant la période épidémique, entre avril et juillet, avec un maximum durant le mois de juin (6 cas). Les patients étaient tous de sexe masculin dont l'âge moyen était de 9,2 ans. La vaccination contre le virus des oreillons n'a pas été réalisée pour tous les malades. La notion de contage viral, en intra familial ou à l'école, était rapportée dans 5 cas. Les symptômes ayant conduit à la consultation étaient les suivants : fièvre (10 cas), céphalées (10 cas), altération de l'état de conscience (4 cas), photophobie (8 cas), vomissements et douleurs abdominales (9 cas), avec une convulsion (1cas). Le délai moyen de consultation était de 2 jours. A l'examen clinique, un syndrome méningé fébrile a été objectivé chez 8enfants. Une tuméfaction parotidienne a été constatée, également, chez 8 malades, concomitante à la symptomatologie dans 5 cas, et la précédant dans 3 cas. La ponction lombaire a été réalisée chez 6 patients révélant une méningite lymphocytaire. Elle n'a pas été effectuée chez les patients dont le tableau clinique et biologique faisait fortement évoquer une méningo-encéphalite ourlienne. Les dosages d'amylasémie et de lipasémie ont été demandés chez 9 patients en raison de l'association à une symptomatologie abdominale. Une sérologie des oreillons a été réalisée chez 2 enfants revant positive à IgG et IgM. Enfin, chez deux autres nous avons eu recours à une PCR multiplex sur LCR. La

prise en charge était, essentiellement, symptomatique. La durée d'hospitalisation variait de 1 à 14 jours, avec une moyenne de 4,5 jours.

Conclusion:

L'augmentation de nombre d'hospitalisations pour oreillons avec complications neurologiques durant l'année 2024 a motivé la réalisation de notre étude. L'absence de vaccination contre les oreillons chez tous les enfants étudiés souligne l'importance cruciale de renforcer la couverture vaccinale afin de prévenir non seulement les infections primaires, mais aussi leurs complications graves, notamment neurologiques. Un diagnostic précoce et une prise en charge symptomatique appropriée sont essentiels pour améliorer l'évolution des patients et éviter des investigations excessives.

P312 - La leucodystrophie métachromatique : à propos d'un cas

A. Gader (1), R. Farhat (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), E. Jbebli (1), S. Rehayem (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1).

médecine infantile A, hôpital d'enfants Béchir hamza (1).

Introduction:

La leucodystrophie métachromatique (LDM) est une maladie de surcharge lysosomale autosomale récessive rare qui concerne 1 naissance sur 45 000. Elle est liée à un déficit d'une enzyme appelée Arylsulfatase A, responsable d'une accumulation de glycolipides sulfatés dans les lysosomes. Il s'agit d'une sphingolipidose qui entraine une démyélinisation progressive du système nerveux central et périphérique.

Objectifs:

Analyser les caractéristiques cliniques et diagnostiques de la leucodystrophie métachromatique juvénile

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un enfant hospitalisé au service de médecine infantile A pour trouble de la marche, diagnostiqué porteur de LDM.

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 5 ans issue d'un mariage consanguin de 2ème degré. . Il n'existe pas de tare familiale connue. Elle ne présente aucun antécédent pathologique particulier notamment un bon développement psychomoteur. La symptomatologie s'est installée progressivement, trois semaines avant l'admission marquée par une faiblesse musculaire des membres avec lâchage des objets et chute fréquente de sa propre hauteur avec des troubles à la parole. A l'examen nous avons noté un syndrome cérébelleux à la fois statique et cinétique et un syndrome extrapyramidal avec des réflexes ostéo-tendineux vifs. Une angio-IRM cérébrale pratiquée en urgence a montré la présence d'une anomalie de signal de la substance blanche sus-tentorielle diffuse et symétrique avec atteinte minime des pédoncules cérébelleux bilatéraux, fortement évocatrice d'une leucodystrophie métachromatique. Le dosage de l'activité de l'arylsulfatase A est non praticable en Tunisie. Une étude génétique a été demandée et une prise en charge symptomatique a été débutée.

Conclusion:

La forme juvénile de LDM est caractérisée par des troubles de la marche qui s'associent à un déficit intellectuel et un engourdissement des extrémités. Le diagnostic a bénéficié particulièrement de l'apport de l'imagerie par résonnance magnétique et de la biologie moléculaire. Cette maladie reste incurable mais certains progrès thérapeutiques sont prometteurs.

P313 - L'Epilepsie à pointes centro-temporales (EPCT) maligne compliquée d'un syndrome de pointes ondes continues du sommeil (POCS) : étude de deux observations

F. Bouaziz (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelberi (1), N. Jabalah (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), R. Kebaili (1), L. Boughamoura (1).

Service de pédiatrie CHU Farhat HachedSousse (1).

Introduction:

L'épilepsie à pointes centro-temporales (EPCT) est l'une des formes d'épilepsie focale les plus fréquentes chez l'enfant. Généralement bénigne et évoluant vers une rémission spontanée à l'adolescence, elle peut cependant être compliquée par une évolution atypique, notamment vers une encéphalopathie épileptique à type de POCS (pointes ondes continues du sommeil). Ce syndrome se caractérise par une activation épileptique diffuse pendant le sommeil lent, associée à des troubles neurocognitifs et comportementaux progressifs.

Objectifs:

Rappeler l'importance de repérer les facteurs cliniques et électriques d'atypie conduisant à un suivi rigoureux et une identification précoce de cette complication afin d'adapter la prise en charge thérapeutique et limiter les répercussions sur le développement neurocognitif de l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous proposons une étude rétrospective et analytique de deux observations de patients suivies au service de pédiatrie pour EPCT et qui ont évolué vers un POCS, insistant sur les facteurs d'atypie cliniques et électriques prédictifs d'une si sévère évolution.

Résultats:

Observation n°1 : Ayoub K, adressé à l'âgé de 4ans, pour prise en charge d'une épilepsie rolandique résistante aux traitements de première intention par Dépakine puis Tégrétol. Les crises ont été motrices de l'hémiface, fréquentes d'emblée (une fois/semaine), au cours du sommeil et du réveil. L'EEG a montré un tracé évocateur d'une EPCT. L'IRM cérébrale réalisée est sans anomalies. A 6 ans, début de la scolarité, constatation de difficultés des apprentissages avec des crises de plus en plus fréquentes, des réveils nocturnes et des céphalées matinales. Le début précoce, la résistance au traitement et l'aggravation des crises nocturnes avec les problèmes scolaires ont motivé un EEG-holter qui a mis en évidence d'abondantes décharges de pointes centro temporales bilatérales, asynchrones occupant plus de 80% du sommeil lent : Aspect compatible avec un POCS. Il a été mis sous Levetiracetam avec des boli de Solumédrol suivis d'une corticothérapie orale pendant 3mois permettant le nettoyage des POCS et la reprise d'une scolarité avec résultats moyens. Le dernier tracé EEG à l'âge de 12 ans a été sans anomalies conduisant à un arrêt progressif du traitement. Observation n2 : Hassen A, âgé de 8ans sans antécédents, adressé pour équilibration d'une épilepsie qui a débuté à 5ans et 10 mois avec des crises décrites comme bilatérales résistantes à la dépakine. L'EEG initial est sans anomalies ainsi que l'IRM cérébrale. Des crises d'absence sont associées secondairement avec des myoclonies au cours du sommeil et une diminution du rendement scolaire. L'EEG prolongée a montré des décharges paroxystiques centrales mieux exprimées à droite, se renforçant au sommeil lent, réalisant un aspect de POCS. L'amélioration clinique et le nettoyage électrique a nécessité multiples médications à base de BZD (Urbanyl), Levetiracetam, et Ethosuximide (Zarontin) associés aux corticoides. L'EEG holter de contrôle a montré la disparition des POCS avec persistance d'un foyer d'EPCT.

Conclusion:

L'évolution de l'EPCT vers un POCS représente une complication rare mais aux conséquences neurocognitives potentiellement sévères. Un âge précoce de début de l'épilepsie, une fréquence élevée des crises, une résistance au traitement ainsi que des problèmes d'apprentissage constituent des signes d'atypie alarmants. Sur le plan électrique une activation des anomalies au cours du sommeil est un signe pré moniteur de la transformation en POCS. Une reconnaissance précoce de cette transition est essentielle pour optimiser la prise en charge et limiter les séquelles développementales.

P314 - L'Encéphalite auto-Immune chez l'enfant : Diagnostic et prise en charge

M. Wejden (1), A. Daya (1), S. Zayani (1), S. Mechlia (1), R. Hadj Salem (1), S. Chouchene (1).

service de pediatriefattoumabourguibamonastir (1).

Introduction:

L'encéphalite auto-immune chez l'enfant est une affection neurologique rare mais potentiellement grave, caractérisée par une réponse immunitaire anormale contre les antigènes neuronaux. Le diagnostic est particulièrement difficile en raison de la diversité des manifestations cliniques et de l'absence de biomarqueurs spécifiques. Une prise en charge rapide par immunothérapie améliore considérablement le pronostic.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques cliniques et immunologiques de quatre patients diagnostiqués avec une encéphalite auto-immune, ainsi que d'analyser les réponses aux traitements immuno-modulateurs.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons quatre cas d'encéphalite auto-immune chez l'enfant, avec des tableaux cliniques et une réponse thérapeutique variés.

Résultats:

Nous avons identifié quatre patients dont l'âge était compris entre 2 et 12 ans. Le tableau clinique a inclus des signes neuropsychiatriques aigus fait d'agitation, hallucinations et désorientation temporo-spatiale, des crises épileptiques évoluant vers un état de mal épileptique chez un patient et un tableau de dysautonomie. Une pléiocytose a été identifiée sur le LCR de 3 patients et l'IRM cérébrale est revenue normale dans tous les cas. Les auto-anticorps anti-NMDA anti-GAD sont revenus positifs chez 2 enfants. L'EEG a montré un ralentissement de l'activité de fond et des anomalies paroxystiques chez un patient. La prise en charge s'est basée sur une immunothérapie de première ligne incluant des immunoglobulines intraveineuses et une corticothérapie à forte dose. Cette prise en charge a permis une amélioration partielle chez 2 enfants nécessitant le recours au Rituximab. L'évolution clinique était favorable pour deux patients et les 2 autres ont gardé des séquelles à type de trouble du langage et un trouble de la marche.

Conclusion:

Les encéphalites auto-immunes sont souvent sous diagnostiquées chez l'enfant. Une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce permet d'améliorer le pronostic neurologique à long terme.

P315 - La méningite à Salmonelle en pédiatrie : à propos de 2 cas

S. Mechlia (1), A. Daya (1), R. Hadj Salem (1), Y. Smaoui (1), S. Zayani (1), S. Chouchane (1).
Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (1).

Introduction:

La méningite à Salmonelle, bien que rare, constitue une urgence pédiatrique majeure en raison de ses complications neurologiques potentiellement sévères et de sa morbidité élevée.

Objectifs:

L'objectif de cet abstract est de décrire les particularités diagnostiques, les options thérapeutiques et les enjeux cliniques associés aux méningites à Salmonelle chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas de deux nourrissons hospitalisés pour la prise en charge d'une méningite à Salmonelle .

Résultats:

Cas 1 : Nourrisson de 5 mois, sans antécédents médicaux particuliers, hospitalisé pour fièvre, refus de tétée et somnolence. Une méningite a été suspectée, et une ponction lombaire a révélé une pléiocytose, une hyperprotéinorrachie et une hypoglycorrachie, associées à un syndrome inflammatoire à la biologie. Le nourrisson a été mis sous céfotaxime et vancomycine. La culture du LCR a isolé une Salmonella non-typhi, et l'antibiothérapie a été ajustée en fonction de

l'antibiogramme, avec ajout d'ofloxacine et arrêt de la vancomycine. L'IRM cérébrale a montré un empyème cérébral, des hygromes frontaux et un traitement antibiotique de 35 jours a été poursuivi. Les investigations ont exclu un déficit immunitaire et une drépanocytose. À 4 ans de suivi, le nourrisson présente un développement psychomoteur normal et un examen neurologique sans anomalies. Cas 2 : Nourrisson de 6 mois, admis pour une fièvre élevée, irritabilité et hypotonie axiale. Les marqueurs inflammatoires étaient élevés, et l'analyse du LCR a confirmé une méningite bactérienne. La présence de Salmonelle a été confirmée par l'hémoculture et la culture du LCR. Après 9 semaines de traitement par céfotaxime, le nourrisson a développé un DRESS syndrome, nécessitant un changement d'antibiothérapie pour du méropéneme. L'IRM cérébrale a révélé des thromboses veineuses multifocales associées à des foyers d'infarcissement et une collection fronto-pariéto-temporale bilatérale avec hydrocéphalie quadriventriculaire. Le portage digestif de Salmonelle a été éliminé chez les parents et le nourrisson. Malgré le traitement, le nourrisson a conservé des séquelles neurologiques sévères.

Conclusion:

La majorité des infections à salmonelle se manifestent sous forme de gastro-entérite mais dans des rares cas une méningite peut survenir. Une antibiothérapie d'au moins quatre semaines est recommandée ainsi qu'un suivi est nécessaire en raison du risque élevé de complications et de récidive.

P316 - 1 / 1 Association syndrome de Dandy Walker, rétinite pigmentaire et Thrombose veineuse cérébrale: observation familiale

M. Chihaoui (1), W. Barbaria (1), R. Chihaoui (2), I. Khamessi (3).

Pediatriebizerte (1).Gynécologiemahdia (2).Pediatrie (3).

Introduction:

Le syndrome de Dandy-Walker est une malformation cérébrale rare atteignant le cervelet et la fosse postérieure. L'association de ce syndrome avec une thrombose veineuse cérébrale (TVC) « idiopathique » et d'une rétinopathie pigmentaire n'a pas été, à nos connaissances, rapportée dans la littérature auparavant.

Objectifs:

étudier le lien d'association entre le syndrome de Dandy Walker, rétinite pigmentaire et thrombose veineuse cérébrale

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective descriptive à propos de deux cas au sein d'une famille colligé au sein au service de pédiatrie hôpital Bougatefa en 2024 et 2025.

Résultats:

1 er frère: enfant âgé de 8 ans, suivi pour syndrome de Dandy Walker découvert à l'âge de la marche, associé à une rétinite pigmentaire. Le développement psychomoteur était normal. Il était scolarisé dans une institution spécifique pour malvoyants avec bons résultats. Il était admis pour état de mal convulsif avec fièvre depuis 48 heures. A l'admission ; Il était inconscient, Le score de Glasgow =3, pupilles intermédiaires aréflectives. Après intubation et réanimation, l'angio-TDM cérébrale a montré une TVC du sinus sagittal avec œdème cérébral diffus. Le bilan étiologique était négatif. Il était mis sous anticoagulation, antibiothérapie probabiliste, Acyclovir et Mannitol. L'état de mort encéphalique était confirmé par angio-TDM cérébrale. L'évolution était fatale au bout de 48 heures d'hospitalisation. 2 émefrère: enfant âgé de 10 ans, suivi pour syndrome de Dandy Walker découvert suite au dépistage vu le décès du frère avec rétinite pigmentaire. Le développement psychomoteur est normal. Il était admis pour état de mal convulsif avec fièvre depuis 72 heures. À l'admission, il était inconscient avec score de Glasgow=3, pupilles en myosis serré puis mydriase aréflective. Aprés intubation et réanimation l'angio-TDM cérébrale a montré une TVC du sinus sagittal supérieur étendue au sinus latéral et sigmoïdien droits avec œdème cérébral diffus compliqué d'un engagement central associé à une hémorragie intraventriculaire du 4 -ème

ventricule de faible abondance. Il était mis sous antibiothérapie probabiliste et acyclovir. L'évolution était fatale au moins de 24 heures d'hospitalisation.

Conclusion:

Les comorbidités associées au syndrome de Dandy Walker nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. Le pronostic dépend du terrain et de la précocité du diagnostic.

P317 - Encéphalite aiguë chez les enfants : à propos de 7 cas

M. Feki (1), M. Loukil (1), I. Elleuch (1), A. Elleuch (1), F. Safi (1).

réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

Introduction:

L'encéphalite aiguë (EA) est fréquemment responsable de mortalité et de troubles neurodéveloppementaux chez les enfants. De nombreux agents pathogènes sont impliqués.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est d'analyser les données épidémiologiques, cliniques et radiologiques, ainsi que d'étudier le profil thérapeutique et l'évolution des enfants atteints d'EA.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude descriptive et rétrospective en recueillant les cas d'EA chez les enfants admis en réanimation pédiatrique tout au long de l'année 2024.

Résultats:

Sept cas ont été collectés. Une prédominance féminine a été notée. L'âge médian était de 44,1 mois. Tous les patients présentaient de la fièvre. La présentation clinique était dominée par l'apparition de convulsions, qui ont évolué vers un état de mal épileptique dans 4 cas. Le liquide céphalo-rachidien a montré une pléiocytose avec une prédominance lymphocytaire dans 4 cas. La sérologie du virus westnile était positive pour les IgM dans trois cas. La sérologie herpétique a montré une positivité des IgG dans un seul cas, suggérant une immunisation antérieure. Une IRM cérébrale a été réalisée dans 4 cas, montrant des anomalies du signal cortico-sous-cortical dans deux cas et des anomalies du signal dans les noyaux gris centraux dans deux autres cas. L'aciclovir a été administré dans 4 cas, et un bolus de méthylprednisolone a été administré dans un cas. L'évolution a été fatale dans un cas et trois patients ont développé des séquelles neurologiques graves.

Conclusion:

La présentation clinique de l'encéphalite aiguë chez les enfants est très variable. Le pronostic dépend principalement de la rapidité de la prise en charge et de l'étiologie sous-jacente. Cette pathologie peut compromettre le pronostic vital ou fonctionnel de l'enfant.

P318 - Régression psychomotrice chez un nourrisson : un diagnostic inattendu d'un syndrome de Perrault

Y. Mkhinini (1), S. Kmiha (1), I. TabarkiMelaiki (2), R. Belhadj (1), N. Tarhouni (1), H. Aloulou (1), R. Kolsi (1), T. Kammoun (1).

Service de Pédiatrie A, C.H.U Hedi Chaker de Sfax (1).Service de Pédiatrie, Prince Sultan MilitaryMedical City, Arabie Saoudite (2).

Introduction:

Le syndrome de Perrault est une maladie génétique rare, caractérisée par l'association d'une insuffisance ovarienne précoce et d'une surdité neurosensorielle. Son expression clinique est hétérogène et, dans les formes sévères, des atteintes neurologiques peuvent être observées, incluant une neuropathie motrice et sensorielle, une faiblesse musculaire, une ataxie cérébelleuse, un retard du développement et des crises convulsives. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut révéler une leucoencéphalopathie, le diagnostic repose principalement sur l'analyse génétique.

Objectifs:

Discuter les défis diagnostiques posés par une régression psychomotrice associée à une leucoencéphalopathie en soulignant l'apport essentiel des nouvelles techniques de séquençage génétique pour confirmer le diagnostic.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson admis pour une régression psychomotrice aiguë associée à une hypoglycémie, hospitalisé au service de pédiatrie A du CHU Hédi Chaker de Sfax.

Résultats:

Un nourrisson de sexe féminin, âgée de 12 mois et présentant un développement psychomoteur initialement normal, a été hospitalisée pour un refus de tétée associé à une hypoglycémie. Après correction de celle-ci, l'examen clinique a révélé une apyrexie, une hypotonie axiale et périphérique avec une attitude « en batracien » contrastant avec un état d'éveil conservé, une absence de réflexe de succion et des réflexes ostéotendineux présents et symétriques. Le bilan biologique était sans anomalies. La ponction lombaire était normale, les PCR Herpès et West Nile ainsi que la sérologie VIH étaient négatives. L'électromyogramme était normal. L'IRM cérébrale a révélé des lésions évocatrices d'une leucoencéphalopathie. Les chromatographies étant négatives. Un séquençage complet de l'exome a permis d'identifier une mutation compatible avec un syndrome de Perrault de type 3. Une prise en charge symptomatique incluant une supplémentation en L-carnitine, thiamine et coenzyme Q10, ainsi qu'une kinésithérapie motrice et une alimentation entérale par sonde nasogastrique, a été instaurée. L'évolution a été marquée par une légère amélioration du tonus et de la déglutition.

Conclusion:

Notre cas est particulièrement pertinent car l'atteinte neurologique dans le syndrome de Perrault est rare. Ce diagnostic doit être envisagé devant une leucoencéphalopathieinexpliquée. Les techniques de séquençage de nouvelle génération ont un intérêt majeur pour identifier les causes génétiques sous-jacentes, permettant ainsi une confirmation diagnostique et une prise en charge précoce et adaptée.

P319 - Une cause rare de leuco-encéphalopathie traitable: à propos d'un cas

O. Sonnara (1), M. Jouili (1), M. Beji (1), N. Jemmali (1), O. Mars (1), F. Gandi (1), A. Marzouki (1), B. Mahjoub (1).

Pédiatrie Mahdia (1).

Introduction:

Le déficit cérébral en folates lié à une mutation du gène FOLR1 est une maladie rare. Il résulte d'une perte de fonction de la protéine du récepteur alpha du folate entraînant une carence en folate cérébral même en l'absence d'une carence systémique. Il est responsable d'une régression cognitive avec des troubles autistiques, des convulsions, une ataxie et une leucodystrophie qui s'améliorent par la supplémentation en acide folinique.

Objectifs:

Rapporter les particularités cliniques, paracliniques et évolutifs du syndrome de déficit cérébral en folates.

Matériel et méthodes:

Etude descriptive d'un cas suivi au service de pédiatrie à l'hôpital Taher Sfar, Mahdia pour une encéphalopathie convulsivante secondaire à un déficit cérébral en folates lié au gène FOLR1.

Résultats:

Il s'agit d'une fille âgée de 10 ans, 3 ème enfant d'un couple consanguin de 3 ème degré, aux antécédents familiaux d'encéphalopathie progressive chez la sœur et deux cousins évoluant depuis l'âge de deux ans. Depuis l'âge de 2 ans, elle a commencé à présenter des troubles de la marche, une ataxie cérébelleuse et un strabisme convergent avec installation rapide d'une régression psychomotrice et la survenue au bout de 2 mois de convulsions tonico cloniques généralisées. Un électroencéphalogramme (EEG) a été fait montrant la présence de dysrythmie rapide sans anomalies paroxystiques ou focales. Le PEA et PEV étaient sans anomalies. L'IRM cérébrale faite à l'âge de 3 ans

a montré des hyposignaux de la substance blanche en rapport avec un retard de myélinisation et contrôlée après 2 ans devant l'aggravation de son état neurologique montrant une nécrose corticale luminaire pariéto-occipitale gauche avec un pic de lactate à la spectroscopie. La chromatographie des acides aminés et organiques était normale. L' évolution a été marquée par l'aggravation de l'état clinique de l'enfant avec une installation progressive d'une rigidité musculaire, des déformations osseuses, une perte totale du langage et la persistance des crises convulsives rapprochées malgré l'escalade des traitements antiépileptiques. Devant ce tableau de régression psychomotrice et épilepsie pharmacorésistante et l'histoire familiale riche d'encéphalopathies, l'étude génétique s'est avérée nécessaire. Un séquençage total d'exome fait pour cette fille a identifié une mutation du gène FOLR1 (récepteur de l'acide folique) et le diagnostic de déficit cérébral en folates a été retenu. Le dosage du taux de 5-MTHF, le dérivé actif de l'acide folique, dans le LCR n'a pas été pratiqué mais les taux d'acide folique dans le sang et le LCR étaient effondrés. L'enfant était mise sous acide folique à la dose de 5mg/kg/j associé au traitement antiépileptique. L'évolution a été marqué par la stabilisation de son épilepsie

Conclusion:

Le déficit cérébral en folates est rare, grave mais traitable, d'où l'intérêt de pratiquer l'étude génétique précocement devant toute épilepsie pharmacorésistante, afin d'améliorer les délais de la prise en change et le pronostic de la maladie, et de permettre aussi aux parents un conseil génétique.

Pédiatrie ambulatoire

P320 –Congenitalhypomagnesemia : case report

Z. Trabelsi (1), H. Barakizou (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rabhi (1).

service de pédiatrie hopital militaire (1).

Introduction:

Congenitalhypomagnesaemiais in autosomal recessivediseasealthoughitmightbe in some cases a sex-linkedrecessivedisease, more prevalentamong men thanwomen. It manifestsitself the first weeks of life by severe and frequentseizures and tetany.

Objectifs:

it's due to the intestinal malabsorption of magnesiumresultingfrom a lack of jejunal transfert.

Matériel et méthodes:

Herewe report the case of a boy born to second-degreeconsangeineous parents, by cesareansecaonafter a full termpregnancy and with good adaptation to extra-uterine life. He presented at the age of 2 monthsgeneralizedclonicseizuresaccompaniedwithhypocalcaemiarefractory to calcitherapy. The rest of the record reveals a deephypomagnesaemiawith the rate of 0,44mmol and withouthypermagnesurIa.

Résultats:

The evolutionwas favorable undersupplementationwithmagnesium and calcium but marked by the recurrence of the samesymptomatology in case of gastroenteritis or interruption of the treatment. The confirmatorydiagnosis of congenitalhypomagnesaemiaisthrough an oral or parenteralmagnesiumload test. The treatmentremains a lifetimemagnesiumsupplementation. Withhindsight of 8 years 4 months, the child has a correct psycho motordevelopment, properschooling and a good height and weightgrowth in a wellconductedtreatment.

Conclusion:

Congenitalhypomagnesaemiais rare and must beencased in case of refractoryseizureswith in hypocalcemia.

P321 - Une méningoencéphalite révélant le syndrome de sturge weber krabbe : à propos d'un cas

Z. Trabelsi (1), M. Rabhi (1), Y. Ben Rejeb (1), H. Barakizou (1).
service de pédiatrie hopital militaire (1).

Introduction:

Introduction : Le syndrome de Sturge-Weber-Krabbe est une angiomatose encéphalo-trigéminée congénitale rare qui associe un angiome cutané occupant le territoire du V1, un hémangiome leptoméningé homolatéral et une atteinte oculaire (glaucome, angiome choroïdien) ipsilatérale inconstante. Cliniquement, le mode de révélation classiqueétant l'épilepsie dans 75 à 90% des cas .

Objectifs:

Objectif : présenter les manifestations cliniques et les outils diagnostiques de ce syndrome rare à travers une observation pédiatrique .

Matériel et méthodes:

Matériel et méthode : nous rapportons un cas d'un malade hospitalisé au service de pédiatrie de l'hopital militaire de tunis .

Résultats:

Observation : il s'agit de l'enfant G.O âgé de 13 ans , suivi pour glaucome à angle ouvert , admis pour altération de l'état de conscience , céphalée , vomissement et hémiplégie gauche dans un contexte de fièvre. Le début de la symptomatologie était brutal .à l'examen , il avait un score de Glasgow à 14/15 , un syndrome méningé , un déficit moteur à type d' hémiplégie gauche et un angiome planau niveau de l'hémiface droit . Une TDM a été réalisée objectivant des calcifications curvilignes corticales pariéto-occipitales droites associé à une augmentation de volume de globe oculaire homolatéral évoquant le syndrome de Sturge Weber Krabbe . Le patient a présenté des convulsions après quelques heures de l'admission . Devant cette altération de l'état neurologique fébrile , une méningoencéphalite a été suspecté et le malade aété mis donc sous zovirax. Une ponction lombaire faite revenant normale avec une PCR virale sur LCR et sang négatives . L'IRM cérébrale avait montrél'aspect d'un angiome pariéto-occipital droit avec ralentissement du flux veineux adjacent associés à une buphtalmie . L'EEG : était en faveur d'une souufrance cérébrale diffuse. Le diagnostic de méningoencéphalite a été retenu sur devant le tableau clinique évocateur et surtout sur l'évolution favorable sous zovirax .

Conclusion:

Conclusion : Le SWS est un syndrome neurocutané rare associant à des degrés divers des atteintes neurologiques, oculaires et cutanées liées à la présence d'une malformation vasculaire dans ces trois localisations. Les manifestations cliniques et l'évolution de la maladie peuvent être très variables d'un patient à l'autre.

P322 - MENINGOENCEPHALITE OU SYNDROME DE BEBE SECOUE ?: A PROPOS D'UN CAS

Z. Trabelsi (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rabhi (1), H. Barakizou (1).
service de pédiatrie hopital militaire (1).

Introduction:

Introduction : Une encéphalite est une atteinte inflammatoire de l'encéphale , d'étiologie multiple . Elle pose parfois un probléme diagnostic vu la diversité des tableauss cliniques d'autant plus qu'une prise en charge précoce conditionne le pronostic à court et à long terme .

Objectifs:

Objectif :mettre le point sur la difficulté de diagnostic de la méningoencéphalite à travers une observation pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Matériels et méthodes : il s'agit d'un cas , hospitalisé à l'hôpital militaire de Tunis en 2023

Résultats:

nourissonagé de 4 mois et demi , sans antécédents particuliers , admis pour fièvre associée à une somnolence , hyporéactivité , fontanelle antérieure bombante et irritabilité avec rétraction des paupiéres . sur le plan biologique : hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire avec CRP négative et bilan d'hémostase correct .Un examen ophtalmologique a objectivé une hémorragie

rétiniennes bilatérales profondes . une TDM cérébrale faite en urgence a montré des collections liquidiennes sous durales fronto-pariéto-temporales bilatérales sans signe de surinfection. Devant l'aggravation du tableau clinique , on a mis le patient sous zovirax avec amélioration noté à J2 .A l'IRM cérébrale : des dilatations liquidiennes hémisphériques bilatérales et symétriques des espaces sous arachnoidiennespredominant au niveau des lobes frontaux.Les 2 diagnoticsevoqués initialement était la méningoencéphalite et le syndrome du bébé secoué. une ponction lombaire faite revenant négative . à J7 d'hospitalisation , le malade a présenté une crise convulsive avec nystagmus multidirectionnel , une TDM de contrôle faite a montré une majoration des collections d'où la mise d'une dérivation ventriculaire externe avec évolution favorable. Devant l'amélioration sous zovirax , e diagnostic de méningoencéphalite a été retenu .

Conclusion:

la méningo-encéphalite demeure une préoccupation dans le cadre de la mortalité infantile ainsi que du retard ou de régression du développement psychomoteur, la poursuite de la surveillance parait donc indispensable .

P323 - Impact d'une vidéo éducative sur l'éducation thérapeutique des mères concernant la diarrhée aiguë du nourrisson

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

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

Introduction:

La diarrhée aiguë (DA) constitue un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale et nationale. Elle est responsable d'épidémies annuelles, entraînant une morbidité élevée et un coût considérable. En dehors des formes compliquées associées à une déshydratation nécessitant une hospitalisation, la prise en charge de la DA est majoritairement ambulatoire. Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique des parents joue un rôle essentiel, tant pour la gestion de la maladie que pour sa prévention. L'utilisation de supports audiovisuels, tels que les vidéos éducatives, représente une approche innovante dans l'éducation thérapeutique, en particulier pour les pathologies prises en charge en ambulatoire.

Objectifs:

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact d'une vidéo éducative dans l'éducation thérapeutique des mères concernant la prise en charge de la DA chez le nourrisson.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude descriptive, analytique et transversale avec un recueil prospectif des données. L'étude a inclus les mères de nourrissons hospitalisés dans les services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis sur une période d'un mois et demi. La population d'étude a été répartie de manière aléatoire en deux groupes distincts. Le premier groupe (G1) a bénéficié d'une éducation thérapeutique selon l'approche traditionnelle, tandis que le deuxième groupe (G2) a visionné une vidéo éducative. L'impact de chaque méthode d'éducation thérapeutique a été évalué à l'aide d'un pré-test et d'un post-test. La comparaison des résultats entre les deux groupes a été réalisée à l'aide du test t de Student, avec un seuil de signification fixé à 0,05. L'étude a été conduite après obtention de l'approbation du comité d'éthique.

Résultats:

Notre étude a inclus 80 mères (N=80; G1=40, G2=40), avec un âge moyen de 31 ± 4,18 ans [21 - 42 ans]. Parmi elles, 51 % avaient un niveau d'études secondaires et 54 % étaient des femmes au foyer. Aucune différence significative n'a été observée entre les moyennes des scores de connaissances au pré-test entre les deux groupes (9,68/20 pour les mères ayant reçu l'éducation traditionnelle contre 10,07/20 pour celles ayant visionné la vidéo éducative ; $p > 0,05$), ni dans les caractéristiques sociodémographiques ($p > 0,05$). Dans le groupe ayant bénéficié de l'éducation classique (G1), une amélioration statistiquement significative des connaissances sur la DA du nourrisson a été constatée,

avec une augmentation du score moyen de 9,68/20 au pré-test à 13,13/20 au post-test ($p \leq 0,05$). De même, le score moyen des connaissances des mères ayant visionné la vidéo éducative (G2) s'est significativement amélioré, passant de 10,07/20 au pré-test à 17,42/20 au post-test ($p \leq 0,05$). La comparaison des scores du post-test entre les deux méthodes a révélé une différence significative : le groupe ayant reçu l'éducation traditionnelle a atteint un score moyen de 13,13/20, tandis que le groupe ayant bénéficié de l'éducation audiovisuelle a obtenu un score moyen de 17,42/20 ($p \leq 0,05$).

Conclusion:

Notre étude a mis en évidence l'efficacité de l'éducation thérapeutique des mères dans l'amélioration de leurs connaissances sur la DA du nourrisson. Bien que les deux méthodes utilisées aient permis une progression significative des scores post-test, l'approche audiovisuelle s'est révélée plus performante. Ces résultats soulignent l'intérêt d'intégrer des supports audiovisuels dans les stratégies d'éducation thérapeutique, notamment pour les pathologies prises en charge en ambulatoire.

P324 - Maladie de Castleman : A propos d'un cas

O. Hammami (1), D. Ben Nasser (1), H. Hlel (1), M. Jelassi (1), J. Marrakchi (2).

pediatriemenzelbourguiba (1).ORL menzelbourguiba (2).

Introduction:

La maladie de Castleman est une pathologie lymphoproliférative rare, d'étiopathogénie inconnue souvent sous-diagnostiquée chez l'enfant. Sa localisation la plus fréquente est médiastinale. La forme unicentrique, généralement bénigne et localisée, représente un défi diagnostique. Nous rapportons un cas de Maladie de Castlemanunicentrique chez un enfant de 4 ans et demi.

Objectifs:

Rapporter un cas pédiatrique avec revue de la littérature.

Matériel et méthodes:

Etude a partir des données d'une observation

Résultats:

Il s'agit d'un enfant de 4 ans et demi, sans antécédents familiaux notables, aux antécédents personnels d'angines à répétition, issu d'un mariage consanguin de 2ème degré, d'une grossesse menée à terme sans dysgravidies, d'un accouchement sans incidents, admis en ORL pour exploration d'une adénopathie cervicale droite évoluant depuis 2 ans découverte fortuitement par la mère sans autres signes associés. La consultation a été motivée par l'augmentation de la taille des adénopathies. L'examen clinique révélait une adénopathie spinale du secteur II droit mesurant 1,5 cm, une autre du secteur II gauche de 1 cm, ainsi que multiples adénopathies infracentrimétriques de la chaine cervicale gauche, toutes molles mobiles et indolores. Le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan biologique standard était normal. Une échographie cervicale a révélé des polyadénomégalies bilatérales d'architecture conservée, sans signes inflammatoires ou suspects. Une cytoponction réalisée s'est avérée non concluante, conduisant à une cervicotomie avec adénectomie pour examen anatomopathologique. Le diagnostic histologique a confirmé une maladie de Castlemanhyalinovasculaire. Un bilan d'extension incluant une sérologie HHV8 et un scanner cervicothoracoabdominal a permis de retenir le diagnostic de maladie de Castlemanunicentrique. Une abstention thérapeutique avec une surveillance clinico-radiologique était indiqué. L'évolution a été favorable, avec une régression de la taille des adénopathies sans récidive.

Conclusion:

Ce cas illustre la complexité diagnostique de la maladie de Castleman, en particulier dans sa forme unicentrique. Le diagnostic clinique ne suffit pas à lui seul pour classifier la maladie et guider la prise en charge et le résultat histologique reste crucial pour la classification. Ainsi, une approche diagnostique rigoureuse et multidisciplinaire est essentielle pour optimiser la prise en charge et prévenir les complications potentielles.

P325 - Intoxication medicamenteuse à l'apixiban

O. Hammami (1), D. Ben Nasser (1), H. Hlel (1).
pediatriemenzelbourguiba (1).

Introduction:

L'apixaban est un inhibiteur réversible et sélectif du FXa (facteur X activé). L'apixaban a une pharmacocinétique linéaire et des effets pharmacodynamiques liés à la concentration ont été décrits chez les adultes. De nombreux cas cliniques ont fait état d'auto-empoisonnements graves par l'apixaban chez des patients adultes. À ce jour, aucune donnée n'est disponible sur la pharmacocinétique de l'apixaban chez l'enfant et de rares cas ont été décrits.

Objectifs:

illustrer un cas d'intoxication rarement décrit chez l'enfant

Matériel et méthodes:

donnéesreceuillis à partir d'une observation clinique

Résultats:

Il s'agit d'un nourssison de sexe masculin, âgé de 7 mois, sans antécédents pathologiques notables, issu d'une grossesse menée à terme. Il est amené aux urgences par ses parents qui rapportent l'administration accidentelle d'une dose totale de 15 mg d'Elixtra 5 mg -apixaban- (anticoagulant oral anti Xa) à trois reprises au cours des dernières 24 heures, en raison d'une confusion médicamenteuse avec un traitement antidiarrhéique prescrit par le pédiatre traitant. Le nourrisson a ainsi reçu trois doses, chaque comprimé ayant été dissous dans de l'eau avant administration. A l'Examen : eutrophique, éveillé, réactif, eupnéique, Bon tonus axial et périphérique. Fontanelle antérieure normotendu. Pupilles symétriques normoréactives, état hémodynamique correct, FC= 120 bpm TRC immédiat, Saturation à 100% à l'air ambiant. Auscultation cardiopulmonaire sans anomalies Conjonctives normocolorées, pas de purpura ni d'ecchymoses. L'abdomen est souple dépressible sans masse palpable. Multistix = négatif Prise en charge initiale : Un bilan biologique a été demandé en urgence comprenant NFS, TP, Bilan rénal et hépatique. Un avis du Centre d'Assistance Médicale Urgente spécialisé en toxicologie a recommandé une hospitalisation de 24 heures pour surveillance clinico biologique du risque hémorragique, en raison de la non-disponibilité d'antidote spécifique (Andexanet alfa) pour la molécule ingérée (apixaban). Le bilan biologique est revenu sans anomalies et une bonne évolution clinique

Conclusion:

Malgré une prise importante d'apixaban et une absence de perturbation réelle des tests de coagulation de routine, aucun signe clinique d'hémorragie n'a été observé, probablement en raison de la large marge thérapeutique de l'apixaban. Ou bien par son élimination rapide. Compte tenu de la Concentration maximum élevée et d'un possible recyclage entéroentérique, l'utilisation de charbon actif devrait être envisagée dans de telles situations afin de prévenir une éventuelle hémorragie.

P326 - La paralysie périodique hypokaliémiante (Maladie de Westphall): A propos d'un cas

A. Oualha (1), R. Kebaili (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), N. Gammoudi (2), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), S. Tilouche (1), L. Boughamoura (1).
CHU Farhat Hached / Pédiatrie (1).service de neurophysiologie , CHU Sahloul Sousse. (2).

Introduction:

La paralysie périodique hypokaliémique (PPH) est un trouble canalaire rare d'origine génétique, lié à des mutations du gène CACNA1S ou SCN4A. Elle se manifeste par des épisodes récurrents de faiblesse musculaire sévère, voire de paralysie, associés à une baisse marquée du taux de potassium sérique. Ces crises sont souvent déclenchées par des facteurs tels que l'exercice intense, un repas riche en glucides ou un stress émotionnel.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques ainsi que le profil évolutif de la PPH à travers un cas clinique.

Matériel et méthodes:

...

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 12 ans sans antécédents notables, hospitalisé pour troubles de la marche avec myalgies et faiblesse musculaire d'installation aigue. A l'examen, il était eutrophique, fébrile, les ROT étaient présents et symétriques, et le testing musculaire à 3/5 au niveau des 4 membres. Le bilan biologique a objectivé une rhabdomyolyse importante avec CPK à 10244, une insuffisance rénale avec Urée / créatinémie : 62/364 et une hypokaliémie à 2.39 mEq/l. Suite à une prise en charge symptomatique, l'évolution clinique et biologique étaient favorables avec reprise d'une motricité normale et correction de tous les troubles hydro-électrloytique, sauf l'hypokaliémie. Les sérologies virales, les marqueurs d'auto-immunité et le bilan hormonal étaient négatifs. L'EMG initial réalisé en dehors de la poussée était sans anomalie. L'évolution était marquée par la persistance de l'hypokaliémie nécessitant une supplémentation orale quotidienne. Au cours du suivi, le patient a présenté deux épisodes similaires au premier (parésie, rhabdomyolyse) concomitants à des périodes de forte chaleur et à une activité physique intense. Il a également présenté une thyroïdite aigue transitoire. Devant ce tableau, nous avons évoqué le diagnostic de PPH, d'où la réalisation d'un deuxième ENMG qui a montré des anomalies d'excitabilité musculaire après un test d'effort prolongé (décrément > 30 % du potentiel d'action musculaire composé), ce qui permet de retenir le diagnostic. L'étude génétique est en cours.

Conclusion:

La PPH est une entité rare mais importante à reconnaître devant une faiblesse musculaire aiguë associée à une hypokaliémie. La prise en charge repose sur la réhydratation et la correction des troubles hydro-électrolytiques à la phase aigue, puis la prise en charge ultérieure est basé sur les règles hygiéno-diététiques, la supplémentation potassique, et éventuellement les inhibiteur de l'anhydrase carbonique ou les diurétiques d'épargne potassique. Avec l'âge, la fréquence des épisodes diminue mais certains patients peuvent développer une myopathie chronique de gravité variable.

P327 - LES INTOXICATIONS AUX HYDROCARBURES: EXPÉRIENCE D'UN SERVICE DE PÉDIATRIE À TUNIS

J. Elhem (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

Bien qu'elle soit évitable, l'intoxication par les hydrocarbures survient encore, chez les enfants . La toxicité des hydrocarbures implique essentiellement les système respiratoire et nerveux.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, radiologiques et évolutifs des intoxications aux hydrocarbures en Tunisie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective menée sur une période de deux ans au service de médecine infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis, Tunisie.

Résultats:

26 cas d'intoxication aux hydrocarbures ont été coligés. L'âge moyen était de 35,5 mois ± 26,9. Le sex-ratio était de 1,6. L'accident est survenue la deuxième moitié de la journée dans la majorité des cas. Le délai moyen de consultation était de 3 heures. Ils s'agissaient de diluants essence dans 23 (88,4%) cas, de naphtaline dans un cas (3,8%) et de goudron dans deux cas (7,7%). Le produit a été ingéré dans 25 cas et inhalé dans un cas. Huit patients (30,8%) étaient asymptomatiques. Les signes respiratoires étaient les plus fréquents (62%) suivis par les signes digestifs (46%) et des signes

neurologiques dans (35%). Les anomalies objectivées à la radiographie du thorax étaient: un syndrome alvéolaire (n=4) et un syndrome interstitiel (n=1). La prise en charge étaient symptomatique pour tous les patients. L'évolution était favorable pour tous les patients. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 1,7 jours ± 1,7 [1-9 jours].

Conclusion:

Les intoxications aux hydrocarbures ne sont pas rares. Des compagnes de sensibilisation sont nécessaires pour éviter leur survenue

P328 - Les intoxications aux organophosphorés. Expérience d'un service de pédiatrie à Tunis

J. Elhem (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

Les organophosphorés font partie des pesticides les plus couramment utilisés dans les foyers. Ils inhibent l'enzyme cholinestérase, ce qui entraîne des niveaux élevés d'acétylcholine, un neurotransmetteur puissant. L'intoxication aiguë par un organophosphoré est une intoxication grave qui engage le pronostic vital.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques, biologiques et évolutifs de l'intoxication aux organophosphorés.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective sur deux ans menée au service de médecine infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis

Résultats:

25 cas d'intoxication aux organophosphorés. L'âge moyen des intoxiqués était de 21,8 mois ± 12,2. Le sex-ratio était de 1,27. La majorité des accidents étaient observés en été. Le délai moyen entre l'ingestion d'organophosphorés et la consultation était 5,4 heures ±10. Ils s'agissaient d'insecticides dans 15 (62,5%) cas et de raticides dans 9 (37,5%). Des conduites aberrantes étaient pratiquées par les parents tel que l'administration de lait (n=13), l'administration d'huile d'olive (n=2) et les vomissements provoqués (n=3). L'examen clinique a objectivé un syndrome muscarinique dans 3 cas et un syndrome nicotinique dans un cas. Aucun syndrome centrale n'a été objectivé. La moyenne de l'activité cholinestérasique était 8690 UI/L ± 4084. Ele était diminuée pour cinq patients. La conduite initiale a consistée en un lavage gastrique dans 4 cas et l'administration de charbon activé pour 2 patients. Un seul patient a nécessité l'administration d'atropine.

Conclusion:

Les intoxications aux organophosphorés ne sont pas exceptionnelles. Des compagnes de sensibilisation sont nécessaire pour prévenir leurs survenue.

P329 - L'intoxication par le monoxyde de carbone (CO) en Pédiatrie : Aspects cliniques et évolutifs

J. Elhem (1), H. Jouini (1), R. Amdouni (1), S. Ben Ahmed (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz incolore, inodore , produit par la combustion incomplète d'un composé carboné en raison d'une quantité d'oxygène insuffisante. Exemples de sources domestique de CO : appareils de chauffage défectueux , la combustion de charbon ….

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques et évolutifs des intoxications au monoxyde de carbone en Tunisie.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective sur une période de 2 ans (2020 -2021) portant sur les cas d'intoxication au CO colligés au service de pédiatrie A de l'hôpital d'enfants de Tunis.

Résultats:

167 cas colligés. L'âge médian était de 60 mois [2-168 mois]. le sex-ratio était de 0.98. La majorité des cas était observée en hier, entre décembre et mars, dans 87.5% des cas. La source de CO la plus incriminée était les chauffe-bains (68?2%). Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient les céphalées (43%), les vomissements (37%), la perte de connaissance (24%), les vertiges (15%) et les convulsions (14%). La valeur médiane de L'HBCO était de de 13,4 [0,1-34,2%]. Une oxygénothérapie normobare a été administrée dans 90% des cas. Une oxygénothérapie hyperbare a été administrée dans 10 % des cas. Ses indications étaient une perte de connaissance dans 21% des cas, une convulsion dans 75.6% des cas, et une valeur de la HBCO > 25% dans 2,4% des cas. L'évolution a court terme était favorable dans tous les cas? la durée moyenne de séjour à l'hôpital était de 1 jours [1-4 jours]. Tous les patients étaient perdu de vue après leurs sortie de l'hôpital même ceux ayant bénéficié d'une oxygénothérapie hyperbare.

Conclusion:

L'intoxication au monoxyde de carbone est la première cause de décès par intoxication accidentelle dans le monde. Elle est associée à une mortalité et une morbidité importantes. D'où s'impose l'éducation de la population par rapport aux mesures de prévention.

P330 - Glycogénose hépatique (syndrome de Mauriac) : à propos de 2 cas

RL. Merchaoui (1), J. Kanzari (1), M. Cherif (1), M. Ammous (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khlif (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), H. Ouarda (1), E. Marmech (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de pédiatrie Mongi Slim Marsa (1).

Introduction:

Le syndrome de Mauriac, rare, est caractérisée par un retard staturo-pondéral et pubertaire, une hépatomégalie et une perturbation du bilan hépatique chez un diabétique de type 1.

Objectifs:

étudier les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives du syndrome de Mauriac.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons 2 cas de syndrome de Mauriac chez deux jeunes diabétiques suivis au Service de pédiatrie de Mongi Slim.

Résultats:

La 1 ère patiente est âgée de 11 ans, diabétique de type 1 depuis l'âge de 4 ans sous fortes doses d'insuline. Son HbA1C variait entre 13 et 15%. Une hépatomégalie homogène de 15 cm avec cytolyse à 3 fois la normale et un retard statural à -2 DS ont été découverts à l'âge de 8 ans. L'HbA1c était de 14%. Les sérologies des hépatites virales étaient négatives. Les anticorps antinucléaires, anti-LKM1, anti-muscles lisses et anti mitochondries étaient normales. La maladie cœliaque, la maladie de Wilson une maladie de surcharge, une granulomatose septique ont été éliminées. La ponction biopsie du foie était normale. Le deuxième patient âgé de 12 ans, diabétique type 1 depuis l'âge de 5 ans, présente un diabète très mal équilibré, avec plusieurs épisodes d'acidocétose et de cétose. Un fléchissement statural et une hépatomégalie ont été découverts. À l'échographie, on a objectivé une hépatomégalie de 16 cm, homogène de contours réguliers sans lésion focale. Une cytolyse hépatique à deux fois la normale a été objectivée. Le bilan étiologique, exhaustif était négatif. L'HbA1c était égale à 9,4% . La ponction-biopsie hépatique n'a pas été faite. Étant donné la clinique et la régression de l'hépatomégalie obtenue chez les deux patients après 6 mois d'équilibre glycémique (HbA1c est passée de 14 à 7% chez le patient 1), le diagnostic de syndrome de Mauriac a été retenu.

Conclusion:

La découverte d'une hépatomégalie avec retard staturo-pondéral chez un diabétique doit faire évoquer plusieurs diagnostics. Celui du syndrome de Mauriac, bien que rare, doit être évoqué. La certitude diagnostique est histologique bien que la biopsie est rarement réalisée. Le traitement repose sur un bon équilibre du diabète.

P331 - Coma hyperosmolaire : manifestation inaugurale d'un diabète insipide central chez un enfant aux antécédents de méningite à E.Coli

R. Amdouni (1), M. Bourcheda (1), S. Ben Ahmed (1), E. Jbebli (1), R. Farhat (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), S. Rehayem (1), M. Khemiri (1).
médecine infantile A, hôpital d'enfants Béchir hamza (1).

Introduction:
Le diabète insipide central (DIC) par déficit en hormone antidiurétique est une complication très peu fréquente des méningites bactériennes. Il survient le plus souvent sur un terrain immunodéprimé. Le germe le plus incriminé dans les cas de DIC post-méningite bactérienne est le streptocoque du groupe B avec un délai de survenue de 2 à trois jours.

Objectifs:
Décrire une présentation clinique rare de coma hyperosmolaire révélant un DIC chez un enfant aux antécédents de méningite à E. Coli.

Matériel et méthodes:
Nous décrivons le cas d'un patient chez qui le diagnostic d'un DIC post méningite bactérienne a été retenu au sein du service de médecine infantile A de l'HET.

Résultats:
Majdi nourrisson de 6 mois, aux antécédents de méningite néonatale à E. Coli compliquée d'une vascularite avec des foyers d'infarcissement en sus tentoriel, a été admis pour déshydratation sévère avec refus de la tétée. Une perte digestive ou un manque d'apport ont été éliminé par l'interrogatoire. L'examen clinique a objectivé un nourrisson fébrile à 39°C, somnolent, hypo-réactif avec des globes oculaires enfoncées et un pli cutané persistant. Il était tachycarde, polyénique avec désaturation à 88%. L'examen des urines aux bandelettes urinaires réactives a montré une hypodensité urinaire à 1010 avec une glucosurie à une croix. La biologie a révélé une insuffisance rénale aigue avec une urémie à 73 mmol/l et une créatinémie à 587 umol/l (Clairance de la créatinine= 4 ml/min). La kaliémie était à 8.6 mmol/l avec des signes électriques. La natrémie était à 182 mmol/l avec une hyperglycémie à 56 mmol/l. L'osmolarité plasmatique était à 420mosmol/l. Le gaz du sang a objectivé une acidose métabolique non compensée. Une épuration extra-rénale a été indiquée en urgence relayé par une réhydratation intra-veineuse prudente avec correction des troubles ioniques. Le patient a nécessité 3 séances de dialyse péritonéale. Le patient a présenté une amélioration de l'état de conscience et une normalisation progressive de la natrémie et de l'osmolarité plasmatique malgré une diurèse estimée de 7ml/kg/h. Devant ce tableau, un DIC central post méningite bactérienne a été suspecté. Nous avons complété par une IRM hypophysaire ayant montré une posthypophyse non visualisée avec une continuité conservée d la tige pituitaire. Le patient a été mis sous desmopressine avec une bonne évolution clinique et biologique.

Conclusion:
Le DIC est une cause potentielle de coma hyperosmolaire chez l'enfant, en particulier en présence d'antécédents de méningite. Une prise en charge rapide et multidisciplinaire est essentielle pour prévenir les complications neurologiques irréversibles.

P332 - Le déficit en hormone de croissance chez l'enfant

M. Bouaziz (1), M. Ammous (1), J. Kanzari (1), H. Ouerda (1), S. Khelif (1), E. Ben Arab (1), J. Ben Hefaiedh (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), I. Selmi (1), S. Halioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie Mongi Slim Marsa (1).

Introduction:

Le déficit en hormone de croissance(GHD) de l'enfant est une cause rare de retard de croissance (RC). Cependant, son diagnostic doit être systématiquement évoqué devant la disponibilité d'un traitement substitutif transformant le pronostic.

Objectifs:

Apprécier la fréquence du GHD et de déterminer les caractéristiques cliniques et paracliniques des patients avec GHD.

Matériel et méthodes:

Nous avons colligé 10 enfants portant un déficit en GH.

Résultats:

L'âge moyen était de 10,5 années avec des extrêmes allant de 6 mois à 14 ans. Le sex-ratio était de 1. Trois enfants étaient issus d'un mariage consanguin. Un antécédent de méningite bactérienne a été retrouvé dans 2 cas. Un cas d'hypoglycémies récurrentes a été noté. L'IRM cérébrale était pathologique dans trois cas montrant : un microadénomehypophysaire(N=2) et une interruption de la tige pituitaire (N=1). La TDM cérébrale a par ailleurs mis en évidence 1 cas de craniosténose et 1 cas d'hydrocéphalie quadriventriculaire. L'exploration des autres axes endocriniens a révélé la présence d'un hypopituitarisme dans 1 cas. Le diagnostic a été confirmé par un taux d'IGF1 inférieur à -1 DS et deux tests de stimulation pathologique dans 7 cas. Trois enfants ont eu une seule épreuve de stimulation devant une IRM hypothalamo-hypophysaire pathologique. Tous les enfants ont été mis sous traitement substitutif. Aucun effet indésirable n'a été noté. Une réponse thérapeutique satisfaisante a été notée dans tous les cas avec un gain statural moyen de 15 ± 5 cm. Par ailleurs une amélioration de la qualité de vie et du rendement scolaire ont également été notés dans tous les cas.

Conclusion:

Le GHD est une étiologie rare de retard staturo-pondéral.Une surveillance régulière de la croissance staturo-pondérale de tous les enfants est nécessaire afin de faire un diagnostic précoce et améliorer le pronostic statural.

P333 - Cataracte congénitale : profil épidémiologique et résultats thérapeutiques

M. Ferjani (1), E. Elmannai (1), T. Gargah (1).

Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).

Introduction:

La cataracte congénitale est une opacification du cristallin uni ou bilatéral survenant in utero ou dans les premiers mois de vie, constituant une urgence ophtalmologique en raison du risque d'amblyopie. Son étiologie est hétérogène, impliquant des causes génétiques, métaboliques, infectieuses ou syndromiques.

Objectifs:

Décrire à travers une série de cas les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la cataracte congénitale.

Matériel et méthodes:

Etude prospective descriptive menée à l'institut d'ophtalmologie de Tunis du 1 janvier 2023 au 31 décembre 2023 colligeant les nourrissons chez qui une cataracte congénitale a été diagnostiquée.

Résultats:

Nous avons recensé 11 nourrissons avec un sexe ratio (M/F) de0.83. L'âge moyen de découverte était de 11.23 ± 5.68 mois (5 mois à 24mois). L'atteinte était bilatérale chez 10 nourrissons (90.9%) et unilatérale chez un seul nourrisson. La circonstance de découverte était la leucocorie chez tous les nourrissons. La forme clinique la plus fréquente était la cataracte totale (47.62 %). La majorité des cataractes étaient idiopathiques (54.5%). Une origine héréditaire était présente chez 4 nourrissons (36.36%).Uneembryofoetopathie type rubéole congénitale a été rapportée chez un seul nourrisson. La notion de consanguinité était retrouvée chez 3 nourrissons (27.27%). La notion d'antécédent familial a été rapporté chez un seul nourrisson. Tous les nourrissons ont été opérés et ont bénéficié

d'une ablation de cristallin avec correction par implantation primaire avec suites opératoires simples.

Conclusion:

Bien que la cataracte congénitale soit rare, un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate sont cruciaux pour optimiser les chances de récupération visuelle.

P334 - Estimation du cout de la prise en charge des accidents domestiques chez l'enfant

J. Elhem (1), H. Jouini (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), R. Farhat (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), S. Rhayem (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

Les accidents domestiques AD représentent un problème majeur de santé publique dans le monde entier. Ils sont responsables d'une lourde morbidité et mortalité chez la population pédiatrique. En Tunisie, très peu de publications se sont intéressées à l'ampleur de ce phénomène. Ainsi, la prévalence, la morbi-mortalité et les dépenses de soins liées aux accidents domestiques de l'enfant restent méconnues.

Objectifs:

Estimer le coût de la prise en charge des accidents domestiques chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective, monocentrique, menée au service de médecine infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis sur une période de deux ans. Ont été inclus les patients âgés de moins de 18 ans et Admispar le biais des urgences pour un AD. Une estimation du cout direct de la prise en charge des AD a été faite par le calcul de la somme des frais des soins dispensés à tous les patients inclus dans cette étude. Les calculs ont été faits à la base de payement plein tarifs en dehors de toute couverture sociale ou d'assurance maladie. Nous avons inclus dans cette estimation les charges constantes et les charges spécifiques.

Résultats:

555 patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 54 mois ±42 [1 mois – 14 ans]. Le sex-ratio était de 1,06. Les principaux accidents domestiques retrouvés étaient les intoxications 87,3 % notamment intoxications au CO (33%), les intoxications médicamenteuses (24%) et l'ingestion de caustique (17,7%) suivis par les accidents dus aux CE (10,3%). Les accidents les moins fréquents étaient l'envenimation (0.7%), l'électrisation (0.7%) et la strangulation (0.2%). La durée moyenne de séjour à l'hôpital était de 1,63 jours ± 1,66 [1-17 jours]. Un transfert en réanimation était indiqué dans quatre cas (0,7%) avec une moyenne de séjour de 3 jours ± 1,4 [2 - 4 jours]. Le cout total des AD colligés dans ce travail s'élève à 578425,036 TND soit une moyenne de 1042 TND de dépenses évitables par enfant admis pour un AD (Les médicaments: 8817,339 TND, Oxygénotérapie: 4966,3 TND, consommables spécifiques: 811,325 TND, séjour en réanimation: 29150 TND, les charges spécifiques: 68761,264 TND).

Conclusion:

Le fardeau des accidents domestiques chez les enfants est considérable dans le monde entier, infligeant de grandes pertes économiques à la société notamment pour les pays à faibles revenues.

P335 - Leucocorie chez le nourrisson : aspects épidémiologiques et étiopathogéniques

E. Elmannai (1), M. Ferjani (1), S. El Guerchi (1), T. Gargah (1), M. Mekni (2).

Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie (1).Service d'ophtalmologie A,Institut national d'ophtalmologie HédiErraies (2).

Introduction:

La leucocorie, ou « reflet pupillaire blanchâtre », constitue un signe clinique d'alerte pouvant révéler une pathologie oculaire sous-jacente chez l'enfant. Souvent rapportée par les parents ou détectée lors d'un examen systématique, elle peut être associée à des affections potentiellement graves, compromettant le pronostic visuel et, dans certains cas, vital.

Objectifs:
Déterminer les principales étiologies de la leucocorie chez l'enfant à travers une série pédiatrique.
Matériel et méthodes:
Étude prospective descriptive menée à l'Institut d'Ophtalmologie de Tunis sur six mois, du 1er janvier au 31 décembre 2023, incluant les nourrissons consultant pour une leucocorie.
Résultats:
Parmi les 19 nourrissons colligés, la cataracte congénitale était l'étiologie prédominante (11 cas, 57 %), suivie de l'hyperplasie du vitré primitif (4 cas, 21 %) et de la rétinopathie des prématurés (2 cas, 10,5 %). Des causes plus rares ont été identifiées, dont un syndrome de Peters (1 cas, 5,3 %) et un rétinoblastome (1 cas, 5,3 %), ce dernier représentant l'étiologie la plus sévère.
Conclusion:
La leucocorie chez le nourrisson impose un diagnostic précoce pour prévenir des complications visuelles et vitales. La cataracte congénitale en est la cause la plus fréquente, mais des pathologies rares et graves, comme le rétinoblastome, doivent être systématiquement évoquées. Le dépistage précoce et la sensibilisation des cliniciens sont essentiels pour optimiser le pronostic.

P336 - syndrome de hemiconvulsion-hémiplégie-épilepsie : manifestation clinique, radiologique, prise en charge et suivi .

Z. Trabelsi (1), M. Assidi (1), S. Zeddini (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), S. Yahiaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Boukthir (1).
pediatrie C hopital d'enfant Bechir Hamza de Tunis (1).
Introduction:
Le syndrome HHE est une entité rare se manifestant principalement chez les nourrissons et jeunes enfants. Il se caractérise par un épisode d'hémiconvulsion prolongée déclenché en contexte fébrile, suivi d'une hémiplégie persistante et de l'évolution vers une épilepsie récurrente. Une reconnaissance précoce de ce syndrome est cruciale afin d'optimiser la prise en charge et de limiter les séquelles neurologiques
Objectifs:
Décrire la présentation clinique, les résultats radiologiques et la prise en charge thérapeutique d'un nourrisson atteint du syndrome HHE afin de mettre en évidence l'importance d'une intervention rapide et d'un suivi multidisciplinaire pour limiter les séquelles neurologiques à long terme.
Matériel et méthodes:
nous rapportons le cas d'un nourisson , au service de pédiatrie 2éme étage hopital d'enfant de Tunis en 2021
Résultats:
nourisson ,agé de 6 mois, de sexe féminien ,sans antécédents pathologiques particuliers . admise pour crise convulsive hémicorporelle droite dans un contexte de fiévre durant 20 minutes . cliniquement , l'examen était sans particularités . sur le plan biologique , pas de syndrome inflammatoire biologique .à l'EEG : tracé artéfacté dépourvu d'anomalies paroxystiques . IRM cérébrale faite montrant une hémiatrophie cérébrale globale gauche évocateur de syndrome d'hémiconvulsionhémiplégie .la patiente a été mise sous dépakine. l'évolution a été marqué par la récidive de crise après 8 mois suite à une mauvaise observance thérapeutique . Actuellement ,elle est suivi régulierement aux consultations , pas de récidive de convulsion avec un bon développement psychomoteur .
Conclusion:
Le syndrome d'HHE est devenu rare en pratique médicale du fait du traitement préventif des convulsions fébriles, c'est pourquoi il y'a peu de données à son sujet et la littérature reste très pauvre. L'épilepsie est généralement de bon pronostic et le vrai traitement est prophylactique.

P337 - SYNDROME DE ROGERS : Diabète thiamine-sensible

R. Saidene (1), S. Khattrouch (1), M. Zribi (1), A. Ben Chehida (1), H. Boudabous (1), S. Abdelmoula (1).
Service de pédiatrie hôpital La Rabta (1).

Introduction:
Le syndrome de Rogers, est une maladie génétique autosomique récessive due à une mutation du gène SLC19A2 codant pour un transporteur de la vitamine B1. Elle associe une triade classique : anémie mégaloblastique, diabète insulino-dépendant et surdité. Le diabète thiamine-sensible constitue un aspect fondamental de cette pathologie, influençant directement la prise en charge et le pronostic des patients.

Objectifs:
Décrire les particularités cliniques et évolutives et l'intérêt du diagnostic précoce du syndrome de Rogers et mettre en évidence le rôle de la thiamine dans la prise en charge thérapeutique de cette forme rare du diabète.

Matériel et méthodes:
Etude descriptive à propos d'un cas de syndrome de Rogers

Résultats:
Il s'agit d'un nourrisson de 7 mois, issu d'un mariage non consanguin, ayant des antécédents familiaux de diabète insulino-dépendant avec surdité. Il a consulté pour des vomissements associés à une asthénie. L'examen a objectivé une une pâleur cutanéomuqueuse sans viscéromégalie. Les explorations biologiques ont mis en évidence une anémie profonde normochrome normocytaire arégénérative et une thrombopénie récurrente, nécessitant plusieurs transfusions sanguines. Le myélogramme a révélé une dysérythropoèse avec rares précurseurs myéloïdes et la présence de sidéroblastes en couronne. Les dosages vitaminiques étaient normaux. L'évolution a été marquée par des épisodes récurrents de cytopénies, ainsi que la survenue d'un diabète insulino-dépendant nécessitant l'introduction de l'insuline. Une surdité de perception a été confirmée suite à un retard d'acquisition du langage. Devant l'association anémie, diabète insulino-dépendant et surdité, le diagnostic de syndrome de Rogers a été retenu. Un traitement par thiamine à la dose initiale de 100 mg/j a été instauré, avec amélioration rapide des anomalies hématologiques et métaboliques, une diminution des besoins transfusionnels et une stabilisation progressive des lignées sanguines. Surtout, un effet marqué a été observé sur le diabète : la régulation glycémique s'est nettement améliorée, permettant une réduction progressive des doses d'insuline. A l'âge de 15 mois, elle a présenté une hémiparésie droite révélant un accident vasculocérébral ischémique sylvien gauche en rapport avec des troubles du rythme à type de fibrillation auriculaire. On retrouvait à l'interrogatoire l'interruption de la supplémentation par thiamine. On a noté par ailleurs une réaggravation de l'anémie et un déséquilibre du diabète. La thiamine a été reprise avec augmentation progressive de la posologie jusqu'à 500mg/j. La vitamine B1 a permis la correction des atteintes hématologique et endocrinienne, mais sans effet sur l'atteinte neurosensorielle.

Conclusion:
Le syndrome de Rogers est une pathologie rare mais dont le diagnostic et la prise en charge précoces peuvent significativement améliorer la qualité de vie des patients. La thiamine joue un rôle central non seulement dans la correction des anomalies hématologiques, mais aussi dans la gestion du diabète thiamine-sensible, sans pour autant réduire le déficit auditif ni éviter les complications neurologiques d'où l'intérêt du conseil génétique et de développer la thérapie génique.

Pédopsychiatrie

P338 - Profil épidémiologique des tentatives de suicide chez l'enfant : Expérience du service de pédiatrie Sahloul

S. Baccouch (1), M. Hamrouni (1), S. Nouir (1), S. Mabrouk (1), S. Hannechi (1), H. Mokni (1), H. Ajmi (1), JE. Chemli (1).
pédiatrieSahloul (1).

Introduction:

En Tunisie, la prévalence réelle des tentatives de suicide (TS) reste inconnue vue l'absence de surveillance nationale systématique sur le sujet . Chez l'enfant et le jeune adolescent , les TS sont peu fréquentes, mais elles reste probablement sous-estimé. Leurs nombre augmente avec l'âge, particulièrement à partir de la préadolescence . Le but de notre étude est d'examiner le profil épidémiologique des tentatives de suicide en milieu pédiatrique

Objectifs:

Il s'agit d'une étude descriptive transversale , incluant les enfants , hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'Hôpital SAHLOUL (Sousse) pour tentative de suicide entre janvier 2015 et février 2025.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive transversale rétrospective , incluant les enfants , hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'Hôpital SAHLOUL (Sousse) pour tentative de suicide entre janvier 2015 et février 2025.

Résultats:

Durant la période d'étude, 30 cas de tentatives de suicide ont été observés . Le sex-ratio (G/F) était de 1 : 5 . la moyenne d'âge était de 13 ans avec des extrêmes de 10 à 14 ans . Dans 40 % des cas , les TS se déroulaient au printemps (mars, avril, mai) . Les antécédents familiaux psychiatriques ont été retrouvés dans 2 cas. Des antécédents personnels de pathologies organiques chroniques ont été notés dans 4 cas . Il s'agissait d'épilepsie (2 cas), d'asthme (1 cas) et d'hypothyroïdie (1 cas) . 3 patients avaient des antécédents psychiatriques connus . Des antécédents d'automutilations ont été retrouvés dans 1 cas. un contexte de séparation ou de divorce des parents était retrouvé chez 11 patients (20 %) . La relation avec les pairs était jugée comme conflictuelle dans 14 cas (46.7%) . . Un contexte de maltraitance a été signalé dans 3 cas (10 %). Concernant le niveau socioéconomique, il était jugé comme moyen dans 17 cas (56%).Sur le plan scolaire, on note que tous les suicidants étaient scolarisés .Un échec ou un fléchissement scolaire a concerné 22 cas (73.3%) . Dans 5 cas (16.5%) il s'agissait de récidive. L'ingestion médicamenteuse était le moyen le plus fréquent dans 27 cas (90 %), l'intoxication était poly médicamenteuse dans 3 cas . La TS était grave avec hospitalisation en milieu de réanimation dans 4 cas, l'évolution était favorable dans 28 cas, 1 patient a gardé des séquelles neurologiques ; tous nos patients avait bénéficié d'un suivi en pédopsychiatrie avec une hospitalisation chez 3 patients e pédopsychiatrie

Conclusion:

Le passage à l'acte suicidaire est une forme fréquente de l'expression de la souffrance chez l'enfant et l'adolescent. une sensibilisation des professionnels qui travaillent auprès des enfants et des adolescents devrait être développée afin de prévenir les comportements suicidaires.

P339 - Les aspects psychologiques du suivi en pédiatrie générale : L'intervention de la psychologue dans le service

R. Zairi (1), R. Farhat (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), E. Jebabli (1), S. Rhayem (1), F. Ben Mansour (1), F. Fedhila (1), S. Haddad (1), M. Khemiri (1).

Service de Médecine Infantile A, Hôpital d'enfants Tunis (1).

Introduction:

La souffrance psychique se manifeste de manière très variable d'une personne à l'autre, tant dans ses formes que dans son degré de visibilité, et cela est d'autant plus vrai chez l'enfant. L'un des défis pour les psychologues est de pouvoir repérer ces signes de mal-être, d'évaluer les risques sur le développement de l'enfant, le retentissement sur sa pathologie de fond et de proposer un soutien adapté.

Objectifs:

Décrire le profil épidémiologique et clinique des enfants suivis pour une souffrance psychologique à travers l'activité de la psychologue au sein d'un service de pédiatrie générale.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective, sur une période de 9 mois, menée au service de médecine infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis incluant tous les patients suivis dans le service ayant nécessité une consultation avec la psychologue. Les données ont été recueillies à partir des fiches de suivi de la psychologue du service.

Résultats:

Nous avons colligé trente-quatre enfants ayant bénéficié d'un entretien et d'un suivi par la psychologue du service de pédiatrie A de l'hôpital d'enfant de Tunis. Le sex-ratio était de 0.41 avec une prédominance féminine. L'âge moyen au moment du premier entretien était à 11,96 ans [9 – 15 ans]. L'anamnèse a révélé une histoire familiale de psychose chez deux enfants. Vingt-cinq enfants étaient suivis pour une maladie chronique. Le diabète de type 1 était la pathologie la plus fréquente (n=23). Les troubles psychiques de ces derniers étaient objectivés à l'occasion des entretiens réguliers dans le cadre du suivi de leurs maladies. Dans les autres cas, les signes révélateurs de la souffrance psychique étaient : une perte de connaissance (n=5), un trouble de la marche (n=2), des troubles du comportement (n=1) et une tentative de suicide (n=1). Un contexte de maltraitance a été signalé dans 24 % des patients et un fléchissement scolaire a été trouvé dans 59% des cas. Un trouble d'adaptation avec anxiété était le trouble le plus fréquent trouvé dans 47% des cas suivi par la dépression dans 45% des cas. 59% des patients avaient nécessité un suivi régulier par la psychologue alors que 17 % avaient nécessité un complément de prise en charge en pédopsychiatrie. Les autres étaient soit perdu de vue ou n'avaient nécessité qu'un seul entretien de guidance parentale.

Conclusion:

La souffrance psychique est relativement courante chez les enfants, notamment ceux souffrant de pathologies chroniques. Il serait essentiel d'instaurer un dépistage systématique de cette souffrance dans le cadre du bilan d'impact de la maladie. Tout symptôme récurrent ou tableau clinique atypique devrait susciter une suspicion d'origine psychiatrique. La présence continue d'une psychologue au sein d'un service de pédiatrie est donc cruciale.

Pneumologie

P340 - Facteurs de mauvais pronostic d'une bronchiolite aiguë chez les trisomiques 21

S. Hamouda (1), B. Jerbi (1), D. Drissi (1), S. Kbaier (1), I. Bel Hadj (1), K. Boussetta (1).

Service de Médecine Infantile B, Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

Introduction:

La bronchiolite aiguë (BA), infection virale très fréquente, est sévère chez les nourrissons trisomiques 21 en raison de leurs comorbidités. Identifier les facteurs de mortalité est crucial pour améliorer leur prise en charge.

Objectifs:

Déterminer, au cours d'une bronchiolite aiguë (BA), les facteurs associés à une oxygéno-dépendance ≥7 jours et/ou au décès chez les trisomiques 21.

Matériel et méthodes:

Étude descriptive rétrospective incluant les trisomiques 21 de moins de 12 mois, hospitalisés pour BA au service de médecine infantile B de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis, sur une période de 13 ans (du 01/01/2012 jusqu'au 31/12/2024).

Résultats:

Nous avons colligé 50 patients, d'âge médian égal à 5 mois. Ils présentaient des antécédents de cardiopathie congénitale (n=36), hypothyroïdie (n=12), prématurité (n=10) et autres malformations (n=3). Ils avaient une fièvre (n=22), hypotrophie (n=33), obstruction nasale (n=39), toux (n=24), dyspnée expiratoire (n=46), et difficultés aux tétées (n=34). Le recours à l'oxygénothérapie était indiqué dans 39 cas (78%) dont 22 cas (44%) de lunettes nasales à haut débit et 7 cas (14%) de ventilation mécanique. Une antibiothérapie était indiquée chez 28 nourrissons (56%) avec une durée moyenne de 7,22±3,21 jours (1-14 jours). La durée médiane totale du séjour hospitalier était égale à

10 jours (2-177 jours). Une oxygéno-dépendance ≥7 jours était observée dans 23 cas (46%). Elle était associée à une fréquence respiratoire plus élevée à l'admission (p=0,036), une cyanose (p=0,041) et à la présence d'une cardiopathie congénitale (p=0,006). Dix-huit patients (36%) étaient décédés à un âge médian de quatre mois. Les causes du décès étaient en rapport avec la sévérité de la BA (n=8), une infection liée aux soins (n=5), une décompensation d'une cardiopathie (n=3), et une poussée d'HTAP (n=2). La mortalité était associée à la prématurité (p=0,012), la présence de cardiopathie congénitale (p=0,02), et à une hypoxémie plus marquée à l'admission (p=0,026).

Conclusion:

Une mortalité élevée était observée chez nos patients atteints de trisomie 21 et BA (environ un patient sur 3). Une prise en charge précoce et adaptée de toute BA est essentielle dans cette population, en particulier en présence d'une cardiopathie congénitale associée.

P341 - Aspects cliniques de l'épidémie de pneumopathie à mycoplasme chez l'enfant en 2024

Y. Achich (1), M. Abdelberi (1), H. Ben Belgacem (1), N. Jaballah (1), S. Tilouch (2), L. Boughamoura (1).

Servie de pédiatrie Farhat Hached Sousse (1).Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse (2).

Introduction:

La pneumopathie à Mycoplasma pneumoniae est une infection respiratoire courante chez les enfants, souvent responsable de pneumonies communautaires. Elle touche principalement les enfants et les adolescents, provoquant des symptômes variés allant d'une toux légère à des pneumopathies hypoxémiantes.

Objectifs:

Précisez les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la pneumopathie infectieuse à mycoplasme chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude prospective descriptive des observations des enfants hospitalisés pour une pneumopathie à mycoplasme dans le Service de pédiatrie de Farhat Hached sur une période de 12 mois (janvier 2024 à décembre 2024).

Résultats:

Nous avons colligés 22 cas. On note la présence d'une légère prédominance masculine (55.5% VS 44.5%). L'âge médian des patients était de 8 ans. Un contage viral était présent dans 50% des cas. Les circonstances de découverte de la pneumopathie à mycoplasme étaient principalement des signes respiratoires dans la majorité des cas, une fièvre dans 50% des cas et des signes digestifs dans 38.8% des cas. L'examen physique était pathologique dans la totalité des cas montrant une détresse respiratoire d'intensité variable avec une polypnée (77.7%), des signes de luttes respiratoires (55.5%), une hypoxémie dans 44.4% des cas. L'exploration biologique a objectivée un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP élevée chez 72.2% des cas et une hyperleucocytose à prédominance à PNN chez 33.3% des cas. La sérologie mycoplasme était pratiquée chez la totalité de nos enfants revenants toutes en faveur d'une primo-infection à mycoplasme. Tous les enfants ont étés hospitalisés dans un service de pédiatrie générale avec une durée moyenne d'hospitalisation de 5 jours. Une oxygénothérapie était nécessaire chez 66.6% des cas. Une antibiothérapie était nécessaire chez la totalité des cas à la base de macrolide chez 94.4% des cas, d'une amoxicilline chez 22.2% des cas et de ciprofloxacine chez un seul patient. L'évolution était favorable dans la totalité des cas.

Conclusion:

La pneumonie à Mycoplasma pneumoniae chez l'enfant s'est présentée majoritairement sous forme d'une pneumopathie hypoxémiante mais parfois aussi des tableaux trompeurs. Elle présente actuellement un défi thérapeutique en raison de de l'évolution des résistances aux traitements, en particulier aux macrolides.

P342 - La dilatation des bronches chez l'enfant : expérience du service de pédiatrie B

Y. Achich (1), S. Trichili (1), I. Moalla (1), M. Hsairi (1), B. Maalej (1), A. Mahfoudh (1), M. Wali (1), L. Gargouri (1).

La dilatation des bronches chez l'enfant : expérience du service de pédiatrie B (1).

Introduction:

La dilatation des bronches, également connue sous le nom de bronchectasie, est une pathologie pulmonaire fréquente dans les pays en développement, souvent sous-diagnostiquée et mal explorée chez l'enfant. Elle est caractérisée par une augmentation permanente et irréversible du diamètre de certaines zones des bronches, généralement situées entre la quatrième et la huitième division bronchique. Cette condition entraîne une altération fonctionnelle des bronches et est une source importante de morbidité et de mortalité.

Objectifs:

Etudier les différents aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la dilatation des bronches chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective des cas hospitalisés pour une DDB au service de pédiatrie B, sur une période de 14 ans (2010-2024).

Résultats:

Nous avons colligés 16 cas de DDB chez l'enfant. Une légère prédominance masculine a été observée (56%). L'âge moyen du diagnostic était 6 ans et demi. Les signes fonctionnels étaient dominés par la dyspnée (81%), la fièvre (68%), la toux grasse (56%) et l'hémoptysie (12,5%). La radiographie thoracique était anormale dans 15 cas. Tous les patients ont bénéficié d'une TDM thoracique. La DDB était diffuse dans 9 cas et localisée dans 7 cas. Les principales étiologies de DDB étaient des infections pulmonaires, un déficit immunitaire, une mucoviscidose et une dyskinésie ciliaire. L'étiologie reste inconnue dans 25% des cas. Tous nos patients ont reçu un traitement médical. La chirurgie a été indiquée chez un patient. L'évolution était favorable chez 75% des cas. Deux enfants ont été décédés et 2 enfants étaient perdus de vue.

Conclusion:

La bronchectasie constitue une cause significative de morbidité et de mortalité en pédiatrie, soulignant l'importance d'un diagnostic et d'une gestion précoces pour améliorer le pronostic.

P343 - Particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la bronchiolite chez le nouveau né : Etude rétrospective de 70 cas

M. Ezzine (1), R. Thabti (1), A. Marzouk (1), F. Farida (1).

Service de Pédiatrie et de néonatologie – Hôpital régional de Ben Arous, Tunisie (1).

Introduction:

La bronchiolite est une infection virale saisonnière des voies respiratoires basses du nourrisson. Son agent causal principal est le virus respiratoire syncytial. Cette pathologie est potentiellement grave chez le jeune nourrisson et plus particulièrement chez le nouveau-né.

Objectifs:

Décrire les aspects épidémiologiques et cliniques et déterminer les particularités de la prise en charge de la bronchiolite chez le nouveau-né.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective incluant les nouveau-nés hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital régional de ben Arous pour prise en charge d'une bronchiolite sur une période de 12 mois (du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023).

Résultats:

70 cas ont été colligés avec un sex ratio à 1.33. L'âge moyen était de 16 jours (7-28jours). La notion d'atopie familiale était retrouvée chez 30% des cas et le tabagisme passif chez 61.43%. Parmi les

antécédents on note : la prématurité chez 5 cas, le RCIU chez 4 cas, l'hospitalisation pour DRNN chez 7 cas et un cas de trisomie 21. Le contage viral dans l'entourage était présent chez la majorité des cas. Les signes cliniques à l'admission étaient dominés par l'obstruction nasale. La saturation moyenne en oxygène était à 85.5% à l'air ambiant. La fièvre n'a été notée que dans 6 cas. La radiographie du thorax a montré une distension thoracique dans 47.14% des cas, un syndrome alvéolaire chez 32.85% et une atélectasie chez 4 cas. La bronchiolite était sévère chez 17 cas (24.28%) dont 7 ont présenté une forme apnèisante. 5 nouveau-nés ont été transféré en réanimation. La prise en charge thérapeutique a consisté en une désobstruction nasale, l'oxygénothérapie conventionnelle chez 57.14% des cas et par LNHD chez 18.57%, la mise en place d'une PIV de sérum glucosé chez 68.57%. L'antibiothérapie était prescrite dans 13 cas. L'évolution était favorable dans la plupart des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6.8 jours (24 heures-20 jours).

Conclusion:

La bronchiolite du nouveau-né demeure une affection grave indiquant une prise en charge systématique en milieu hospitalier. Le transfert en unité de réanimation est indispensable dans les formes sévères. La gravité de cette pathologie impose des mesures préventives à large échelle.

P344 - Bronchiolite aigue : Point sur l'épidémie 2024-2025

A. Kammoun (1), Y. Achich (1), M. Zribi (1), M. Ammar (1), R. Daoud (1), B. Maalej (1), A. Mahfoudh (1), L. Gargouri (1).

Pédiatrie B CHU Hedi Chaker Sfax (1).

Introduction:

La bronchiolite aigue (BA) est une cause majeure d'hospitalisation chez les nourrissons, avec des épidémies saisonnières qui varient au fil des années au cours de la période automno-hivernale. Elle est une source d'inquiétude pour les jeunes parents.

Objectifs:

Etudier les aspects épidémiologiques et évolutifs de l'épidémie 2024-2025 de la bronchiolite aigue.

Matériel et méthodes:

Etude prospective descriptive des observations des nourrissons hospitalisés pour une bronchiolite aigue dans le Service de pédiatrie B de l'hôpital Hedi Chaker sur une période de 6 mois (1er Septembre 2024 au 1 mars 2025)

Résultats:

Nous avons recensé 140 cas, ce qui représente 13.9% des hospitalisations durant la période d'étude. Un pic d'hospitalisation était noté au mois de Février (37.1% des cas). On note la présence d'une nette prédominance masculine (61.4% VS 38.6%). L'âge médian des patients était de 80 jours avec des âges extrêmes allant de 12 jours à 11 mois. Le contage viral était évident dans 74.6% des cas. La majorité des nourrissons hospitalisés (85.7%) sont nés à terme. Cinquante-huit pour cent des cas ont été amené par leurs parents à la salle d'urgence pédiatrique contre 33.8% des cas transférés à partir des zones périphériques. Le tableau clinique était sévère dans 29.2%, modéré dans 51.1% des cas et léger dans 19.7% des cas. Un transfert au milieu de réanimation était nécessaire dans 16.4% des cas. Un support ventilatoire était nécessaire dans 80% des cas essentiellement sous forme de LNS dans 28.6% des cas et LNHD dans 25.7% des cas. La durée médiane d'hospitalisation était de 6 jours et demi avec des extrêmes allant de 2 jours à 39 jours. L'évolution était favorable dans 99.3% des cas

Conclusion:

Si la bronchiolite est fréquente et le plus souvent bénigne, elle peut, dans certains cas entraîner des complications sévères et conduire à une hospitalisation. On garde toujours des taux élevés d'hospitalisation hivernale d'où l'importance de l'éducation de mesures préventives.

P345 - Vitamine D chez l'enfant asthmatique d'âge scolaire

O. Bahlous (1), H. Barakizou (1).

Service de pédiatrie, hôpital militaire d'instruction de Tunis (1).

Introduction:
L'asthme est la pathologie respiratoire la plus fréquente chez l'enfant d'âge scolaire. La carence en vitamine D représente l'un des facteurs déclenchants de cette maladie.
Objectifs:
Les objectifs de notre étude étaient de mettre en évidence le retentissement de la carence en vitamine D sur le contrôle de l'asthme en termes d'exacerbations, consommation de corticostéroïdes et d'obstruction des voies aériennes chez l'enfant d'âge scolaire.
Matériel et méthodes:
Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et comparative conduite au service de pédiatrie de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis sur une période de un an allant du 1er Juin 2022 au 1er Juin 2023. Notre population était formée par deux groupes (G1: asthmatiques avec carence en vitamine D et G2: asthmatiques non carencés en vitamine D).
Résultats:
Nous avons colligé 45 patients dans chaque groupe. L'âge moyen à l'inclusion était 9,39 ans chez les patients du G1 et 9,77 ans chez les patients du G2. L'atopie familiale était plus fréquente chez le premier groupe. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes quant aux différentes associations thérapeutiques et la dose de corticothérapie inhalée utilisée. Les patients déficitaires en vitamine D sous traitement à base de corticothérapie inhalée associée aux anti-histaminiques ont nécessité plus de changement de traitement avec une moyenne d'âge de dernière modification du traitement plus élevée (p=0,047). Aucun patient du G2 n'avait un asthme non contrôlé alors que l'asthme était non contrôlé chez 8% patients du G1 (p=0,041). Les exacerbations étaient plus fréquentes chez les patients déficitaires en vitamine D (p=0,01). L'exploration fonctionnelle respiratoire a montré que la moyenne du débit expiratoire maximal à 25% de la capacité vitale fonctionnelle était plus élevée chez les patients déficitaires en vitamine D que chez les patients non déficitaires.
Conclusion:
La vitamine D interfère dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant. Le déficit en vitamine D est associé à un contrôle moindre de la maladie, une augmentation du nombre des exacerbations et une altération de la fonction pulmonaire. La recherche de la carence en vitamine D est à proposer chez tout patient asthmatique.

P346- Severe Inhalation Pneumonia Following Vitamin D Aspiration in Newborns: A Case Series

S. Zedini (1), M. Youssef (1), I. FekihRomdhane (1), L. Ferchichi (1), M. Saiden (1), H. Ben Hamouda (1).
service de néonataologiehopitaltahersfarmahdia (1).
Introduction:
Inhalation pneumoniaoccurswhengastric or oropharyngeal contents enter the larynx or lowerairways. Whileits incidence in the neonatal population is not well-documented in the literature, itis a common condition thatrequires prompt recognition, treatment, and prevention.
Objectifs:
Description of clinical and paraclinicalpresenation of pneumoniafollowingaccidentalvitamin D aspiration in neonates.
Matériel et méthodes:
In this report, wepresent six cases of inhalation pneumoniafollowingaccidental aspiration of vitamin D, observed in the neonatologydepartment of TAHER SFAR Mahdia .
Résultats:
The meanage of the newborns at admission was 20 days, with a sex ratio of 5:1 in favor of females. None had a priorpathologicalhistory. Respiratorydistresswas the mostcommonreason for admission, followed by episodes of cyanosis. In all six cases, symptomsappearedimmediatelyafter the administration of vitamin D. The circumstances of vitaminDadministrationwereflawed. In two cases,

the ampoule was not diluted, while in the remaining four, improperpositioningduring administration wasnoted. Clinicalexaminationrevealedtachypneawithpronouncedretractionsigns in all cases, alongwithoxygendesaturation in ambient air in two patients. Cardiopulmonary auscultation was normal in all cases. There was no fever or signs of viral infection. Chest X-rays showedparahilaralveolaropacities in the right lungfield in two cases. Biological investigations wereunremarkable in all cases. A diagnosis of inhalation pneumoniasecondary to vitamin D aspiration wasestablished. All patients weremanagedwith non-invasive ventilation using a high-flow nasal cannula. The clinical course was favorable, withrapidstabilization of respiratorystatus in all cases. The averagelength of hospitalizationwas 4.3 days.

Conclusion:

Vitamin D aspiration remains a frequent occurrence and can lead to severe inhalation pneumonia, posing a life-threateningrisk to newborns. To preventsuch incidents, healthcareprofessionalsworkingwithyoungchildren must emphasizeproper administration techniques. Parental educationshouldbereinforcedthroughvariousmeans, includinginstructionalmaterialssuch as advicecards, to ensuresafe and effective medicationdelivery.

P347 - Hernie rétro-costo-xyphoïdienne: Cause inhabituelle de dyspnée sifflante chez le nourrisson

S. Zedini (1), W. Barbaria (1), M. Boucheda (1), J. Jendoubi (1), I. Chelly (1), I. Khamassi (1).

Service de pédiatrie et de néonatologie- Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

La hernie rétro-costo-xiphoïdienne est une malformation congénitale rare. Le diagnostic de cette malformation est souvent retardé puisqu'elle reste longtemps asymptomatique.

Objectifs:

Rapporter une étiologie rare d'une dyspnée sifflante récurrente.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson ayant une hernie rétro-costo-xiphoïdienne révélée par une dyspnée sifflante récurrente.

Résultats:

Nourrisson de sexe masculin, âgé de 6 mois, consulte les urgences pédiatriques de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte pour troisième épisode de dyspnée sifflante. Il est issu de parents non consanguins, sans antécédents notables. Le suivi de la grossesse et l'accouchement étaient sans anomalies. Il n'a pas d'antécédents périnataux particuliers. Il a présenté deux épisodes de dyspnées sifflantes traités symptomatiquement à l'âge de 3 mois et 5 mois. L'histoire actuelle est faite de toux et difficultés respiratoires depuis 24 heures. A l'examen, il était eutrophique et apyrétique. Il avait un léger tirage sous costal. L'auscultation pulmonaire a révélé des râles sibilants au niveau des bases pulmonaires. L'examen abdominal et neurologique était sans anomalies. La radiographie de thorax a montré une image claire de l'angle cardiophréniquedroit évoquant la présence de clartés digestives intra-thoraciques. Le diagnostic était celui d'une hernie rétro-costo-xiphoïdienne. Le patient a été adressé au service de chirurgie pédiatrique ou il a bénéficié d'une fermeture de l'orifice diaphragmatique avec réintégration des anses intestinales dans l'abdomen. Les suites opératoires étaient simples. Le bilan des malformations associées était négatif. Actuellement, il est âgé de deux ans, il est asymptomatique.

Conclusion:

La hernie rétro-costo-xiphoïdienne est une entité rare, de découverte le plus souvent fortuite. La dyspnée sifflante en est un signe révélateur exceptionnel. La radiographie standard permet un diagnostic de certitude.

P348 - Le stridor : Un symptôme qui peut cacher un diagnostic alarmant

E. Trabelsi (1), M. Bouabene (1), M. Ben Romdhane (1), I. Trabelsi (1), I. Bel Hadj (1), K. Boussetta (1).

Service de Médecine Infantile B - Hôpital d'Enfants Béchir Hamza (1).

Introduction:

Le stridor, bruit respiratoire dû à une obstruction laryngo-trachéale, est un symptôme fréquent chez les nouveau-nés et les jeunes nourrissons. Ses causes sont variées, allant de la laryngomalacie bénigne à des pathologies plus graves nécessitant une prise en charge urgente.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques, étiologiques et évolutives des nourrissons suivis pour stridor.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective ayant concerné tous les nouveau-nés et nourrissons hospitalisés et suivis au service de Médecine Infantile B pour stridor, au cours d'une période de 9 ans (2017-2025).

Résultats:

Nous avons colligé 13 cas, l'âge moyen de découverte du stridor était de 2 mois (1 jour-5 mois). Le sexe ratio était de 1,16. Les motifs d'admission incluaient la dyspnée (N=4), le stridor isolé (N=3) et les accès de cyanose (N=3). Le stridor était principalement inspiratoire (N=8). A l'exclusion des nouveau-nés hospitalisés depuis la naissance, deux patients ont présenté une mauvaise prise pondérale. Une polypnée associée à des signes de lutte était notée dans 7 cas. Un souffle cardiaque a été noté dans 3 cas. L'endoscopie a révélé une laryngomalacie chez 9 patients, dont un cas nécessitant une intervention chirurgicale. Le stridor était le symptôme révélateur d'un reflux gastro-œsophagien séquellaire d'une atrésie de l'œsophage opérée (N=1), d'une laryngite striduleuse (N=1) devant l'association à une rhinopharyngite et l'évolution rapidement favorable de la symptomatologie, et d'une anomalie des arcs aortiques (N=2) devant un souffle cardiaque exploré par une échographie cardiaque et un angioscanner.

Conclusion:

Bien que la laryngomalacie est l'étiologie la plus fréquente du stridor, il faut toujours rechercher les autres causes les plus sérieuses nécessitant une intervention urgente.

P349 - Syndrome de Lyell compliqué par une bronchiolite oblitérante : à propos d'un cas clinique

H. Ben Belgacem (1), M. Ben Mbarek (1), N. Soyah (1), R. Kebaili (1), M. Abdelbari (1), N. Jaballah (1), M. Guedria (1), S. Mdimagh (2), S. Tilouche (2), J. Bouguila (1), A. Tej (1), L. Boughamoura (1).

Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse (1).Service de réanimation pédiatrique CHU Farhat Hached Sousse (2).

Introduction:

Le syndrome de Lyell, ou nécrolyse épidermique toxique, est une urgence dermatologique grave, souvent induite par des médicaments, et caractérisée par des lésions cutanées étendues et des manifestations systémiques. Bien que des atteintes muqueuses et autres complications systémiques soient fréquentes, les atteintes respiratoires, notamment sous forme de bronchiolite oblitérante, restent exceptionnelles

Objectifs:

Rapporter l'évolution d'un enfant de 4 ans hospitalisé pour un syndrome de Lyell, compliqué par une bronchiolite oblitérante, et souligner l'importance d'une surveillance attentive des complications pulmonaires.

Matériel et méthodes:

.

Résultats:

Un enfant de 4 ans, sans antécédents médicaux significatifs, a été admis au service de pédiatrie de l'hôpital Farhat Hached pour un syndrome de Lyell. L'éruption cutanée était étendue, avec des lésions érythémateuses et des zones de décollement épidermique, associées à une atteinte ophtalmologique sous forme de kératite compliquée d'un abcès cornéen. Après une enquête étiologique exhaustive, l'origine du syndrome est restée indéterminée. Au cours de l'hospitalisation,

l'enfant a développé une dyspnée sévère et persistante, accompagnée d'une hypoxémie. Un scanner thoracique a révélé des signes caractéristiques de bronchiolite oblitérante. Le traitement initial a inclus des corticoïdes systémiques et de l'azithromycine à dose anti-inflammatoire, ainsi que des corticoïdes inhalés. L'évolution clinique a montré une amélioration partielle, avec persistance de la dyspnée et une oxygénodépendance nécessitant une prise en charge par lunette nasale à haut débit.

Conclusion:

Ce cas met en évidence la rareté et la gravité des complications pulmonaires du syndrome de Lyell. Des séquelles respiratoires peuvent persister malgré un traitement approprié. Une prise en charge précoce et multidisciplinaire est importante pour limiter les risques de séquelles à long terme.

P350 - L'inhalation de corps étranger: Aspects cliniques et évolutives

J. Elhem (1), R. Zai (1), S. Ben Ahmed (1), R. Amdouni (1), S. Haddad (1), F. Fedhila (1), M. Khemiri (1).

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

Introduction:

L'inhalation de corps étranger représente une urgence respiratoire pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Il s'agit d'une cause importante et évitable de mortalité et de morbidité chez les enfants, en particulier chez ceux de moins de 3 ans.

Objectifs:

Décrire les aspects cliniques et évolutifs des inhalations de corps étrangers

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective menée sur une période de deux ans au service de médecine infantile A de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis, Tunisie.

Résultats:

21 cas d'inhalation de CE ont été recensés. L'âge moyen était de 20,4 mois. Le sex-ratio était de 1,1. Le délai de consultation était de 45 heures. Un syndrome de pénétration était évident dans 17 cas. Des accès de toux étaient rapportés dans 19 cas qui étaient cyanogènes dans 9 cas. Le CE était radio-opaque dans trois cas. L'endoscopie des voies respiratoires a été réalisée pour 14 patients. Il s'agissait d'une fibroscopie souple dans 5 cas et d'une bronchoscopie rigide dans 9 cas. Le délai moyen de la réalisation de l'endoscopie était de 2,7 jours. L'extraction endoscopique était possible pour 8 patients et l'endoscopie était blanche pour 6 patients. Le CE était localisé au niveau de la bronche souche gauche (n=4), la bronche souche droite (n=2) et le tronc intermédiaire (n=1). L'évolution était favorable pour la quasi totalité des poatients sauf un ayant présenté un état de choc nécessitant le séjour en réanimation.

Conclusion:

L'inhalation des corps étranger est assez fréquente surtout chez le nourrisson et le petit enfant. c'est un accident domestique qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

P351 - Les exacerbations d'asthme chez l'enfant

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), R. Mhiri (1), H. Ouarda (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

Introduction:

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant dont l'incidence est en augmentation progressive. Plusieurs facteurs induisent des exacerbations de cette maladie et constituent une urgence médicale fréquente, nécessitant une prise en charge urgente.

Objectifs:

Décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif de l'exacerbation d'asthme chez les enfants.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective descriptive colligeant tous enfants asthmatiques hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim la Marsa pour exacerbation durant l'année 2024.

Résultats:

Nous avons colligé 51 enfants avec un sex-ratio de 1,55 et un âge médian de 50 mois (10mois-11ans et 6mois). Tous les enfants étaient connus asmathiques depuis une durée moyenne de 28,6 mois. Une atopie familiale a été objectivée dans 69% et une atopie personnelle à type de rhinite allergique chez 24% des enfants. Le premier épisode de dyspnée sifflante est survenu au cours de la première année de vie dans 49% des cas. Les exacerbations sont survenues principalement durant l'automne (35%), l'hiver (24%) et le printemps (22%). L'exacerbation était modérée dans 71 % des cas, sévère avec recours à la perfusion intraveineuse de sulfate de magnésium dans 18 % des cas et légère dans 12 %. L'évolution était favorable sans aucune hospitalisation en milieu de réanimation ni de complications à type de barotraumatismes avec un séjour hospitalier moyen de 3,3 jours. Nous avons noté la notion de tabagisme passif (N=28), la présence d'humidité dans l'habitat (N=19) et l'exposition à des allergènes dans l'entourage (N=13). Une mauvaise observance thérapeutique était notée chez 80% des enfants avec une mauvaise application du plan d'action dans 82% des cas. Par ailleurs, une erreur technique d'administration du traitement inhalé a été objectivée chez 17 patients (33%). Les infections respiratoires virales ou bactriennes étaient incriminées dans 70% des exacerbations.

Conclusion:

La prévalence des hospitalisations pour exacerbation d'asthme ne cesse d'augmenter ces dernières années. La plupart de ces hospitalisations pourraient être évitées grâce à un meilleur contrôle de l'asthme, une bonne éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de son entourage et une bonne application du plan d'action de l'asthme.

P352 - Quand une simple bronchiolite révèle l'impensable : Découverte fortuite d'une agénésie pulmonaire

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

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

Introduction:

L'agénésie pulmonaire est une anomalie congénitale rare, définie par l'absence complète du parenchyme pulmonaire, de la bronche souche et de la vascularisation pulmonaire. Bien que les facteurs de risque semblent associés, l'étiologie de cette malformation demeure largement inconnue. La prévalence mondiale de l'agénésie pulmonaire est estimée à 34 cas par million d'habitants. Elle peut se manifester isolément ou être accompagnée d'autres malformations. La forme bilatérale de l'agénésie pulmonaire est souvent incompatible avec la vie.

Objectifs:

Rapporter un cas rare d'agénésie pulmonaire unilatérale diagnostiquée chez un nourrisson hospitalisé pour une bronchiolite.

Matériel et méthodes:

Etude observationnelle basée sur l'analyse d'une observation d'agénésie pulmonaire gauche. Les données ont été collectées à partir du dossier médical du patient, incluant l'anamnèse, l'examen clinique, les examens complémentaires et l'évolution.

Résultats:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson âgé de 2 mois, issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents familiaux notables. La grossesse s'est déroulée normalement sans incidents, avec une échographie morphologique sans anomalies. L'enfant est né à terme, eutrophique et avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Le nourrisson a été hospitalisé à l'âge de 2 mois pour une dyspnée sifflante. L'examen clinique à l'admission a révélé un nourrisson fébrile, avec une fréquence respiratoire de 70 cycles par minute, un tirage sous costal et une saturation en oxygène de 99 % à l'air ambiant. L'auscultation pulmonaire a montré des sibilants bilatéraux, avec une diminution des

murmures vésiculaires du côté gauche. Une radiographie thoracique a été réalisée, montrant un hémithorax gauche opaque, tandis que le poumon droit était emphysémateux et distendu, exerçant un effet de masse sur le médiastin. Le bilan biologique n'a pas révélé de syndrome inflammatoire, avec une CRP à 5 mg/L. Un angioscanner thoracique a été effectué, montrant une distension importante du poumon droit, occupant les deux hémichamps pulmonaires et un médiastin complètement déplacé vers la gauche. L'examen a révélé l'absence de visualisation du poumon gauche, de la bronche souche gauche, de la veine et de l'artère pulmonaire gauche, sans anomalies du poumon droit ni des gros vaisseaux. Le diagnostic d'agénésie pulmonaire gauche a été retenu. L'évolution de la bronchiolite sous traitement par lunette nasale simple et fractionnement du régime alimentaire. Une échographie cardiaque, réalisée dans le cadre du bilan malformatif, n'a révélé aucune anomalie en dehors d'une agénésie de l'artère pulmonaire gauche. L'échographie transfontanellaire et abdominale n'ont révélé aucune anomalie. Un caryotype a également été effectué et n'a montré aucune anomalie génétique.

Conclusion:

L'agénésie pulmonaire est une malformation congénitale rare, dont le diagnostic peut être fortuit et tardif. La découverte de cette anomalie a été faite à l'occasion d'un épisode de bronchiolite, soulignant l'importance d'une analyse rigoureuse de la radiographie thoracique devant toute image anormale. Une détection précoce permet une meilleure prise en charge et un suivi adapté afin d'anticiper d'éventuelles complications respiratoires.

P353 - la prise en charge des exacerbations d'asthme: A propos 32 cas

R. Thabti (1), G. Tekari (2), L. Jallouli (2), F. Friha (2), A. Kefi (2), Z. Najjar (2), F. Krifi (2), A. Marzouk (2).

service de pédiatrie hopital régional Ben Arous (1).service pédiatrie hopital régional Ben Arous (2).

Introduction:

L'asthme est la pathologie chronique la plus courante en pédiatrie. Elle constitue un défi important pour la santé publique en raison de sa forte prévalence , le grand nombre de consultations aux urgence et d'hospitalisations qu'elle génère. Une prise en charge rapide et adéquate est donc essentielle pour améliorer le pronostic à court et long terme.

Objectifs:

décrire les caractéristiques épidémiologiques de l'asthme. évaluer la prise en charge thérapeutiques aux urgences et en intrahospitalier afin de l'améliorer .

Matériel et méthodes:

il s'agit d'une étude descriptive rétrospective au service de pédiatrie et néonatalogie de Ben Arous de janvier à décembre 2024 incluant les enfants hospitalisés pour exacerbations d'asthme.

Résultats:

On a recensé 32 cas. La moyenne d'âge était à 46 mois avec des extrêmes entre 18 mois et 5 ans. Le sexe ratio H/F était à 1.7 Les exacerbations d'asthme étaient inaugurales d'asthme dans 53,3% des cas . Le taux d'exacerbations sévères était à 27.3% avec 6.7% de transferts en Réanimation et 10% d' exacerbations légères sur terrain pathologique (prématurité, cardiopathie). Les symptômes révélateurs étaient principalement la dyspnée sifflante (90%) et la toux associée (36%). Les infections (33,3%) et la mauvaise observance de traitement (40%) étaient les facteurs déclenchants les plus fréquents . La conduite thérapeutique a été débutée à domicile dans 35% des enfants connus asthmatiques . L'association précoce aux urgences de bromure d'ipratropium à la Terbutaline en nébulisation et les corticoïdes systémiques pour tous les cas sévères a permi leur amélioration rapide, et le recours au sulfate de magnésuium a été noté dans 36% des cas sévères. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3.4 jours avec des extrêmes allant de 1 jour (transfert en réanimation) à 7 jours (SILS). Seulement 6,7% des patients hospitalisés (2 cas) ont nécessité un séjour en réanimation avec bonne évolution.93.3% des parents ont eu une séance d'éducation avant la sortie.

Conclusion:

l'exacerbation d'asthme est l' un des motifs les plus fréquents de consultation aux urgences pédiatriques. l'évolution immédiate est conditionnée par une bonne prise en charge initial . L'éducation des parents est crucial pour diminuer la nécessité de consultation urgente.

P354 - Prise en charge de bronchiolites chez des nourrissons porteurs des cardiopathies congénitales : à propos de 11 cas

M. Ben Guedria (1), N. Ghabi (1), H. Ayedi (1), N. Jaballah (1), H. Ben Belgacem (1), M. Abdelbari (1), R. Kebaili (1), N. Soyah (1), A. Tej (1), S. M'dimegh (2), J. Bouguila (1), S. Tilouche (2), L. Boughamoura (1).

Service Pédiatrie Farhat HachedSousse (1).Service Réanimation Pédiatrie Farhat Hached Sousse (2).

Introduction:

La bronchiolite aigue est une infection virale fréquente chez les nourrissons. Elle peut être particulièrement sévère chez les patients atteints de cardiopathie congénitale. Il existe dans cette situation un risque plus important de décompensation cardiaque.

Objectifs:

Décrie l'aspect clinique, biologique, radiologique et évolutif des patients porteurs de cardiopathie congénitale atteints de bronchiolite aigue.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive chez les nourrissons porteurs de cardiopathie congénitale atteints de Bronchiolite aigue hospitalisés dans le service de Pédiatrie Farhat Hached sur une durée de 6 mois allant du 1er Octobre 2024 au 20 Mars 2025.

Résultats:

Nous avons colligé 11 nourrissons avec un âge moyen de 3mois et demi. Le nombre d'hospitalisation était de 22 soit 7% des patients hospitalisés pour bronchiolite aigue avec une fréquence moyenne de 2 fois [1- 5 fois] Les cardiopathies congénitales retrouvé étaient : CIA (3 cas), anomalies des arcs aortiques (3 cas) dont un cas associé à une CIV, cardiopathies complexes (2 cas), CIV (1cas) , 1 cas porteurs d'une hypoplasie de l'artère pulmonaire avec CIA et CIV et un cas d'association CIA CIV. La bronchiolite était sévère dans 2 cas, modérée dans 16 cas et légère dans 4 cas selon le score de Wang. L'hospitalisation en réanimation était indiquée pour 8 cas dont deux étaient d'emblée admis en réanimation . Trois nourrissons ont développé une insuffisance cardiaque au cours de leurs hospitalisations. Les critères de sévérité étaient principalement les signes de luttes marqués (7cas) et la polypnée >60 cycles/min (5cas) Sur le plan biologique le dosage de la ProBNP était élevée dans 7 cas avec une valeur moyenne de 6099 pg/mL [186-35000] La radio thorax avait objectivé une distension thoracique (16cas), une atélectasie (3cas) et cardiomégalie (4cas). Le support ventilatoire initial était la VNI dans 1 cas et la LNHD chez 20 dont 6 étaient mis secondairement sous VNI. Deux cas ont eu recours à la ventilation mécanique dont un dès l'admission. La durée moyenne d'oxygénothérapie était 11,5 jours [2-45 jours]. Le recours aux diurétique de l'anse chez 3 patients et aux IEC chez 2 patients. La durée totale moyenne d'hospitalisation en milieu de réanimation était de 10.3 jours et une durée totale moyenne d'hospitalisation de 15 jours [2-55 jours] L'évolution était favorable chez 10 nourrissons. Un cas de décès était retrouvé par choc septique.

Conclusion:

Les cardiopathies congénitales et la bronchiolite représentent deux pathologies posent déjà des défis en termes de prise en charge. Leur association peut aggraver le pronostic et influencer l'évolution clinique des patients. Il est donc nécessaire d'instaurer une prise en charge précoce et adaptée et d'insister sur les mesures préventives.

P355 - Les facteurs déclenchants d'une exacerbation d'asthme chez l'enfant

S. Kbaier (1), E. Trabelsi (1), O. Jelassi (1), A. Berrazaga (1), F. Khalsi (1), I. Trabelsi (1), K. Boussetta (1).

service de pédiatrie B, Hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

L'exacerbation d'asthme est une cause fréquente de consultation et d'hospitalisation en pédiatrie. L'éducation des patients repose essentiellement sur l'éviction des facteurs déclenchants des crises, constituant ainsi un pilier primordial de la prise en charge.

Objectifs:

Déterminer les facteurs déclenchants d'une exacerbation d'asthme chez l'enfant. Préciser les facteurs liés à la sévérité d'une exacerbation d'asthme chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons une étude prospective descriptive et analytique portant sur tous enfants hospitalisés au service de pédiatrie B de l'hôpital d'enfants de Tunis, durant une période de 4 mois allant du mois de Novembre 2024 au mois du Février 2025.

Résultats:

Nous avons colligé 83 enfants. L'âge moyen était de 5,5 ans (1-14,33 ans) avec un sex ratio de 1,7. L'atopie personnelle était notée dans 25,3% des cas et l'atopie familiale dans 39,8% des cas. Le tabagisme passif était retrouvé dans 65,1% des cas. L'observance thérapeutique était mauvaise dans 40% des cas. L'asthme était non contrôlé dans 57,2% des cas. Un antécédent d'hospitalisation en réanimation était retrouvé dans 27,7% des cas. L'exacerbation d'asthme était légère dans 12% des cas, modérée dans 60,2% des cas et sévère dans 27,7% des cas. L'exacerbation était inaugurale dans 41% des cas. Les facteurs déclenchants de l'exacerbation étaient dominés par les infections virales dans 63,9% des cas et l'exposition aux allergènes dans 31,3% des cas. Les facteurs liés à la sévérité de l'exacerbation étaient : l'exposition au tabagisme passif (p= 0,005), la présence d'une atopie familiale (p<0,001), la mauvaise observance thérapeutique (p=0,023), la non utilisation d'une chambre d'inhalation (p=0,05), le recours aux béta-2-mimétiques durant le mois précédent (p=0,041), l'antécédent d'hospitalisation pour une exacerbation sévère l'année dernière (p=0,029), l'exposition aux allergènes et aux infections virales (p=0,005). Concernant la prise en charge, 26 patients (31,3%) ont nécessité le recours à l'oxygénothérapie, tous les patients ont reçu des nébulisations des béta-2-mimétiques dont 26,8% ont eu des nébulisations en continu, la corticothérapie par voie générale a été prescrite dans 95,2% des cas, les nébulisations d'Atrovent dans 14,5% des cas. Le sulfate de magnésium a été prescrit dans 18% des cas (N=15). L'évolution était favorable chez tous les enfants. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,5 jours (1-15 jours).

Conclusion:

Afin d'améliorer la prise en charge et réduire la fréquence des crises d'asthme, une éducation des patients est élémentaire notamment l'éviction des facteurs déclenchants.

P356 - L'apport du score de wang dans l évaluation pronostique de la bronchiolite , expérience d'un service d'oncologie pédiatrique

C. Skandrani (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rebhi (1), H. Barakizou (1).

Service de Pédiatre Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

Introduction:

La bronchiolite est une infection virale des voies respiratoires inférieures qui affecte les nourrissons de moins de douze mois. Son évolution est variable et peut nécessiter une prise en charge hospitalière. L'évaluation de sa gravité et l'identification des enfants à risque de complications représentent un enjeu crucial dans la gestion de cette pathologie. Plusieurs outils ont été développés pour évaluer le pronostic de la bronchiolite, parmi lesquels le score de Wang.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques cliniques et paracliniques, ainsi que les modalités thérapeutiques de la bronchiolite aiguë et évaluer son pronostic moyennant le score de Wang.

Matériel et méthodes:

Une étude descriptive menée au service de pédiatrie à l'hôpital militaire de Tunis incluant les nourrissons de moins de douze mois hospitalisés pour un premier épisode de bronchiolite aiguë sur la période étendue de janvier 2019 jusqu'à décembre 2022.

Résultats:
Nous avons colligé 353 cas de bronchiolite aiguë dans notre étude ; avec une prédominance masculine (sexe ratio à 1,8) et un âge médian de 4mois. Le taux d'hospitalisation était de 54,4 % avec une prédominance hivernale. Parmi ces patients,190 avaient un terrain de vulnérabilité à savoir une prématurité inférieur à 36 semaines d'aménorrhée retrouvée dans 19,5%des cas, une cardiopathie congénitale dans 14,7 % des cas et un antécédent de détresse respiratoire néonatale dans 19,5 % des cas. La toux et la dyspnée étaient les principaux signes physiques objectivés respectivement dans 87,,5 % et 79,3 % des cas. Une baisse de la saturation en oxygène inférieure à 92 % a été retrouvée dans 7 % des cas, une fièvre dans 18,7 % des cas et une altération de l'état général a été retrouvée chez 3,6% des patients. Le score de Wang moyen était à 4 avec prédominance de la forme modérée (52,7%). L'évolution était favorable dans 92,6 % des cas et fatale dans 0,3 % des cas avec recours à un transfert en réanimation chez 1,1 % des cas. Des complications étaient enregistrés chez 32,8 % des patients. Bien que l'évaluation initiale d'un épisode de bronchiolite soit nécessaire, la classification selon le score de Wang pourrait être limitée dans la non inclusion de certains critères contextuels, cliniques et paracliniques dans les items considérés qui pourraient imposer une vigilance accrue face au risque de sévérité.
Conclusion:
La bronchiolite aiguë demeure un enjeu majeur dans la santé publique à l'échelle mondiale devant non seulement sa prévalence élevée mais notamment ses complications redoutables et coûts élevés.

P357 - Evaluation des connaissances maternelles et sensibilisation sur la bronchiolite aiguë en post-partum immédiat

R. Thabti (1), R. Khalifa (1), A. Kéfi (1), F. Friha (1), H. Hasni (1), A. Garbaa (1), S. Ben Nejma (1), R. Tizaoui (1), L. Jallouli (1), A. Marzouk (1).
Service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital régional de Ben Arous (1).
Introduction:
La bronchiolite aigue (BA) est une pathologie obstructive expiratoire des voies aériennes basses, très fréquente chez le nourrisson de moins de 12 mois avec un pic épidémique hivernal. Son incidence est en augmentation d'une année à l'autre.
Objectifs:
Evaluer les connaissances maternelles initiales sur la bronchiolite aigue en post partum immédiat pour détecter leur besoin éducationnel en vue de leur sensibilisation.
Matériel et méthodes:
Enquête transversale qui a été menée auprès des mères en post-partum via un questionnaire préétabli avec séance de sensibilisation à la fin de l'entretien, étalée entre novembre 2024 et janvier 2025 aux services de gynécologie et de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital régional de Ben Arous.
Résultats:
Nous avons inclus 129 mères ayant consenti. L'âge maternel moyen était de 32 ans [18 ;41 ans], 24.8% des mamans avaient un niveau universitaire. L'exposition au tabagisme passif a été notée dans 62.8% des cas. Un antécédent de (BA) chez la fratrie a été noté dans 17 cas avec prise en charge intra hospitalière dans 7 cas. La grossesse était compliquée de diabète gestationnel dans15.5% des cas, de toxémie gravidique dans 6.2% des cas et d'anémie dans 8.5% des cas. L'accouchement était par césarienne dans 58.1% des cas, l'âge gestationnel moyen était de 38.8 SA +/- 1.1 avec un poids de naissance moyen de 3321g +/- 457g. Seulement 6.2% (n=8) des nouveau-nés ont présenté une détresse respiratoire néonatale transitoire. La moitié des mères interrogées ne connaissaient pas le terme de bronchiolite aigue, seulement 11.6% des mères (n=15) estimaient avoir des connaissances satisfaisantes et 39 des mamans estimaient leurs connaissances faibles à moyennes. Leurs principales sources d'informations identifiées étaient l'expérience rapportée par la famille et les proches dans 28.8 % des cas, télé/journal dans 22.7% des cas, Internet dans 21.2% des cas, l'antécédent de (BA) chez la fratrie dans 9.1% des cas, au niveau d'un dispensaire dans 6.1% des

cas, un médecin ou les campagnes d'information dans 4.5% des cas. 92.2% des mères ont exprimé leur intérêt à être informées sur la (BA) et ses moyens de prévention. Toutes les mères ont bénéficié d'une séance d'éducation sur les mesures préventives et ont été munies d'une brochure de sensibilisation.

Conclusion:

La bronchiolite aigue constitue un problème majeur de santé publique. Des interventions éducatives ciblées et des campagnes de sensibilisations auprès des mamans permettraient de réduire l'incidence et la sévérité de cette pathologie.

P358 - Bronchiolite sévère profil clinique, thérapeutique et évolutif : expérience d 'un service de pédiatrie générale

R. Thabti (1), H. Hasni (1), A. Kefi (1), L. Jellouli (1), F. Friha (1), F. Krifi (1), Z. Najjar (1), A. Marzouk (1).

Service de pédiatrie et néonatalogie de l'hôpital régional ben arous (1).

Introduction:

La bronchiolite aiguë représente un enjeu majeur de santé publique en raison de sa morbidité et de son impact sur les systèmes de soins pédiatriques malgré tous les efforts fournis pour l'éducation de la population.

Objectifs:

Ce travail se propose de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la bronchiolite sévère chez les nourrissons.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective sur les nourrissons admis pour bronchiolite aigue sévère au service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital régional de Ben arous sur la période allant de janvier 2024 jusqu'à mars 2025.

Résultats:

Nous avons inclus 24 cas dont 13 cas étaient âgés entre 1 mois et 3 mois, les filles et les garçons étaient également touchés avec un sexe ratio=1. La majorité des patients (16 cas) étaient sans antécédents pathologiques notables. Le tabagisme passif était présent dans 13 cas. Les motifs de consultation étaient la toux (20 cas), les difficultés respiratoires (9cas), et 6 cas ont consulté pour une fièvre et un refus alimentaire.13 cas avaient un score de Wang entre 4 et 7 à l'admission et 23 cas ont nécessité le recours à une oxygénothérapie de haut débit. Le un tiers des patients (7 cas) ont reçus une antibiothérapie. 7 cas des bronchiolites ont été compliqués d'une atélectasie, et 5 cas ont été compliqués d'une surinfection bactérienne. 15 nourrissons ont été transférés à un milieu de réanimation dont 13 parmi eux avaient un score de Wang entre 8 et 12 à l'admission. Ils ont tous bénéficié d'une ventilation mécanique, et 3 ont reçu une antibiothérapie. Après la sortie, 3 cas ont été réadmis pour bronchiolite, et un seul cas a développé un asthme.

Conclusion:

La bronchiolite sévère est un problème de santé publique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. Une meilleure compréhension des facteurs de risque, des profils cliniques et des stratégies thérapeutiques est essentielle pour améliorer son pronostic.

P359 - Caractéristiques cliniques et thérapeutiques des exacerbations sévères d'asthme dans un service de pédiatrie générale

F. Mejri (1), W. Barbaria (1), M. Bourecheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).

service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:

L'asthme demeure la pathologie chronique la plus fréquente chez l'enfant et elle constitue un facteur majeur de morbidité infantile dans le monde. Les exacerbations aigues de l'asthme représentent une urgence potentiellement mortelle nécessitant une prise en charge intensive.

Objectifs:
Décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des exacerbations aigues sévères d'asthme chez l'enfant.
Matériel et méthodes:
Nous avons mené une étude rétrospective descriptive au sein du service de pédiatrie de l'hôpital Habib Bougatfa Bizerte sur une période de 12mois (Janvier-décembre 2023). Nous avons inclus les enfants hospitalisés âgés entre 1 et 14 ans qui présentent une exacerbation sévère d'asthme. La sévérité des exacerbations était évaluée selon le score de PRAM.
Résultats:
Nous avons colligé 29 enfants pendant la période d'étude. La sex-ratio était 0,5. L'âge moyen des enfants était 5ans dont 27% étaient âgés de moins de deux ans. L'atopie familiale était présente chez 38% des enfants, 17% étaient exposés à des facteurs environnementaux défavorables (humidité, présence d'animaux) et 31% subissaient étaient exposés au tabagisme passif. L'antécédent d'asthme était présent chez 38% des enfants mis sous traitement de fond dont 11 patients avaient une mauvaise observance dont deux avaient présenté un asthme aigu grave. A l'admission, tous les enfants avaient un score de PRAM≥ 8, dont 17% avaient un score ≥10. La saturation d'oxygène mesurée à l'air ambiant était entre 82% et 96%, dont 31% des enfants avaient une saturation ≤ 92%. La fréquence respiratoire était entre 35 et 70 cpm chez les nourrissons et entre 35 et 57 cpm chez les enfants plus âgés. Tous les enfants avaient un état hémodynamique et neurologique stable. La radiographie thoracique a montré une distension thoracique, avec la présence d'un pneumo médiastin modéré chez 10% des enfants. L'analyse des gaz du sang a montré une acidose respiratoire chez 6 patients avec une capnie supérieure à 40mmHg chez 4 d'entre eux. Tous les enfants ont reçu une corticothérapie par voie intraveineuse avec des nébulisations de B2 mimétiques et de bromure d'ipratropium. 27% des enfants ont eu une oxygénothérapie par lunettes nasales à haut débit et 1 seul enfant par masque à haute concentration. Le sulfate de magnésium a été administré chez 24% des enfants. Une deuxième dose était nécessaire chez seulement 10% des enfants. L'évolution était favorable pour tous les enfants. La durée moyenne du séjour hospitalier était 48h.
Conclusion:
Les exacerbations sévères d'asthme chez l'enfants représentent un défi majeur, souvent amplifié par une mauvaise observance du traitement de fond et l'exposition au tabagisme passif. Le sulfate de magnésium améliore le pronostic et permet d'éviter les complications parfois mortelles.

P360 - Asthme de l'adolescent : particularités cliniques et thérapeutiques

F. Chaari (1), S. Ben Ameur (1), S. Dayege (1), H. Ben Hamedou (1), H. Aloulou (1), S. Kmiha (1), T. Kammoun (1).
Pédiatrie A , CHU HEDI CHAKER (1).

Introduction:
L'adolescence représente un moment particulier, entre l'enfance et l'âge adulte, avec un impact sur les manifestations et la prise en charge de l'asthme.
Objectifs:
Étudier les spécificités de l'asthme de l'adolescent en termes de contrôle, de comorbidités et de prise en charge thérapeutique.
Matériel et méthodes:
Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 5 ans. Elle a inclus les enfants âgés de plus de 14 ans, suivis au sein de notre consultation pour maladie asthmatique et qui ont été transféré à un service de pneumologie adulte. Nous avons étudié les caractéristiques épidémiologiques, le phénotype de l'asthme, les comorbidités associées, la sévérité de l'asthme à la dernière consultation, la stratégie thérapeutique et l'observance du traitement.
Résultats:

Nous avons colligé 46 cas de patients. Une prédominance masculine était notée avec un sexe ratio de 1.7. L'âge moyen au dernier contrôle était de 16 ans et 7mois . Concernant les caractéristiques de l'environnement, l'exposition au tabagisme passif était notée chez 50% des cas. La présence d'humidité dans l'habitat était rapportée dans 20% des cas et les animaux domestiques dans 39,1%. Une atopie familiale était notée dans 54,3% des enfants. Une rhinite était associée chez 28 patients , une dermatite atopique (3 cas), une allergie alimentaire(3cas) et une oesophagite à éosinophile(1cas). L'enquête allergologique était positive chez 41 patients (89%). Il s'agit d'une mono-sensibilisation (2 4 cas) et d'une poly sensibilisation (17 cas). Les allergènes identifiés les plus fréquents étaient les acariens (78%), Alternaria (25,7%), et pollen d'olivier (22,9%). Neuf patients ont eu une immunothérapie allergénique à un âge moyen de 10,7 ans. Au dernier suivi clinique, 5 malades était en rémission. L'asthme était jugé contrôlé (14 cas), partiellement contrôlé(23) et non contrôlé(9cas). L'EFR a montré une obstruction bronchique chez la moitié des patients. La stratégie SMART était utilisée chez 29,5% des malades, 65 % des patients était recevaient une association de CSI et LABA et près de 25% avaient des doses moyennes à fortes de CSI. L'observance étaient jugée bonne dans 25% des cas. Les principales comorbidités associés étaient la rhinite allergique(23,9%), l'allergie alimentaire (6,3 %), l'obésité (4,3%), la dermatite atopique (4,3 %) ,les troubles obstructifs du sommeils(4,3%). Un tabagisme actif était noté dans 4 cas. 5 patients avaient un retard de croissance.

Conclusion:

L'asthme chez l'adolescent peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie, notamment en raison des comportements à risque comme le tabagisme et d'une possible mauvaise observance du traitement. L'enjeu principal reste la sensibilisation et l'implication de l'adolescent dans la gestion de son asthme afin de prévenir les crises et d'éviter les complications à long terme.

Rhumatologie et Maladie de système

P361 – Lupus érythémateux systémique pédiatrique : Un tableau clinique aux multiples facettes

K. Ben Mansour (1), H. Guichana (1), H. Hrizi (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1).

service de Pédiatrie Urgences et Consultations externes de l'Hôpital d'Enfants de Tunis (1).

Introduction:

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune chronique se manifestant par une atteinte multiviscérale. Son origine est plurifactorielle, impliquant des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux. Chez l'enfant, la prévalence de la maladie reste rare, avec une nette prédominance féminine.

Objectifs:

Décrire le profil clinique, biologique, thérapeutique et évolutif des enfants pris en charge pour LES dans notre service de rhumato-pédiatrie.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les enfants diagnostiqués avec LES, réalisée dans le service de Pédiatrie Urgences et Consultations externes de l'Hôpital d'Enfants de Tunis, sur une période de 5 ans après l'ère de la COVID-19.

Résultats:

L'âge moyen des enfants au moment du diagnostic était de 11 ans [8 à 13 ans et 8 mois]. Le délai moyen entre l'apparition des premiers signes cliniques et l'établissement du diagnostic était de 2 mois. Tous les patients étaient des filles. Cliniquement, les manifestations comprenaient une atteinte cutanéomuqueuse, ostéo-articulaire et de la fièvre dans respectivement 100%, 71% et 43% des cas. Une atteinte cardiaque a été observée dans 57% des cas. Une atteinte neurologique a été retrouvée dans 57% des cas. Le traitement par hydroxychloroquine associé à des corticostéroïdes a été instauré dans tous les cas, tandis que l'azathioprine et les immunoglobulines polyvalentes ont été utilisées dans 57% des cas.

Conclusion:
Le LES est une pathologie multi systémique. Un diagnostic précoce est crucial pour instaurer des traitements appropriés et prévenir les complications graves chez la population pédiatrique.

P362 - Arthrite juvénile idiopathique : Expérience d'un service de pédiatrie.

Y. Achich (1), I. Moalla (1), S. Trichili (1), B. Maalej (1), A. Mahfoudh (1), L. Gargouri (1).
Service de pédiatrie B, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (1).

Introduction:
L'arthrite juvénile idiopathique est un groupe de maladies rhumatismales chroniques débutant avant l'âge de 16 ans, caractérisées par une inflammation articulaire persistante sans cause identifiable.

Objectifs:
Etudier les différentes aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'arthrite juvénile idiopathique.

Matériel et méthodes:
Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective des dossiers des enfants hospitalisés pour prise en charge d'une arthrite juvénile idiopathique au service d'urgence pédiatrie du CHU Hedi Chaker de Sfax, sur une période de 19 ans (2005-2024).

Résultats:
Nous avons colligés 35 cas d'enfants diagnostiqués d'AJI. Une prédominance féminine a été observée (62.8% VS 37.2%). L'âge moyen de début de la maladie est de 7 ans et demi, toutes formes confondues. Cinq formes d'AJI ont été individualisées : la forme systémique (11.4%), la forme oligoarticulaire (48.5%), la forme polyarticulaire avec FR (8.5%), la forme polyarticulaire sans FR (28.8%), et l'enthésite en rapport avec une arthrite (2.8%). L'exploration biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique dans 48.5% des cas, un bilan immunitaire positif chez 20% des cas. Les localisations articulaires les plus fréquemment atteints sont les genoux dans 54.2% des cas, les chevilles dans 34.2% des cas, les hanches dans 31.4% des cas, les poignets dans 28.5% des cas, les épaules dans 11.4% des cas, les interphalangiennes des mains dans 28.5% des cas, les coudes dans 17.1 % des cas et le rachis cervical dans 3 cas. Sur le plan thérapeutique, l'acide acétyl salicylique a été utilisé chez tous les malades. Le Diclofénac a été prescrit chez 6 malades. Une corticothérapie per os en association aux AINS a été instaurée chez 10 cas. Douz malades ont reçu le Méthotrexate. Deux patientes ont bénéficié d'une infiltration locale par Hexacétonide de Triancinalone. L'évolution a été marquée par la survenue d'une rémission complète chez 19 enfants et apparition d'uvéite et glaucome bilatéraux chez une fille ayant la forme oligoarticulaire.

Conclusion:
L'AJI nécessite une approche multidisciplinaire pour gérer les symptômes et améliorer la fonction physique des enfants affectés. Un suivi régulier est crucial pour adapter le traitement aux besoins individuels.

P363- L'histiocytose langerhansienne chez l'enfant : une série de 15 cas

S. Hannachi (1), I. Marzouk (1), S. Nouir (1), S. Mabrouk (1), H. Ajmi (1), J. Chemli (1).
pédiatriesahloulsousse (1).

Introduction:
L'histiocytose langerhansienne (HL) est une maladie rare caractérisée par une prolifération anormale de cellules dendritiques similaires aux cellules de Langerhans. Ses manifestations cliniques varient d'une forme bénigne localisée à des atteintes multisystémiques graves. Le diagnostic repose sur l'évaluation clinique ainsi que sur des analyses histologiques et immunohistochimiques.

Objectifs:
Cette étude vise à analyser les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques des enfants atteints d'histiocytose langerhansienne, ainsi qu'à évaluer leur réponse au traitement.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective portant sur 15 enfants diagnostiqués avec une histiocytose langerhansienne pris en charge dans le service de pédiatrie de l'hôpital Sahloul de Sousse. Les données recueillies incluaient les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques ainsi que la réponse au traitement.

Résultats:

L'âge médian au diagnostic était de 4 ans (extrêmes : 11 mois à 14 ans), avec un délai moyen de 7,6 mois. Une prédominance masculine a été observée (sex-ratio de 2). La maladie était multisystémique dans 9 cas et localisée dans 6 cas. Une atteinte osseuse était présente chez 14 patients, inaugurale dans 10 cas et multifocale dans 13 cas. Toutes les lésions osseuses étaient lytiques, confirmées par des images scannographiques d'ostéolyse ou une hyperfixation à la scintigraphie. D'autres atteintes ont également été observées : hépatique dans 6 cas, pulmonaire dans 5 cas, cutanée dans 5 cas, hypothalamo-hypophysaire (diabète insipide) dans 4 cas et ORL dans 4 cas. Des anomalies biologiques ont été mises en évidence. Un syndrome inflammatoire biologique chez 8 patients, des anomalies de la numération sanguine (anémie, leucopénie et/ou thrombopénie) chez 6 patients, une perturbation du bilan hépatique chez 3 patients et un diabète insipide chez 4 patients. Le diagnostic a été confirmé par l'étude histologique et immunohistochimique de biopsies réalisées à différents sites : osseuses (7 cas), hépatiques (3 cas), cutanées (3 cas) et ganglionnaires (2 cas), avec une expression de l'antigène CD1a dans 9 cas et de la protéine S100 dans 10 cas. Le traitement reposait sur une combinaison de vinblastine et de corticostéroïdes chez 13 patients. Deux enfants ont été traités par curetage chirurgical, tandis qu'un patient a bénéficié d'une surveillance sans traitement. L'évolution clinique a été marquée par 2 décès et une progression défavorable de la maladie chez 5 patients, avec l'apparition d'atteintes neurologiques et l'aggravation des lésions osseuses.

Conclusion:

L'histiocytose langerhansienne présente une grande variabilité clinique et nécessite un diagnostic précoce ainsi qu'un traitement personnalisé. Malgré les avancées thérapeutiques, le pronostic reste réservé dans certains cas, soulignant l'importance d'un suivi rigoureux et prolongé.

P364 - La FibrodysplasieOssifiante Progressive : A propos d'un cas de la maladie de Münchmeyer

N. Haddad (1), H. Hrizi (1), L. Essaddam (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie, Urgences et consultations , Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis (1).

Introduction:

La fibrodysplasieossifiante progressive (FOP) est une maladie rare, causée par une mutation autosomique dominante de novo. Elle se caractérise par une ossification extra-osseuse des tissus conjonctifs. Sa forme sévère, la maladie de Münchmeyer, entraîne un second squelette hétérotopique, qui peut compromettre le pronostic vital.

Objectifs:

Décrire l'aspect clinique et paraclinique d'un patient atteint de la fibrodysplasieossifiante progressive.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un patient suivi à notre service pour des exostoses associées à des tuméfactions multiples et progressives.

Résultats:

Il s'agit d'un enfant âgé de 7 ans, issu d'un mariage non consanguin, né à terme. Il a été opéré à l'âge de 27 jours pour une sténose hypertrophique du pylore. À 6 ans, une tuméfaction dure et rapidement progressive parascapulaire droite est apparue. L'IRM thoracique a révélé une masse scapulo-thoracique infiltrante avec présence à la biopsie d'un remaniement inflammatoire chronique. Le scanner thoraco-abdominal était normal. Après un traitement par corticothérapie, la tuméfaction a régressé, mais de nouvelles localisations sont apparues, associées à des douleurs abdominales, orbitaires et céphalées. Le bilan immunitaire était normal, et le traitement anti-

inflammatoire était sans effet. L'enfant conserve une marche avec boiterie, accompagnée d'exostoses et de tuméfactions dures de localisation hétérotopique. La radiographie du rachis montre de multiples calcifications des parties molles. Un second scanner a confirmé le diagnostic de myosite ossifiante progressive dans sa forme sévère.

Conclusion:

La fibrodysplasieossifiante progressive est une maladie rare et invalidante sans traitement curatif jusqu'à ce jour. Cependant, un diagnostic et une rééducation précoce permet d'améliorer la qualité de vie.

P365 - Arthrite juvénile idiopathique dans sa forme précoce

O. Bahlous (1), K. Ben Mansour (1), H. Hrizi (1), L. Essaddam (1), Z. Fitouri (1).

Service de pédiatrie D, hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est un groupe de maladies ayant en commun une arthrite fixe pendant au moins six semaines chez un enfant de moins de 16 ans de cause inconnue. Les manifestations cliniques varient selon le sous type de la maladie. La forme à début précoce constitue la forme la plus fréquente et peut menacer le pronostic fonctionnel articulaire ainsi que visuel.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques de la forme à début précoce de l'AJI.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une période de 25 ans (1999–2024) colligeant tous les malades suivis pour AJI à début précoce au service de pédiatrie D de l'hôpital d'enfant de Tunis.

Résultats:

Nous avons colligé 72 malades suivis comme AJI à début précoce. Le sex-ratio était de 0,53. L'âge moyen au diagnostic était de 37,4 mois, avec un délai médian de 15,6 mois entre les premiers symptômes et le diagnostic. Une consanguinité a été notée dans 83% des cas. Des antécédents familiaux de maladies rhumatismales ou de maladies auto-immunes ont été objectivés dans respectivement 5,5 et 8,3% des cas. Le motif de consultation le plus rapporté était les arthralgies (83%). A l'examen clinique, l'arthrite était symétrique et bilatérale dans 52% des cas. Le siège des arthrites était par ordre décroissant le genou (75%), la cheville (27%) puis le poignet (16%). Une limitation de la mobilité articulaire a été objectivée chez 70% de la population. Les manifestations systémiques étaient absentes chez cette population. L'uvéite est survenue chez 19 % des malades avec un délai moyen d'installation de 10,6 mois. Il s'agissait d'une uvéite compliquée dans 85% des cas. Un seul cas de cécité définitive a été noté. Les anticorps anti-nucléaires étaient positifs chez 69 % des patients. Le facteur rhumatoïde était positif chez 28 % des patients. La valeur moyenne de la vitesse de sédimentation et de la protéine C réactive étaient respectivement de 49,73 mm et 41,6mg/L. L'électrophorèse des protéines a montré une hyper alpha 2 globulinémie dans 36% des cas.

Conclusion:

L'arthrite juvénile idiopathique peut se déclarer à un âge très précoce. La méconnaissance de cette maladie par les pédiatres et les médecins généralistes peut prolonger le délai diagnostique, compromettant ainsi le pronostic fonctionnel articulaire et visuel. Cela nécessite une collaboration étroite entre l'ophtalmologue et le rhumato-pédiatre pour préserver la qualité de vie de ces patients.

P367 - Rhumatisme articulaire aigu(RAA) chez la population pédiatrique : Expérience du service de pédiatrie B de Sfax.

B. Maalej (1), Y. Achich (1), M. Zribi (1), I. Moalla (1), R. Gargouri (2), L. Abid (2), M. Wali (1), L. Gargouri (1).

Service de pédiatrie B, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (1).Service de cardiologie, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (2).

Introduction:

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est une atteinte inflammatoire non suppurative réactionnelle à l'infection des voies aériennes supérieures par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A.

Objectifs:

Précisez les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, étiologiques et évolutifs chez les enfants se présentant pour RAA.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective monocentrique incluant les enfants hospitalisés pour RAA sur une période de 12 ans allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2024.

Résultats:

Nous avons colligés 36 cas. L'âge moyen des patients était de 9,3 ans. Une prédominance masculine a été observée (66,7% VS 33,3%). Un antécédent d'angines à répétition a été révélée dans 55.6% des cas. La symptomatologie générale était principalement des arthralgies (91,7 %), de la fièvre (77,8 %) et de la polyarthrite (33,3 %). Une atteinte cardiaque était retrouvée dans 51.5% des cas submergées par la fuite mitrale (45.5 %). Un érythème marginé était décrit dans 3 cas. La vitesse de sédimentation (VS) était élevée sur 88 ,8 % des patients. L'hyperleucocytose a été notée sur 61,1 %. Le taux des Anti-streptolysine-O (ASLO) étaient élevés dans 61,6 % des cas. L'échographie cardiaque était pathologique dans 51.5% des cas. Une antibiothérapie curative antistreptococcique a été administrée chez 41,7% des cas. Une antibiothérapie préventive a été indiquée chez 75% des cas. La majorité des patients ont été traités avec un anti- inflammatoire (97,2 %), à base d'aspirine dans 54.3% des cas et de corticoïdes dans 51.4% des cas. L'évolution immédiate était favorable dans la majorité des cas. Une récidive de poussée de RAA a été enregistrée dans 3 cas. Une séquelle valvulaire a été observée chez 34.3% des cas. Un seul cas de décès a été noté.

Conclusion:

Le RAA prospère encore à Tunisie avec ses complications, principalement cardiaques. C'est pour cela, il faut améliorer le programme de lutte contre le RAA.

P368 - Purpura Rhumatoïde chez l'enfant: une pathologie bénigne mais attention aux complications

R. Helali (1), L. Jallouli (1), W. Hbeib (1), R. Thabti (1), A. Kefi (1), F. Farida (1), A. Marzouk (1).

pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital régional de Ben Arous (1).

Introduction:

Le purpura rhumatoïde, ou purpura de Henoch-Schönlein, est une vasculite systémique fréquente en pédiatrie. C'est une affection bénigne mais redoutable par le risque des complications digestives et rénales.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives du purpura rhumatoïde chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur 12 enfants hospitalisés pour purpura rhumatoïde au sein du service de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital régional de Ben Arous sur une période de deux ans (janvier 2023 - janvier 2025).

Résultats:

Il s'agit de 12 patients. L'age moyen était de 6,5 ans avec des extrêmes de 1 et 13 ans. Le sex- ratio était 0.5 avec une prédominance féminine marquée Un seul patient avait des antécédents de maladie auto-immune (maladie de Kawasaki). Le motif de consultation était un purpura d'apparition aigu dans 91 % des cas. A l'examen clinique, l'atteinte cutanée était constante, localisée principalement aux membres inférieurs (11 cas), aux membres supérieurs (4 cas) et au tronc (2 cas).

L'atteinte articulaire était fréquente (91%) faite de douleurs articulaires (11 cas), un gonflement (7 cas) et une réduction de la mobilité avec difficulté à la marche (5 cas). Trois quart des patients se plaignaient de douleurs abdominales. L'atteinte rénale était observée sous forme d'hématurie (5 cas), de protéinurie (6 cas) et d'hypertension artérielle au cours de la phase aigue (1 cas). Trois patients ont présenté des complications à type orchite (1 cas) un syndrome néphritique (1 cas) une rectorragie (2 cas). L'échographie abdominale et rénale, réalisée chez 7 patients, était normale. Tous nos patients étaient mis sous repos et antalgique palier 1 et/ou un antispasmodique. Un seul patient a bénéficié d'une corticothérapie devant une rectorragie et des douleurs abdominales intenses. L'évolution a été favorable avec une rémission complète chez tous nos patients.

Conclusion:

Le purpura rhumatoïde est une pathologie pédiatrique fréquente, dont l'atteinte cutanée est constante, et les atteintes articulaires et digestives sont très prévalentes. L'atteinte rénale est présente dans près de la moitié des cas; Elle peut être aiguë ou différée, justifiant une surveillance clinique et biologique prolongée et attentive.

P369 - Purpura rhumatoïde de l'enfant (PR)

R. Mhiri (1), J. Kanzari (1), M. Bouaziz (1), J. Ben Hfaiedh (1), M. Ammous (1), H. Ouerda (1), A. Guizani (1), E. Mermech (1), I. Selmi (1), S. Helioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).

Service de pédiatrie- Hôpital Mongi Slim, la marsa (1).

Introduction:

Le purpura rhumatoïde (PR) correspond à une vascularite immunologique inflammatoire. Elle touche presque exclusivement les enfants entre 3 et 15 ans. Le diagnostic est posé devant l'association d'une atteinte cutanée (purpura vasculaire), des manifestations articulaires, une atteinte digestive et rénale. La maladie évolue le plus souvent vers la guérison mais la néphropathie conditionne le pronostic à long terme.

Objectifs:

Etudier le profil épidémiologique, clinique et évolutif du purpura rhumatoïde chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective sur 5 ans (2020-2024) au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim incluant tous les malades admis pour PR.

Résultats:

Notre étude a inclus 22 cas de PR âgés de 3ans à 12 ans. Une prédominance masculine était notée (14 cas/22). La saison offrant le plus grand nombre de recrutement était le printemps (9cas). Le purpura constitue le maître symptôme de la maladie et a été présent dans tous les cas ; étendu dans 8 cas et localisé aux membres inferieurs dans 14 cas. Les arthralgies étaient présentes dans 18 cas, touchant les grosses articulations, le plus souvent modérées et fugaces. Une arthrite réactionnelle a été objectivée dans 2 cas nécessitant la mise d'une attelle. L'atteinte digestive a été notée dans 16 cas avec pour manifestation principale des douleurs abdominales. Une hémorragie digestive a été retrouvée dans 2 cas. Elle était haute dans un cas avec une fibroscopie digestive normale, et basse dans un cas en rapport avec une invagination intestinale aigüe. La néphropathie a été notée chez 3 malades se manifestant par une hématurie et une protéinurie sans insuffisance rénale. Le repos au lit a été indiqué dans tous les cas. Une corticothérapie a été prescrite dans les 2 cas d'arthrite. L'évolution à court terme a été favorable dans tous les cas ainsi que l'évolution ultérieure après une durée de surveillance de 3 mois à 3 ans.

Conclusion:

Le PR reste une affection bénigne, facile à diagnostiquer. Il faut savoir reconnaître et traiter ses complications, en particulier l'invagination intestinale et la néphropathie. L'évolution peut se faire par poussées. Le traitement se résume à une simple surveillance en dehors des formes compliquées.

P370 - Maladie de Kawasaki chez l'enfant : Étude comparative des formes classiques et non classiques

S. Atitallah (1), S. Yahyaoui (1), N. Jelalia (1), O. Rojbani (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1).

Introduction:
La maladie de Kawasaki est une vascularite inflammatoire aiguë multisystémique affectant préférentiellement les vaisseaux de moyen calibre. Dans sa forme classique, le diagnostic repose sur l'association de signes cliniques majeurs. En revanche, dans ses formes non classiques, incomplètes ou atypiques, le diagnostic et la prise en charge peuvent être retardés.

Objectifs:
Décrire les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la maladie de Kawasaki et comparer les formes classiques aux formes non classiques sur les plans clinique, paraclinique et évolutif.

Matériel et méthodes:
Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, menée sur une période de 10 ans incluant les enfants hospitalisés pour maladie de Kawasaki dans les services de pédiatrie de l'hôpital d'enfant Béchir Hamza de Tunis.

Résultats:
Nous avons colligé 40 observations d'enfants atteints de maladie de Kawasaki : 18 cas de présentation classique et 22 cas de présentation non classique. L'âge moyen était de 31,68 ± 17,4 mois, avec un sexe-ratio de 3,4, sans différence significative entre les groupes. La fièvre était constante dans les formes classiques, contre 45 % des cas dans les formes non classiques (p=0,01), avec une durée moyenne respectivement de 8,44 ± 2,15 jours versus 11,14 ± 3,65 jours (p=0,009). L'exanthème (78 % vs 36 % ; p=0,009), la conjonctivite (67 % vs 33 % ; p=0,05), l'énanthème (56 % vs 9 % ; p=0,002) et la glossite (61 % vs 5 % ; $p<10^{-3}$) étaient plus fréquents dans les formes classiques. Les modifications des extrémités étaient comparables entre les groupes. Les formes atypiques incluaient des manifestations neurologiques (n=6), digestives (n=6), articulaires (n=8) et pleuro-pulmonaires (n=2). Le délai diagnostique était significativement plus long dans les formes non classiques (p=0,003). Une atteinte cardiaque était présente dans 30 % des cas, sans différence entre les groupes. Aucune différence significative n'a été retrouvée sur les explorations biologiques. Tous les enfants atteints de la forme classique ont été traités par immunoglobulines, contre 86 % dans le groupe non classique. La disparition des anomalies coronariennes était plus tardive dans les formes atypiques (9 ± 4,8 mois vs 4,7 ± 1,5 mois ; $p<10^{-3}$).

Conclusion:
Le diagnostic de la maladie de Kawasaki est aisé dans ses formes classiques mais peut être retardé dans ses formes incomplètes ou atypiques, souvent méconnues des cliniciens. Il est essentiel d'évoquer cette pathologie devant toute fièvre prolongée sans cause évidente afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic des patients.

P371 - Maladie de kawasaki : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs

R. Mhiri (1), J. Kanzari (1), J. Mdaini (1), M. Ammous (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khelif (1), E. Ben Arab (1), A. Guizani (1), H. Ouerda (1), E. Mermech (1), I. Selmi (1), S. Helioui (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
Service de pédiatrie- Hôpital Mongi Slim, la marsa (1).

Introduction:
La maladie de kawasaki est une affection rare qui touche principalement les enfants âgés de moins de 5 ans, causant une inflammation des vaisseaux de moyen et de petit calibre. Un diagnostic et une prise en charge précoces sont nécessaires vu les complications cardiaques majeures.

Objectifs:
Rapporter à travers une série de cas les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la maladie de kawasaki.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim sur une période de 3 ans : [Janvier 2022 - Décembre 2024] incluant tous les patients admis pour maladie de kawasaki.

Résultats:

Nous avons colligé 15 patients avec un sex-ratio(M/F) de 1,5. L'âge moyen était de 2 ans avec des extrêmes allant de 7 mois à 5 ans. Tous les patients avaient présenté une fièvre prolongée avec une durée moyenne de 6,8 jours et une température moyenne de 39,2. Le diagnostic était retenu devant un tableau complet dans 10 cas. Les principaux signes cliniques présents lors du diagnostic étaient l'hyperhémie conjonctivale, l'éruption cutanée et l'énanthème dans 13 cas. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans tous les cas avec une CRP moyenne de 107 mg/ml. Neuf patients avaient reçu une automédication par antibiothérapie principalement amoxcilline-acide clavulanique (n=3) et azithromycine (n=3). Une échographie cardiaque a été faite en moyenne à J8 d'évolution [J6 – J15]. Cinq échographies étaient pathologiques, les principales anomalies retrouvées étaient la dilatation des coronaires (n=4) et une dysfonction systolique du ventricule gauche (n=1). Le traitement était basé sur les immunoglobulines polyvalentes et l'acide acétyl salicylique dans 13 cas. Quatre patients avaient bénéficié d'une cure de corticothérapie et 5 patients avaient été mis sous antibiothérapie. Une échographie cardiaque de contrôle a été réalisée chez 11 patients. La persistance de la dilatation des coronaires était l'apanage de 2 patients. L'évolution était favorable dans 6 mois chez tous les patients.

Conclusion:

La maladie de Kawasaki reste une vascularite redoutée en pédiatrie vu les complications essentiellement cardiaques qu'elle peut engendrer si diagnostiquée tard. Le diagnostic précoce reste l'un des piliers de la prise en charge.

P372 - Lupus monogénique : à propos d'un cas

A. Zouaoui (1), N. Haddad (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).

Pédiatrie D , Hôpital d'Enfants El Bechir Hamza (1).

Introduction:

Le lupus monogénique est une forme rare et héréditaire de lupus, causée par des mutations génétiques spécifiques. En pédiatrie, il pose un défi diagnostique en raison de la variabilité clinique des symptômes, souvent similaires à d'autres pathologies auto-immunes.

Objectifs:

mettre le point sur la difficulté diagnostique de lupus monogénique en pédiatrie.

Matériel et méthodes:

Rapporter un cas de lupus monogénique au service de pédiatrie D de l'hôpital d'enfants Bechir Hamza, en mettant en évidence les difficultés diagnostiques.

Résultats:

Il s'agit d'une patiente sans autres maladies auto-immunes. Suivie depuis l'âge de 6 ans pour des polyarthralgies, myalgies, fièvres récurrentes , éruption cutanée non spécifique, et des épisodes récurrents de conjonctivite isolée. Les explorations initiales ont montré une VS accélérée, une hypochromie avec microcytose, et ont éliminé une cause infectieuse, avec des tests négatifs pour le facteur rhumatoïde et les AAN. Le diagnostic de FMF a été suspecté et elle a été traitée comme tel mais il a été éliminé après une étude génétique. L'évolution a révélé une hépatosplénomégalie , une hypocomplémentémie (C3 et C4) et des auto-anticorps positifs (AAN, anti-ENA, anti-DFS70, anti-muscle lisse, anti-AMA-M2). Une hépatite auto-immune de type 1 a été suspectée, mais la biopsie hépatique n'a pas été faite en raison de l'hypergammaglobulinémie. Une biopsie cutanée a montré une vascularite leucocytoclasique. Une corticothérapie a été initié, suivi de plaquenil et d'azathioprine en raison de la persistance des symptômes

Conclusion:

En conclusion, le lupus monogénique en pédiatrie reste difficile à diagnostiquer en raison de la variabilité de ses symptômes. Ce cas souligne l'importance d'une évaluation clinique et génétique approfondie pour éviter des erreurs diagnostiques et adapter le traitement de manière ciblée.

P373 - Variation du gène NLRP12 chez un patient ayant un syndrome de Sotos : à propos d'un cas

A. Zouaoui (1), J. Ayari (1), H. Hrizi (1), Z. Fitouri (1).
Pédiatrie D , Hôpital d'Enfants El Bechir Hamza (1).

Introduction:

La fièvre périodique héréditaire associée à une mutation du gène NLRP12 est une pathologie rare appartenant au groupe des syndromes auto-inflammatoires.

Objectifs:

rapporter un cas de fièvre périodique héréditaire associée à une variation du gène NLRP12 chez un patient ayant un syndrome de Sotos

Matériel et méthodes:

rapporter un cas de fièvre périodique héréditaire associée à une variation du gène NLRP12 chez un patient ayant un syndrome de Sotos

Résultats:

Il s'agit d'un enfant de sexe masculin , âgé de 4ans et 3 mois actuellement, issu d'un mariage non consanguin , originaire de l'algérie , sans antécédents de maladies auto-inflammatoires dans la famille , suivi depuis l'âge de 6mois pour suspicion de syndrome de Sotos confirmée par étude génétique , aux antécédents de 2 épisodes de méningite (à l'âge néonatal et de 6mois) , et de crise convulsive dans un contexte fébrile en extra-muros, et qui a été hospitalisé dans notre service pour fièvre réccurentes prolongées depuis 6mois de son admission associées à des polyarthralgies des grosses articulations et éruption cutanée non spécifique, à la biologie : bilan viscéral correct , VS accélérée , dosage des immunoglobulines normal ; bilan immunitaire normal (NBT test et phénotypage cellulaire). Une étude génétique à la recherche de fièvre périodique héréditaire a objectivé une variation probablement pathogène à l'état hétérozygote au niveau du gène NLRP12 associé au syndrome de fièvre périodique héréditaire lié à NLRP12 autosomique dominant. La conduite était de le mettre sous AINS et corticoïdes lors des poussées de sa maladie avec bonne réponse au traitement.

Conclusion:

ce cas illustre une association rare entre le syndrome de Sotos et une fièvre périodique héréditaire liée à une mutation du gène NLRP12, une co-occurrence peu décrite dans la littérature.

P374 - La sclérodermie systémique : A propos de deux cas pédiatriques

O. Mandhouj (1), N. Jaballah (1), A. Tej (1), A. Guerrioui (1), M. Abdelbari (1), R. Kebaili (1), H. Ben Belgacem (1), M. Ben Guedria (1), J. Bouguila (1), N. Soyah (1), L. Boughamoura (1).
service de pédiatrie, hopital Farhat Hached Sousse (1).

Introduction:

La sclérodermie systémique (ScS) est une pathologie, bien que fréquente chez l'adulte, extrêmement rare chez l'enfant. C'est une affection multi-systémique. Selon la présentation clinique et le profil immunologique, on distingue différentes formes. Le pronostic dépend essentiellement de la survenue et du degré d'atteinte viscérale.

Objectifs:

***

Matériel et méthodes:

Nous présentons deux cas de patientes atteintes de sclérodermie systémique que nous avons diagnostiquées et suivies au service de Pédiatrie Farhat Hached Sousse pendant l'année 2023.

Résultats:

Cas 1: Il s'agit d'une fille de 12 ans sans antécédents pathologiques qui nous a consulté pour dyspnée d'effort associée à une sclérose cutanée évoluant depuis 1 an. À l'examen, elle présentait une légère polypnée, une rétraction cutanée des grosses articulations limitant leur extension, et des taches achromiques sur les mains. Le test de marche sur 6 minutes a montré une mauvaise tolérance à l'effort. Les anticorps antinucléaires étaient positifs, et la capillaroscopie a indiqué un stade actif de sclérodermie. Une HTAP et une dilatation des cavités droites ont été retrouvées à l'échographie cardiaque. La pléthysmographie a révélé un déficit ventilatoire restrictif modéré. Le diagnostic de sclérodermie systémique diffuse avec atteinte cardiopulmonaire a été retenu. Le traitement a reposé sur le méthotrexate, la corticothérapie et des vasodilatateurs pulmonaires, avec une amélioration légère des douleurs articulaires. Cas 2: Une fille de 12 ans, suivie pour maladie cœliaque depuis l'âge de 11 mois, qui nous a consulté pour: faiblesse musculaire, dysarthrie, des troubles de déglutition et une dysphonie. À l'examen, elle avait un déficit moteur proximal et distal, un signe de tabouret positif, et des réflexes ostéotendineux faibles. La biologie a montré une cytolyse hépatique et des CPK élevées. L'électromyogramme a révélé une atteinte myogène sévère, sans anomalies à l'IRM. La capillaroscopie péri-unguéale a montré un paysage très évocateur.Les AAN étaient positifs avec un aspect anti-centromère, et les anticorps anti PM-Scl100 et anti Ku étaient également positifs confirmant un syndrome de chevauchement myosite-sclérodermie. La pléthysmographie met en évidence un déficit ventilatoire restrictif sévère. Le traitement a reposé sur des veinoglobulines, la corticothérapie et le méthotrexate. Une prise en charge multidisciplinaire a été instaurée.

Conclusion:

La ScS est une maladie rare en pédiatrie mais doit être évoquée devant des signes cliniques d'appel. Un diagnostic et une prise en charge précoces peuvent grandement améliorer l'issue de la maladie.Une prise en charge pluridisciplinaire entre pédiatre, rhumatologue pédiatre, dermatologue, pédopsychiatre, kinésithérapeute s'impose

P375 - Particularités cliniques et thérapeutiques de l'uvéite associée à l'arthrite juvénile idiopathique oligo-articulaire

H. Hrizi (1), Y. Balti (2), A. Bouzidi (1), L. Essadem (1), Z. Fitouri (1).

service de médecine infantile D de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis (1).Service de médecine infantile D, Hôpital d'enfant de Tunis (2).

Introduction:

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent chez l'enfant. La forme oligo-articulaire caractérisée par l'atteinte de quatre articulations au plus durant les six premiers mois d'évolution, en est la forme la plus représentée. Parmi ses complications, l'uvéite antérieure chronique représente un enjeu majeur en raison de la pauvreté des signes cliniques et du risque de séquelles visuelles irréversibles. Un dépistage systématique et une prise en charge précoce sont essentiels pour limiter la morbidité associée.

Objectifs:

Décrire les particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de l'uvéite associée à l'AJI oligo-articulaire.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur 23 ans (2000-2023) colligeant tous les enfants suivis au service de médecine infantile D pour AJI dans sa forme oligo-articulaire et ayant fait une uvéite diagnostiquée par un médecin ophtalmologue quel que soit la chronologie par rapport aux signes articulaires.

Résultats:

Nous avons colligé (n=10) cas, d'AJI oligo-artiulaire avec uvéite. Le sexe ratio était de 0,66. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 5,1 ±2,079 an. L'uvéite était inaugurale dans 40% des cas (n=4), tandis que 60% des cas, ont été diagnostiqués lors du dépistage systématique. L'uvéite était antérieure dans sept cas. Une pan- uvéite était retrouvée chez trois cas. Une atteinte

granulomateuse était objectivée dans deux cas. Les anticorps antinucléaires étaient positifs dans huit cas. Parmi ces malades, cinq patients avaient des uvéites compliquées d'emblée. Concernant la prise en charge, une corticothérapie par voie générale a été indiquée chez 15% des cas. Le recours aux immunosuppresseurs a été noté chez 27% des cas. La biothérapie a été indiquée chez 30% des cas.

Conclusion:

L'uvéite associée à l'arthrite juvénile idiopathique oligo-articulaire représente une complication fréquente et potentiellement grave, avec des implications cliniques significatives. Un dépistage précoce, accompagné d'une prise en charge thérapeutique appropriée au stade clinique et évolutif s'avère crucial pour prévenir les séquelles visuelles et optimiser le pronostic fonctionnel et la qualité de vie de ces enfants.

P376 - Dermatomyosite juvénile : diagnostic et évolution

H. Ben Farhat (1), Y. Ben Rejeb (1), M. Rebhi (1), H. Barakizou (1).

Service de Pédiatre Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (1).

Introduction:

La dermatomyosite juvénile (DMJ) est une maladie auto-immune multi systémique rare et hétérogène atteignant les muscles et la peau associée à une vasculopathie qui est le mécanisme physiopathologique prédominant, d'où le polymorphisme clinique de la maladie.

Objectifs:

Analyser le diagnostic clinique et biologique de la DMJ ainsi que son évolution sous traitement à partir des cas de trois patients du service de pédiatrie militaire de Tunis.

Matériel et méthodes:

Trois patients ont été sélectionnés du service de pédiatrie militaire de tunis chez qui le diagnostic de dermatomyosite juvénile a été établi selon des critères cliniques, électrophysiologique, biologiques, histologiques et radiologiques. Les aspects thérapeutiques et évolutives ont été recueillies et analysées.

Résultats:

Cas1:Un enfant de trois ans admis pour une éruption cutanée et myalgies depuis huit mois.A l'examen:une éruption érythémateuse du visage avec des lésions papuleuses des articulations interphalangiennes proximales étant des papules de Gottron.Letesting musculaire a montré un déficit proximal et l'EMG un tracé myogène.L'absence de syndrome inflammatoire biologique contrastait avec une élévation des enzymes musculaires à quatre fois la normale.Le bilan immunitaire a révélé des anticorps anti-SRP étaient non spécifiques. Le diagnostic de DMJ a été posé devant les signes cutanés et musculaires(déficit proximal, élévation des enzymes musculaires, tracé myogénique).Le score CMAS était à 7/52.Un traitement par corticoïdes et méthotrexate instauré avec un suivi régulier montrant une nette amélioration(CMAS à 41/52).

Cas2:Une enfant de 8 ans a présenté un œdème palpébral et arthralgies chroniques aux poignets.Elle a développé des lésions cutanées nécrotiques aux cuisses avec des AAN positifs.Le diagnostic de DMJ suspecté devant des papules de Gottron, un œdème péri-orbitaire, une myopathie inflammatoire sur l'IRM et une pneumopathie interstitielle diffuse non fibrosante.L'atteinte capillaire avec syndrome de Raynaud, un syndrome inflammatoire biologique et la présence d'anticorps anti-MDA5 ont confirmé la DMJ.La patiente a été traitée par corticoïdes, méthotrexate et rituximab avec une bonne évolution. Cas3:Un garçon de 11 ans admis pour un érythème facial, des papules de Gottron avec une marche dandinante et un déficit musculaire proximal.On a objectivé une élévation des CPK et LDH et une vitesse de sédimentation élevée.Les anticorps anti-NXP2 étaient présents. Il a été mis sous corticoïdes et méthotrexate.Cependant, des adénopathies médiastinales ont été découvertes.Après trois ans, la majoration des adénopathies et un syndrome inflammatoire persistant ont conduit à une adénectomie révélant un lymphome hodgkinien classique stade IV nécessitant une chimiothérapie.

Conclusion:

La dermatomyosite juvénile est une maladie à polymorphisme clinique nécessitant un diagnostic précoce devant la mise en jeu du pronostic vital et fonctionnel par l'atteinte multi systémique requérant ainsi une prise en charge multidisciplinaire.

P377 - les modalités évolutives de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

F. Chaari (1), H. Hrizi (1), A. Bouzidi (1), Z. Fitouri (1).
pédiatrie D, Hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

L'AJI constitue la première maladie rhumatismale de l'enfant. Sa forme polyarticulaire en représente la deuxième en termes de fréquence. L'évolution de la maladie est hétérogène, allant de formes modérées à des formes sévères pouvant entraîner des lésions articulaires et des handicaps fonctionnels.

Objectifs:

étudier les modalités évolutives et le retentissement de cette maladie rhumatismale sur la qualité de vie des enfants.

Matériel et méthodes:

Il d'agit d'une étude rétrospective menée sur 23 ans. Elle a inclus tous les patients hospitalisés ou suivis à la consultation externe au sein du service de pédiatrie D de l'hôpital d'enfant de Tunis pour une arthrite juvénile idiopathique dans sa forme polyarticulaire répondant aux critères de l'ILAR révisés en 2004. nous avons étudié le taux de rémission et les séquelles articulaires à savoir les déformations et les limitations de la mobilités articulaires. Nous avons aussi évalué l'activité de la maladie selon le score de JADAS 10.

Résultats:

Durant notre période d'étude de 23 ans, nous avons colligé 40 patients suivis pour arthrite juvénile idiopathique dans sa forme polyarticulaire. L'évolution de la maladie a été caractérisée par une rémission chez 29 patients (72,5 %), tandis que 37,5 % ont présenté une rechute. Le délai médian de cette rechute par rapport à la rémission était de 22 mois. Par ailleurs, la durée moyenne d'évolution au sein de notre service était de 78.3 mois±34,5 avec des délais extrêmes situés entre 16 et 139 mois. La moitié des patients de notre population ont conservé une déformation articulaire séquellaire. Une limitation de la mobilité articulaire séquellaire a été également observée chez 19 patients (47,5 %). Les limitations articulaires observées étaient principalement de type polyarticulaires (12 cas) et secondairement mono-articulaires (sept cas). Après évaluation selon le score de JADAS10, les patients présentaient initialement une activité élevée ('High activity') dans la majorité des cas (97,4%) .après deux ans d'évolution , 54,5% des malades avaient une maladie inactive et seulement 8 patients présentaient une maladie très active . Les patients ayant des FR (–) étaient les plus susceptibles d'évoluer vers une rémission (48.3%) comparativement avec le groupe des patients ayants des FR (+) avec une différence statistiquement significative (p= 0.009). Les déformations articulaires séquellaires étaient identifiées le plus souvent chez les malades ayants des FR+ (60%) .

Conclusion:

L'évolution de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire peut être émaillée de rechutes et de complications invalidantes. Cependant, Grâce aux avancées thérapeutiques, incluant les biothérapies et les traitements immunomodulateurs, le pronostic s'est considérablement amélioré, permettant à de nombreux patients de mener une vie active. Un suivi rigoureux s'avère ainsi nécessaire pour limiter les complications et adapter la prise en charge.

Urgence et Réanimation

P378 - Syndrome de CHARGE: à propos d'un cas

O. Kchaou (1), M. Feki (1), O. Fendri (1).
Réanimation pédiatrique Sfax (1).

Introduction:
Le syndrome de CHARGE est une maladie génétique rare qui cause des anomalies congénitales affectant plusieurs organes, dont le cœur, les voies respiratoires et les structures craniofaciales.
Objectifs:
Décrire les manifestations cliniques et les défis diagnostiques et thérapeutiques du syndrome de CHARGE à travers un cas clinique, tout en soulignant l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire pour améliorer le pronostic de cette maladie rare.
Matériel et méthodes:
Un cas clinique d'un nourrisson âgé de 6 mois atteint d'un syndrome de CHARGE
Résultats:
Nous rapportons le cas d'un nourrisson âgé de 6 mois atteint d'un syndrome polymalformatif caractérisé par des anomalies évocatrices du syndrome de CHARGE, incluant une atrésie choanale bilatérale, un colobome oculaire gauche, hernie hiatale et une cardiopathie congénitale complexe. Les manifestations cardiaques comprenaient un canal artériel large (CA) de 5 mm, une communication interauriculaire (CIA) et une communication interventriculaire (CIV) restrictive, accompagnées d'une insuffisance cardiaque nécessitant une fermeture chirurgicale précoce du CA. L'échographie postopératoire montrait une amélioration significative avec une correction efficace des anomalies cardiaques. Le patient présentait également une dysmorphie faciale marqué (Oreilles basses implantées en forme de tasse, un visage carré, un front et une racine nasale proéminents), avec une atrésie des canaux semi-circulaires, une hypoplasie du corps calleux et une imperforation choanale complète. Ces anomalies étaient associées à des complications respiratoires récurrentes, notamment une bronchiolite aiguë sévère compliquée d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Malgré une prise en charge intensive (ventilation mécanique prolongée, antibiothérapie à large spectre, et corrections métaboliques), l'évolution a été marquée par des infections nosocomiales à germes multirésistants et une instabilité hémodynamique persistante. Le nourrisson a finalement présenté une dégradation brutale ayant conduit au décès. L'étude génétique de syndrome de charge a montré une mutation ponctuelle hétérozygote du gène CHD7 (chromodomainhelicasedna-binding protein) localisé sur le chromosome 8q12.2.
Conclusion:
Ce cas illustre la gravité des atteintes cardiaques et la complexité des malformations associées au syndrome de CHARGE, soulignant l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge multidisciplinaire pour améliorer le pronostic des patients atteints de cette maladie rare.

P379 - Cardiomyopathie dilatée pédiatrique: Quelles étiologies ?

N. Jelalia (1), O. Rojbani (1), S. Yahyaoui (1), S. Atitallah (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rebeh (1), O. Bouyahya (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (1).
Pédiatrie C.Hôpital d'enfant Bechir Hamza (1).

Introduction:
La cardiomyopathie dilatée (CMD) est une pathologie rare mais grave, en particulier chez les enfants. Ses étiologies sont diverses, allant d'une CMD constitutionnelle à une CMD acquise, et parfois elles peuvent être intriquées.
Objectifs:
Nous nous proposons de rappeler les caractéristiques cliniques, étiologiques et thérapeutiques à travers une observation et une revue de la littérature
Matériel et méthodes:
Nous nous proposons de rappeler les caractéristiques cliniques, étiologiques et thérapeutiques à travers une observation et une revue de la littérature
Résultats:
Il s'agissait d'une fille âgée de deux ans, sans antécédents pathologiques notables admise pour détresse respiratoire associé à un œdème des membres inférieurs. A l'examen, elle était fébrile et polypneique sans signes de lutte. La radiographie du thorax a montré une surcharge hilaire associée

à une cardiomégalie. Une myocardite virale a été suspecté devant un taux de troponine revenu à 93puis à 114ng/l. L'échographie cardiaque a révélé une cardiomyopathie dilatée avec FEVG à 25% associé à une insuffisance mitrale d'allure fonctionnelle. La patiente a été mise sous furosémide en intraveineux, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, L-canitine ainsi que la dobutamine pendant 48 heures. L'évolution a été marquée par la stabilisation de son état respiratoire et hémodynamique. Une ETT de contrôle a été faite à distance a montré la persistance de la cardiomyopathie dilatée avec FEVG à 25%. Actuellement la patiente est asymptomatique sous L-carnitine et inhibiteurs de l'enzyme de conversion par voie orale. Dans le cadre du bilan étiologique, la PCR multiplexe est revenue positive à Mycoplasme, entérovirus et rhinovirus. Les sérologies CMV, EBV et HSV étaient négatives. Le dosage de L-carnitine totale et libre est en cours. Le taux des lactates et ammoniémie avant et après repas était normal et le profil des acylcarnitine et la chromatographie des acides organiques sont en cours. Le diagnostic d'une cardiomyopathie congénitale décompensée par une infection à mycoplasme, entérovirus et rhinovirus a été retenu.

Conclusion:

La CMD est la cardiomyopathie la plus fréquente de l'enfant. Devant toute CMD de l'enfant, il convient d'abord éliminer les CMD secondaires puis entamer une recherche métabolique et génétique souvent difficile et astreignante. Malgré les progrès des méthodes de diagnostic et des moyens de prise en charge, la CMD de l'enfant garde un pronostic sombre.

P380 - Pediatric Delirium Awareness and Management in Pediatric Intensive Care Units: A National Survey

J. Mounira (1), T. Farah (1).

pédiatrie Monastir (1).

Introduction:

Pediatric delirium is a significantyetunderrecognized condition in pediatric intensive care units (PICU), associatedwith adverse clinicaloutcomes, includingprolongedmechanical ventilation, extendedhospitalstays, and increasedmortality. Despite the availability of validated screening tools and management strategies, delirium oftenremainsundetected and poorlymanaged

Objectifs:

Our studyaimed to assessawareness, screening practices, and management of pediatric delirium amongmedical staff in tertiary care PICUswithinour country

Matériel et méthodes:

A cross-sectional surveywasconductedusing an online platform. All medical staff in tertiary care PICUs were invited to participate. The surveyassessedknowledge of delirium riskfactors, clinicalpresentation, screening tools, and management practices. A knowledge score wascalculated for each participant, expressed as the percentage of correct answers over the total number of correct answers for eachdomain. Descriptive and analytical analyses wereperformed to identify gaps and associations

Résultats:

Of 49 invited participants, 27 completed the survey (responserate: 55.1%). Knowledgeregarding delirium symptoms and management waslowin 59.3% and 74.1% of cases, respectively. Screening wasperformedinconsistently, with the Cornell Assessment of Pediatric Delirium being the mostrecognizedtool (59.26%). Non-pharmacological interventions, such as noise reductionprotocols and familyinvolvement, wererarelyimplemented, and pharmacological management waslimited. Most participants expressed dissatisfaction withcurrent delirium screening and management practices in theirunits (74.07%)

Conclusion:

Significant gaps exist in the awareness and management of pediatric delirium among PICU staff. There is an urgent need for standardized screening protocols, staff education, and the implementation of evidence-based interventions to improve delirium detection and care in criticallyillchildren

P381 - Une année d'expérience d'un nouveau service de Réanimation Médicale Pédiatrique Tunisien

N. Ghabi (1), M. Abdelbari (2), S. M'dimegh (1), N. Soyah (2), H. Ben Belgacem (2), I. Zmantar (1), A. Tej (2), R. Kbaili (2), N. Jaballah (2), M. Guedria (2), J. Bouguila (2), S. Tilouche (1), L. Boughamoura (2).

Service de réanimation médicale pédiatrique du CHU Farhat Hached Sousse (1).Service de Pédiatrie du CHU Farhat Hached Sousse (2).

Introduction:

La réanimation pédiatrique est une spécialité dédiée à la prise en charge des enfants en détresse vitale. L'analyse du profil épidémiologique des enfants hospitalisés permet d'adapter les stratégies de prise en charge aux particularités de chaque population, optimisant ainsi les issues cliniques.

Objectifs:

Le but de notre travail était de décrire l' expérience du service de réanimation médicale pédiatrique de l'hôpital Farhat Hached Sousse durant la première année de sa création , d'évaluer la mortalité observée et de la comparer à la mortalité prédite par un score de mortalité : Paediatric Index of Mortality 2 (PIM2).

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée au service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Farhat Hached, sur une période d'une année, du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024. Les enfants hospitalisés moins de 24 heures ont été exclus.

Résultats:

Nous avons colligé 282 enfants. L'âge médian est de 24,5 mois avec un sexe ratio de 1,38/1. Le principal mode d'admission est l'hospitalisation à partir de nos urgences pédiatriques (53%) suivi par les transferts de notre service pédiatrique (31,9%) et d'autres services externes(15,7%). Les principales motifs d'admission sont les détresses respiratoires (53,8%), métaboliques (18,3%), neurologiques (16,8%) et hémodynamiques (10,4%). Les enfants avaient besoin d'oxygénation et /ou de support ventilatoire dans 82,2% des cas .La ventilation mécanique, la ventilation non invasive et l'oxygénothérapie à haut débit la ventilation étaient instaurés respectivement chez dans 21,7% , 22,8% et 48% des patients . Les drogues vasoactives étaient administrés chez 12,5% des enfants. La durée de séjour moyenne était de 7,17 jours [1-136]. Le taux de mortalité observé était à 9,6%, la mortalité prédite par le score de PIM 2 était à 18,14%. Le ratio standardisé de mortalité était à 0,53. Les principales causes de décès étaient les états de choc septique.

Conclusion:

L'évaluation des pratiques médicales en réanimation pédiatrique est nécessaire afin d'analyser la qualité de la prise en charge des enfants . Le but de ce processus est d'améliorer l'efficacité et la conformité aux normes tout en s'adaptant au contexte professionnel local.

P382 - HTA MALIGNE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 3 CAS

Y. Achich (1), I. Maaloul (1), F. Charfi (1), I. Chabchoub (1), T. Kammoun (1).

Service de pédiatrie A, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie (1).

Introduction:

La symptomatologie de l'hypertension artérielle maligne est très diversifiée, ce qui retarde le plus souvent le diagnostic. Bien que rare chez l'enfant, cette affection représente une urgence diagnostique et thérapeutique. Ces étiologies sont multiples nécessitant une enquête étiologique bien orientée. Le traitement doit être instauré rapidement d'une façon adaptée et adéquate, il est à la fois symptomatique et étiologique.

Objectifs:

Analyser les différents aspects épidémiologiques, cliniques ,étiologiques et thérapeutiques de l'HTA maligne chez l'enfant

Matériel et méthodes:
Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les enfants hospitalisés pour HTA maligne au service de pédiatrie générale du CHU Hedi Chaker de Sfax sur une période de 23 ans (2000-2023).
Résultats:
Nous avons colligés 3 cas d'hypertension artérielle maligne. L'âge du diagnostic positif était de 8 ans pour 1 cas et 11 ans pour les autres. Il s'agissait de 2 filles et un garçon. Des antécédents familiaux chargés d'HTA étaient observés dans 2 cas. Les circonstances de découverte étaient un syndrome d'hypertension intracrânien dans 2 cas et un œdème généralisé avec hématurie macroscopique dans 1 cas. Les étiologies de l'HTA maligne étaient : une maladie de berger (1 cas), un phéochromocytome bilatéral (1 cas) et une glomérulonéphrite post infectieuse (1 cas). Le traitement anti-hypertenseur était instauré d'une façon précoce et adaptée en se basant sur le nicardipine par voie intraveineuse chez tous les enfants et les diurétiques chez 2 enfants. L'évolution était favorable chez les 3 enfants
Conclusion:
La connaissance du profil épidémiologique, clinique et paraclinique de l'HTA maligne pourrait permettre un diagnostic étiologique précoce et offrir une prise en charge spécifique qui améliorerait le pronostic de cette pathologie qui reste grave.

P383 - Hémorragie cérébrale chez un nourrisson : ne pas conclure trop vite au diagnostic de bébé secoué

S. Atitallah (1), Z. Trabelsi (1), E. Maalej (1), F. Kaddour (1), N. Missaoui (1), R. Ben Rabeh (1), S. Yahyaoui (1), O. Bouyahia (1), S. Mazigh (1), S. Boukthir (2).
Service de Médecine Infantile C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (1).Service de Pédiatrie C. Hôpital d'Enfants Béchir Hamza. Tunis. (2).

Introduction:
Le syndrome du bébé secoué (SBS) est défini par des lésions traumatiques non accidentelles résultant de secousses violentes chez un nourrisson. Le mécanisme physiopathologique implique des accélérations-décélérations répétées, avec ou sans traumatisme crânien. Le diagnostic de maltraitance est souvent difficile à établir et peut avoir des répercussions majeures sur l'enfant et sa famille. Il est donc crucial d'exclure un diagnostic différentiel pouvant mimer la présentation clinique du SBS, tel que la maladie hémorragique du nouveau-né (MHNN) dans sa forme tardive.
Objectifs:
Souligner l'importance de la prophylaxie systématique par vitamine K à la naissance pour prévenir la MHNN, en particulier dans sa forme tardive mettre en évidence la nécessité d'un diagnostic différentiel rigoureux, notamment avec le syndrome du bébé secoué, afin d'éviter des erreurs de diagnostic pouvant avoir des conséquences graves pour l'enfant et sa famille.
Matériel et méthodes:
Nous rapportons le cas un nourrisson hospitalisé pour un état de mal convulsif en rapport avec des hémorragies cérébrales.
Résultats:
Il s'agissait d'un nourrisson de sexe féminin, âgé de 40 jours, né à terme par césarienne avec un score d'Apgar de 9-10. Elle était sous allaitement maternel exclusif depuis la naissance. À J40 de vie, elle a présenté des crises convulsives focales sous forme d'hypertonie des membres supérieurs, sans fièvre, e qui a motivé son hospitalisation. À l'examen clinique, elle était apyrétique et présentait une hypotonie axiale. Le bilan biologique a révélé une hémoglobine à 8 g/dL, un taux de plaquettes normal, ainsi qu'une glycémie et une natrémie normales. Le scanner cérébral a mis en évidence des hématomes sous-duraux bilatéraux, dont l'un exerçait un effet de masse, accompagné d'une hémorragie méningée. Initialement, un diagnostic de SBS a été évoqué. Cependant, aucun autre élément anamnestique ou clinique ne permettait de soutenir cette hypothèse. Un bilan d'hémostase a été réalisé, révélant un TP et un TCA incoagulables. La patiente a alors reçu une injection de vitamine K et une transfusion de plasma frais congelé. L'évolution a été marquée par la récidive des convulsions six heures après l'admission, avec une aggravation de l'état neurologique nécessitant un

transfert en réanimation pour 48 heures. Le bilan d'hémostase a montré des taux significativement abaissés des facteurs de coagulation dépendants de la vitamine K, confirmant ainsi le diagnostic de MHNN dans sa forme tardive. Sur le plan clinique, biologique et radiologique, l'évolution a été favorable. Le nourrisson a été autorisé à sortir sous traitement antiépileptique, avec un suivi en neuropédiatrie.

Conclusion:

La MHNN dans sa forme tardive, bien que rare, peut mimer un SBS en raison de symptômes similaires tels que les convulsions et les lésions cérébrales. Il est crucial de différencier ces deux pathologies pour éviter un diagnostic erroné de maltraitance. Une prise en charge précoce par vitamine K et une transfusion de plasma frais congelé, permet d'améliorer l'évolution clinique et de prévenir des complications graves.

P384 - Risk factors for a failed first attempt at pediatricsubclavian central venouscatheters and the role of single-shot placement in reducingcatheter-relatedmorbidity:a prospective observationalstudy.

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), O. Fakfakh (1), M. Bel Haj Mansour (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

Introduction:

The pediatric population isknown to have more difficultvenousaccessthanadults and theyoftenrequire central venousaccess for severalreasons .Thedifficulty of the CVC placement may lead to an increasednumber of attempts or punctures, which can be a risk factor for catheter-relatedmorbidity, as it can increase the duration of the procedure, the risk of arterialpuncture, hematoma

Objectifs:

The aim of thisobservationalstudywas to investigate the riskfactors of a failed first attempt at paediatric central venouscatheter placement and its impact on CVC-relatedmorbidity.

Matériel et méthodes:

In this prospective observationalstudy, weincluded 3 months to 5 yearschildrenproposed for infraclavicularsubclavianveincatheterizationconsecutivelyusing the anatomiclandmark technique. Patients weredividedinto 2 groups: Group 1 included single-shot catheter placement, and Group 2 included a failed first attempt at catheter placement. The management protocolwasstandardized for all patients. Aftercomparing the two groups, univariablelogisticregressionwasused to investigate the riskfactors for a failed first attempt and to show the interest of the single shot catheter placement.

Résultats:

Among 150 pediatric CVC placements, the incidence of failed first attemptwas 41.3% and its main riskfactorswere:childrenwithcomorbidities (OR= 3.11; 95%CI: 1.17- 8.21), haematology and oncology patients (OR=5.6; 95%CI: 2.75- 11.38), childrenwithaplasticanaemia (OR = 3.05; 95% CI: 1.38- 6.705), and anaesthesiasedationwith I-Gel airway ventilation (OR=9.21; 95%CI: 1.080- 78.5). On the other hand, a single-shot catheter placement was a protective factor againstcatheterrelated complications with OR=0.258 [0.12-0.55].

Conclusion:

It seemsthat a single-shot CVC placement mayreduce the incidence of complications. Knowledge of the main riskfactors of failed first attemptsismandatory to takenecessaryprecautions.

P385 - Risk Factors for difficult intubation in peadiatric population

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), O. Fakfakh (1), S. Ammar (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

Introduction:

Difficultairway management is one of the main difficulties in pediatricanesthesia, particularly in low-and-middle income countries. Investigatingpredictors of pediatricdifficult intubation can allowtakingprecautions.

Objectifs:

theaim of thisstudyis to investigatepredictors of pediatricdifficult intubation

Matériel et méthodes:

In thisobservationalstudy, weincluded all childrenagedlessthan 5 yearsundergoing intra-abdominal surgerywithendotracheal intubation. Patients weredividedintotwo groups according to the incidence of difficult intubation. Thenweinvestigatedpredictors for pediatricdifficult intubation.

Résultats:

Weincluded 217 children and difficult intubation wasobservedin 10% of them. Predictorswere:Mallampati III-IV class (aOR=2.21; 95%CI: 1.1- 6.4), limitedmouthopening (aOR= 2.4; 95%CI: 1.8- 3,5), facial dysmorphia (aOR=2.6; 95%CI: 1.32- 7.4), and anesthesiawithout muscle relaxant (aOR= 1.8; 95%CI: 1.0- 5.1) or withoutopioidsduring crash inductions (aOR=1.7; 95%CI: 1.01-4.8).

Conclusion:

Predictors of Pediatricdifficult intubation in ourpediatric population are controversial. It seemsthatMallampati class and anesthesia technique may impact the intubation difficultywhichmay guide us to change ourperioperative practice.

P386 – Percutaneousinfraclavicularsubclavianveincatheters in paediatric cancer patients in comparisonwithcriticallyillchildren:a one-yearexperiencefrom a Tunisianhospital

M. Kammoun (1), W. Rhaiem (2), H. Ketata (1), S. Ben Ayed (1), A. Missoui (1), M. Bel Haj Mansour (2), A. Jarraya (1).

Anesthésie et réanimation pédiatrique (1).Chirurgie pédiatrique (2).

Introduction:

Paediatric cancer and criticallyill patients frequentlyrequire central venouscatheters for prolongedintravenoustherapy.

Objectifs:

The aim of thisstudyis to compare the difficulty of catheter insertion and the morbidityrelated to thisprocedure in thesetwo populations and to investigateriskfactors for complications

Matériel et méthodes:

This prospective observationalstudywasconducted at the Hedi Chaker University Hospital in Sfax, Tunisia, from July 2021 to July 2022. Weincluded all patients agedthreemonths to 14 yearswhorequired an infraclavicularsubclavianveincatheterization. Patients weredividedintotwogroups: Group 1 includedchildrenwithmalignancies; and Group 2 includedcriticallyillpaediatric patients. Then, wecompared the demographic data, the difficulty of the catheterizationprocedure, and catheter-related complications. Wealsoinvestigatedriskfactors for complications using a logisticregression model. The significancelevelwas $P<0.05$

Résultats:

Weincluded 65 infants and childrenrequiring central venousaccess, 28 of whomsufferedfrommalignancies. The demographicparameterswere comparable. However, the time for the procedure and the number of attemptswerehigher in the malignancy group with $P<0.001$. Central venouscatheter complications werepresent 46.4% of the time in Group 1 compared to 21.6% in Group 2 (P=0.032). Malignancieswereassociatedwith an increasedrisk of complications (aOR = 2.95; 95%CI: 0.63-13.8)

Conclusion:

This studyshowedincreaseddifficulty and highermorbidityrelated to infraclavicularsubclavianveincatheterizationamong infants and childrensufferingfrom cancer.

P387 - Pathologie diaphragmatique secondaire en réanimation pédiatrique : à propos de 4 cas

S. Salah (1), A. Miraoui (1), Y. Koumi (1), A. Borgi (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
réanimation pédiatrique polyvalente , Hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

Les dysfonctionnements diaphragmatiques constituent un groupe hétérogène d'affections dont le substrat anatomique peut impliquer le système nerveux central, les voies de conduction ou le muscle lui-même. Plusieurs étiologies sont rapportées en milieu de réanimation, notamment les traumatismes chirurgicaux (chirurgie cardiaque ou thoracique), les infections virales neurotropes, les anomalies congénitales, mais aussi la ventilation mécanique prolongée qui favorise la dysfonction diaphragmatique acquise (DDA).

Objectifs:

Rapporter des cas de pathologies diaphragmatiques rencontrées en réanimation pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Revue rétrospective de dossiers de patients hospitalisés dans le service de réanimation pédiatrique polyvalente de l'hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis et chez qui le diagnostic d'atteinte diaphragmatique a été confirmé.

Résultats:

Il s'agissait de 4 patients de sexe masculin. Les motifs de transfert en réanimation étaient : une prise en charge peri-opératoire d'une cardiopathie congénitale chez 2 nourrissons âgés respectivement de 8 et 19 mois, une infection des voies aériennes respiratoires inférieures (IVRI) àBocavirus chez un nourrisson de 6 mois et une rhombencéphalomyélite auto-immune séronégative secondaire à une maladie de Lyme chez une enfant de 30 mois. Le diagnostic a été suspecté dans tous les cas devant un échec d'extubation malgré l'absence d'atteinte parenchymateuse pulmonaire avec une respiration anarchique à l'épreuve de ventilation sur tube. Une échographie diaphragmatique a été réalisée par le réanimateur chez deux patients et a montré une baisse de l'excursion diaphragmatique. Le diagnostic a été confirmé par scopie chez 3 patients montrant un mouvement paradoxal bilatéral du diaphragme. Un électromyogramme a été fait chez 3 malades, objectivant une réduction de la transmission nerveuse au niveau du nerf phrénique. Les étiologies retenues étaient une paralysie phrénique post-opératoires dans 2 cas, une atteinte diaphragmatique dans le cadre de la myélite auto-immune et une dysfonction diaphragmatique acquise (DDA) chez le nourrisson atteint d'IVRI et ventilé pendant 10 jours avant son transfert dans le service de réanimation. La prise en charge a fait appel à une plicature diaphragmatique bilatérale durant le post-opératoire de cardiopathies congénitales soldée par un échec chez le nourrisson de 19 mois avec passage à la ventilation mécanique sur canule de trachéotomie. La DDA a évolué favorablement sous un programme de sevrage ventilatoire progressif et prise en charge nutritionnelle optimisée. L'évolution était défavorable avec retour à domicile sous ventilation mécanique sur canule de trachéotomie dans le cas de myélite. L'enfant a gardé une tétraplégie et une dépendance ventilatoire contrastant avec un un intellect de développement normal.

Conclusion:

La paralysie diaphragmatique en réanimation pédiatrique constitue une complication sévère, le plus souvent d'étiologie iatrogène post-chirurgicale. La récupération spontanée est possible, mais les formes sévères peuvent nécessiter une plicature diaphragmatique qui n'offre pas toujours des résultats satisfaisants. Néanmoins la dysfonction diaphragmatique acquise reste une pathologie évitable à travers l'optimisation de la ventilation et de la sédation au cours des pathologies lourdes ainsi que l'évaluation échographique précoce au cours du suivi.

P388 - Échographie pulmonaire en réanimation pédiatrique et néonatale : un état des lieux national

A. Chargui (1), A. Miraoui (1), J. Hassine (1), Y. Koumi (1), A. Borgi (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
Réanimation pédiatrique polyvalente, hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis (1).

Introduction:
L'échographie pulmonaire, utilisée de plus en plus en pédiatrie, permet de diagnostiquer et gérer diverses pathologies respiratoires, cardiaques et pleurales de manière non invasive, sans irradiation et en temps réel. D'introduction récente en réanimation pédiatrique et néonatale en Tunisie, cette technique gagne de plus en plus de popularité afin d'assurer une prise en charge rapide et dynamique des patients.

Objectifs:
Evaluer la mise en œuvre de l'échographie pulmonaire, à la fois diagnostique et interventionnelle, dans les services de réanimation pédiatrique et néonatale Tunisiens afin de proposer une éventuelle stratégie de formation et généralisation concernant de cette technique.

Matériel et méthodes:
Une enquête nationale transversale menée à partir du 1er juillet 2024 auprès des médecins séniors exerçant dans les différents services de réanimation pédiatrique et néonatale en Tunisie. Les participants ont été invités à répondre à un questionnaire via un formulaire Google Forms, permettant de recueillir des informations sur l'utilisation de l'échographie pulmonaire (EP) dans leur pratique clinique conformément aux recommandations ESPNIC 2020 et des données de la littérature. Les données recueillis ont été ensuite analysés par le logiciel IBM SPSS Statistics V27.

Résultats:
Parmi 50 médecins sollicités un total de 30 réponses a été reçu ; soit un taux de participation de 60%. Deux équipes uniquement ont enregistré un taux de participation de 100%. Six médecins parmi les participants n'utilisent pas l'EP. Seulement un tier (8/24) des médecins qui l'utilisent, ont eu une formation certifiante en EP. L'échographie pulmonaire est réalisée d'une manière systématique chez tout patient admis en réanimation par 10 parmi les participants. En matière de pathologie respiratoire néonatale, l'EP est utilisée pour poser le diagnostic positif d'un épanchement pleural liquidien (20/21), le diagnostic positif d'un pneumothorax (17/21), poser le diagnostic d'une atteinte alvéolaire (15/21) et différencier entre MMH et tachypnée transitoire du nouveau-né (15/21). Chez le nourrisson et le grand enfant, l'EP est réalisée pour poser le diagnostic de l'épanchement pleural liquidien et gazeux (14/19), différencier entre atélectasie et pneumonie (10/19), évaluer l'aération pulmonaire dans le cadre du SDRA pédiatrique (9/19) et évaluer l'œdème pulmonaire cardiogénique chez les patients atteints de cardiopathies congénitales (8/19). Dix parmi les participants utilisent un système de score échographique pour l'évaluation semi-quantitative du parenchyme pulmonaire avec le score le plus utilisé étant celui proposé par Liu et al. Le recrutement alvéolaire sous ventilation mécanique (augmentation de la pression) le positionnement en décubitus ventral sont guidés par l'EP dans respectivement 18 et 15 cas. Treize médecins utilisent l'EP pour guider la ponction de l'épanchement liquidien.

Conclusion:
Bien que le taux de participation soit faible, notre étude a montré que l'échographie pulmonaire n'est pas encore intégrée dans les protocoles de prise en charge des enfants gravement malades en Tunisie. Il est donc essentiel de normaliser davantage cette pratique et de mettre en œuvre un programme de formation qui permettra de maitriser les objectifs, les apports et les limites de cette technique.

P389 - Les cathéters veineux centraux en pédiatrie : Profil épidémiologique et complications dans un service de pédiatrie générale

H. Maalaoui (1), W. Barbaria (1), O. Elgoula (1), M. Bourcheda (1), J. Jendoubi (1), I. Khamassi (1).
Pédiatrie et néonatologie-Hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte (1).

Introduction:
Les cathéters veineux centraux (CVC) sont des dispositifs médicaux largement utilisés en pédiatrie pour assurer un accès veineux fiable et rapide. Cependant, leur utilisation n'est pas dénuée de risques, et plusieurs complications peuvent survenir, notamment les complications infectieuses, thromboemboliques ou mécaniques.

Objectifs:
Préciser le profil épidémiologique et les complications associées au cathétérisme veineux central chez les enfants hospitalisés dans un service de pédiatrie générale.
Matériel et méthodes:
Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée au sein du service de pédiatrie et de néonatologie de l'hôpital universitaire Habib Bougatfa de Bizerte sur une période de 18 mois (1er janvier 2023- 30 juin 2024). Nous avons inclus tous les nouveau-nés et les enfants âgés de moins de 14 ans hospitalisés dans notre service et qui ont eu un ou plusieurs CVC pendant leur hospitalisation.
Résultats:
Nous avons colligé 56 malades durant la période d'étude. Les patients qui ont eu recours à un CVC représentaient 1,1% de l'ensemble des hospitalisations dans notre service. Les nouveau-nés ont représenté la tranche d'âge majoritaire, soit 75% des cas. Notre série a inclus 61 cathéters, parmi lesquels : cinq cathéters jugulaires par voie épicutanée (8,2%), cinq cathéters jugulaires internes par voie chirurgicale de type Broviac (8,2%), neuf cathéters fémoraux (14,7%) et 42 KTVO (68,85%). La principale indication d'accès vasculaire central était le très faible poids de naissance suivie par les difficultés d'accès veineux périphérique, les troubles hémodynamiques, l'hypoglycémie, exsanguino-transfusion, l'acidocétose sévère, l'entérocolite ulcéro-nécrosante ou patient intubé. Le délai moyen pour la mise du cathéter était 18 heures par rapport à l'admission. La durée moyenne pendant laquelle le cathéter a été gardé était de cinq jours. L'évolution a été marquée par la survenue de complications dans 21,3% des cas. Les complications étaient de type thromboembolique dans 8,2% des cas (N=5), infectieuses dans 6,5% des cas (N=4), fuite de liquide de perfusion par le cathéter dans 3,27% des cas (N=2), un CVC mal positionné et un cas d'endocardite infectieuse. La durée moyenne du séjour était de 18 jours. Dans notre population, le décès est survenu dans 25 % des cas, 3,6% des malades ont nécessité le transfert à une autre structure de soins. L'évolution était favorable dans 71,4% des cas.
Conclusion:
Les complications associées aux CVC sont essentiellement d'ordre infectieux, thromboembolique et mécanique. La prévention de ces complications repose sur une approche multidisciplinaire incluant pédiatrie-réanimateur, radiologue et biologiste est nécessaire pour éviter les morbidités surajoutées chez des enfants gravement malades.

P390 - La péricardite aiguë chez l'enfant

I. Moalla (1), S. Tighlet (1), M. Hamdeni (1), S. Trichili (1), H. Ben Hmadou (1), B. Maalej (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B Hedichaker (1).

Introduction:
La péricardite aiguë chez l'enfant est une affection grave caractérisée par une inflammation du péricarde, souvent associée à un épanchement péricardique, et nécessite un diagnostic et un traitement précoces pour éviter les complications majeures
Objectifs:
Etudier les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques et étiologiques de la péricardite aigue (PA) chez l'enfant ainsi que sa prise en charge.
Matériel et méthodes:
Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas de PA au service de pédiatrie B durant la période allant de 2011 à 2024.
Résultats:
IL s'agit de 13 cas. L'âge moyen était de 1,5 ans avec des extrêmes allant du 13 mois jusqu'à 13 ans. Il sont 5 garçons et 8 filles. Sur le plan clinique la fièvre était présente dans 11 cas des douleurs thoraciques dans 7 cas et une dyspnée dans 6 cas. La cardiomégalie était observée dans 9 cas à la radiographie. L'ECG était normal dans 8 cas, le micro-voltage était présent dans 2 cas, l'alternance électrique dans 1 seul cas, un sus PQ dans 1 cas, un sus ST dans un seul cas. L'ETT a montré un

épanchement de faible abondance dans 6 cas, moyenne abondance dans 2 cas et de grande abondance dans 4 cas avec des signes de compression dans 1 cas et une tamponnade dans 1 cas. Les étiologies de la PA étaient : virale dans 3 cas, le covid-19 dans 1 cas et le MISC dans 4 cas, la cause rhumatismale était dans 1 seul cas, le lupus dans 1 cas, maladie de Kawasaki dans 1cas et une origine bactérienne est dans 2 cas. Un drainage a été effectué dans 2 cas. Pour le traitement médical, une antibiothérapie a été prescrite dans 8 cas, une corticothérapie dans 6 cas, les AINS dans 3 cas, la colchicine dans 3 cas, la veinoglobuline dans 5 cas et l'antiagrégant plaquettaire dans 8 cas

Conclusion:

La PA est une pathologie peu fréquente et la présentation clinique initiale est très variée dépendant de l'abondance de l'épanchement péricardique.

P391- Bronchiolite Sévère Traînante révélant une Dysplasie Bronchopulmonaire Kystique

M. Loukil (1), M. Dabbeche (1), M. Feki (1), I. Elleuch (1), M. Laadhar (1), F. Safi (1).
réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

Introduction:

La bronchectasie ou dilatation des bronches (DDB) est une maladie courante dans les pays en développement secondaire à une multitude d'étiologies. Elle est souvent sous-évaluée et mal étudiée, représentant une source significative de morbidité et de mortalité en pédiatrie.

Objectifs:

• Présenter un cas clinique de bronchiolite sévère traînante chez un nourrisson de 4 mois, compliquée par une DDB kystique. • Discuter des défis diagnostiques et thérapeutiques associés à cette pathologie.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de sexe féminin, âgé de 4 mois, issu de parents consanguins, sans antécédents médicaux notables, hospitalisée en réanimation pour une détresse respiratoire sévère évoluant depuis deux semaines.

Résultats:

À l'admission, l'enfant présentait une tachypnée marquée,des signes de lutte respiratoire importants, avec des sibilants bilatéraux à l'auscultation pulmonaire. Le diagnostic de Bronchiolite aigue sévère était retenu et le recours à une ventilation mécanique invasive était nécessaire avec mise en place d'un cathéter central. La PCR du virus respiratoire syncytial (VRS) est revenue positive. La radiographie thoracique montrait des opacités interstitielles diffuses et une hyperinflation pulmonaire. L'état clinique de la patiente s'est aggravé par une hypertension artérielle pulmonaire sévère, ayant nécessité l'instauration d'un traitement par monoxyde d'azote pendant 4 jours. L'évolution trainante de la BA ainsi que la persistance d'images alvéolaires en bilatérales localisées au niveau des deux bases pulmonaires nous a incité à réaliser un scanner thoracique. Celui-ci a mis en évidence des kystes pulmonaires multiples, évocateurs d'une dilatation des bronches (DDB) kystique localisée à la base droite. L'hémoculture a isolé Stenotrophomonasmaltophilia ce qui a soulevé également la question d'un terrain immunodéprimé sous-jacent. Les sérologies des germes atypiques et aspergillaires ont été réalisées, toutes revenues négatives. Une biologie moléculaire pour la mucoviscidose ainsi qu'un bilan immunitaire sont en cours d'analyse. La durée totale de la ventilation mécanique était de 14 jours avec relais par lunette haut débit pendant 7jours. Une ATB à visée nosocomiale était administré pendant 14 jours avec une bonne évolution clinico-biologique. Le pronostic de cette patiente dépendra de la confirmation ou non d'une pathologie sous-jacente comme la mucoviscidose ou un déficit immunitaire, ainsi que de la réponse aux traitements instaurés. Un suivi multidisciplinaire incluant pneumo pédiatres, infectiologues et généticiens sera indispensable pour optimiser la prise en charge et anticiper d'éventuelles complications.

Conclusion:

La bronchiolite sévère traînante chez un nourrisson peut être compliquée par une DDB kystique, nécessitant une évaluation diagnostique approfondie. La prise en charge de ces patients nécessite une approche multidisciplinaire et une vigilance accrue pour optimiser les résultats cliniques.

P392 - Noyades chez l'enfant

J. Mdaini (1), J. Ben Hfaiedh (1), S. Khlif (1), J. Kanzari (1), M. Ammous (1), E. Marmech (1), A. Guizani (1), S. Halioui (1), I. Selmi (1), O. Azzabi (1), N. Siala (1).
service de pédiatrie et de néonatologie hôpital Mongi Slim (1).

THEMES:
Urgences-Réanimation

Introduction:
La noyade constitue un problème de santé publique responsable d'une mortalité importante. Elle demeure l'une des principales causes de mortalité accidentelle chez l'enfant. Elle est à l'origine d'une hypoxie aigue pouvant engager le pronostic vital et fonctionnel.

Objectifs:
Etude rétrospective descriptive menée sur une période de 5 ans entre 2020 et 2024, colligeant tous enfants hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim pour noyade.

Matériel et méthodes:
Etude rétrospective descriptive menée sur une période de 5 ans entre 2020 et 2024, colligeant tous enfants hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim pour noyade.

Résultats:
Nous avons colligé 25 enfants avec un sex-ratio de 2,57. L'âge médian était de 5,9 ans [3mois et 13 ans et 7mois]. La noyade est survenue principalement durant le mois de juillet (52%) et août (32%). La noyade a eu lieu en eau de mer (N=20) et en eau douce (N=5). Vingt-trois patients étaient victimes d'une noyade primaire. La durée moyenne d'immersion était de 4,2 minutes [1 – 10 minutes]. Une réanimation de base par les témoins était pratiquée pour 15 enfants. Le transport vers nos urgences était assuré par la protection civile pour 13 patients et était non médicalisé pour les autres cas. Une détresse respiratoire a été objectivée chez 22 patients : une polypnée (84%), hypoxie (80%), des signes de lutte marqués (68%), des râles crépitants (68%) et un geignement (N=4). Pour les répercussions hémodynamiques, 28% des patients avaient une tachycardie et un seul enfant avait des signes d'hypoperfusion périphérique. Une altération de l'état neurologique était notée dans 24% des cas avec une agitation psychomotrice chez 4 enfants. Une hypothermie à l'admission a été objectivée dans 64% des cas. De multiples anomalies biologiques ont été notées dans notre étude : hyperchlorémie (60%), acidose métabolique (32%), hypernatrémie (32%), acidose respiratoire (20%), hyponatrémie (12%) et une rhabdomyolyse biologique chez un patient. La radiographie thoracique de face était : normale (N=9) et a montré une surcharge pulmonaire (N=16). Un support ventilatoire était nécessaire pour 23 patients : un masque facial à haute concentration (52%), lunettes nasales à haut débit (24%) ou simples (12%) et une ventilation nasale à haut débit dans un cas. Un séjour en milieu de réanimation était nécessaire pour 3 patients avec un seul recours à la ventilation mécanique. 12 patients ont reçu une antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique pour une fièvre secondaire. L'évolution était favorable dans la totalité des cas avec une durée d'hospitalisation moyenne de 2,2 jours.

Conclusion:
Les noyades constituent un accident fréquent et évitable dans la population pédiatrique. La prévention primaire est essentielle par l'apprentissage à large échelle des mesures de secourisme et la sensibilisation des parents quant à l'importance de la surveillance de leurs enfants.

P393- La douleur thoracique aux urgences pédiatriques

R. Daoud (1), A. Kammoun (1), M. Ammar (1), M. Hsairi (1), A. Mahfoudh (1), B. Maalej (1), M. Weli (1), L. Gargouri (1).
Pédiatrie B CHU HédiChaker (1).

Introduction:

La douleur thoracique est un motif de consultation relativement fréquent aux urgences pédiatriques. Elle représente un symptôme le plus souvent bénigne à la différence de ce qui est retrouvé chez l'adulte. Toutefois, elle peut révéler une pathologie grave.

Objectifs:

Etudier les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives de nos malades.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective regroupant tous les enfants ayant consulté la salle d'urgence pédiatrique du service de Pédiatrie B du CHU Hedi Chaker Sfax durant une période de 4 mois allant du 01 novembre 2024 jusqu'au 28 février 2025.

Résultats:

Durant la période d'étude, 53 enfants se sont présentés aux urgences pédiatriques pour une douleur thoracique. L'âge moyen était de 9,7 ans avec des extrêmes allant de 4 ans à 13,6 ans. Une prédominance masculine a été notée avec un sex-ratio égal à 1,3. Quarante-cinq pour cent des patients ont consulté la salle d'urgence la nuit à partir de 18h. Des antécédents pathologiques ont été retrouvés chez 15 malades dont 9 sont asthmatiques. L'étude clinique a montré que la douleur thoracique évolue depuis >24 heures dans 67,9%. Des signes associés ont été retrouvés dans 49,1% principalement les signes respiratoires (53 ,8%) et la fièvre (42,3%). Un avis spécialisé de cardiologie a été sollicité dans 35,8% des cas. Concernant les explorations, une radiographie thoracique a été faite dans tous les cas révélant une origine pulmonaire dans 28,3% des cas et un ECG a été réalisé dans 83% des cas. Sur le plan biologique, un dosage de la troponine a été fait chez 35,8 % des enfants. Une ETT a été indiquée chez 8 malades revenant sans anomalies dans tous les cas. La douleur thoracique était d'origine pulmonaire (28,3%), psychogène (26,4%), cardiaque (7,5%), musculaire (5,7%) et d'étiologie inconnue dans 32% des cas. Une hospitalisation a été indiquée chez 2 malades (une crise d'asthme sévère et une pleuropneumopathie).

Conclusion:

La douleur thoracique représente un symptôme anxiogène pour l'enfant et ses parents conduisant à des explorations exhaustives souvent inutiles et couteuses.

P394 - Apport de l'échographie cardiaque au cours de la tachypnée transitoire du nouveau-né

O. Bahlous (1), A. Miraoui (1), H. Heni (1), Y. Koumi (1), A. Louati (1), A. Borgi (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
Réanimation polyvalente, hôpital d'enfants Bechir Hamza de Tunis (1).

Introduction:

Plusieurs paramètres régissent l'équilibre hémodynamique du nouveau-né et garantissent une transition réussie de la circulation fœtale à la circulation post-natale. Les interactions cœur-poumons en constituent un élément important. Ainsi, toute pathologie respiratoire peut s'accompagner d'une défaillance hémodynamique de sévérité variable.

Objectifs:

L'objectif de cette étude était de décrire l'apport de l'échographie cardiaque réalisée de manière précoce et systématique chez les nouveau-nés porteurs de formes sévères de tachypnée transitoire du nouveau-né (TTN).

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective menée dans le service de réanimation pédiatrique polyvalente de l'hôpital Béchir Hamza de Tunis. Ont été inclus tous les nouveau-nés à terme admis pour TTN nécessitant une assistance ventilatoire mécanique, stables sur le plan hémodynamique, durant l'année 2024. L'indication de ventilation mécanique est posée par le clinicien. Une échographie pulmonaire et cardiaque est réalisée chez chaque nouveau-né, après stabilisation, afin de poser le diagnostic étiologique de la détresse respiratoire et évaluer son retentissement.

Résultats:

Nous avons colligé 42 cas. Le sex-ratio était de 2,8. Le mode d'accouchement était la césarienne dans 95 % des cas. L'âge gestationnel moyen était de 37 semaines d'aménorrhée et 4 jours (min-max : 37-41). Le poids moyen à la naissance était de 3258 g (min-max : 2450-4500g). Le délai médian de transfert en réanimation était de 19,6 heures [IQR : 3-56 heures]. Le score de Silverman moyen était de 3 (min-max : 2-5). La saturation moyenne en oxygène était de 92 % (min-max : 72-100%). Le recours à la ventilation mécanique était indiqué d'emblée chez 32 patients. La fréquence cardiaque moyenne à l'admission était de 140 bpm (min-max : 107-176). La pression artérielle moyenne était de 53 mmHg (min-max : 38-66 mmHg). Une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) a été constatée chez 27 patients (64%). Elle était associée à une dysfonction cardiaque dans 11 cas, majoritairement droite (9 cas). La dobutamine a été prescrite dans 30% des cas avec une durée moyenne de 32,1 heures (min-max : 12-48 heures). La durée de la ventilation mécanique était de 3,7 jours (min-max : 1-8 jours). L'âge moyen à la sortie était de 5,8 jours (min-max : 2-10 jours).

Conclusion:

Une échographie cardiaque précoce et systématique permet le dépistage d'une HTAP et d'en évaluer le retentissement sur la fonction cardiaque au stade asymptomatique chez tout nouveau-né porteur d'une forme sévère de TTN et d'anticiper pour la prise en charge thérapeutique.

P395 - Coqueluche grave en réanimation pédiatrique

M. Mhenni (1), A. Miraoui (2), A. Louati (1), Y. Koumi (1), A. Borji (1), A. Bouziri (1), K. Menif (1).
réanimation pédiatrique polyvalente (1).réanimation pédiatrique polyvalente,HET (2).

Introduction:

Bien que souvent considérée comme une maladie bénigne de l'enfance, la coqueluche représente un problème de santé publique à cause de sa réémergence et l'augmentation de la mortalité au cours des formes sévères chez les nourrissons non vaccinés.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des formes sévères de coqueluche prises en charge en réanimation pédiatrique et étudier les principaux facteurs associés à la mortalité.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective, descriptive, monocentrique portant sur les nourrissons atteints de coqueluche sévères et hospitalisés au service de réanimation pédiatrique polyvalente de l'hôpital d'enfants de Tunis sur une période de 12 ans (2013 – 2024). Le diagnostic a été confirmé par une PCR positive à Bordetella pertussis/ parapertussis.

Résultats:

Nous avons inclus 55 patients dont 85% non vaccninés. L'âge médian était de 53 jours [IQR : 30,5-67,5]. En préhospitalier, la toux était le symptôme le plus relevé (98%). Avant transfert, l'examen clinique a relevé une polypnée chez 35 patients (63%), suivie par la tachycardie chez huit patients (15%). La NFS pratiquée avant le transfert a montré un taux de GB médian de 50 950 E /mm³ [IQR : 35 470 -73 000]. Les macrolides ont été prescrits dans 52% des cas seulement avant transfert. En réanimation, trente-six patients (65%) présentaient une tachycardie associée à un état de choc dans 20 cas (36%). Une défaillance neurologique était présente chez 14 patients (25%). Le taux maximal médian de GB était à 55 350 E/mm 3 [IQR : 41565–82850]. La prise en charge thérapeutique a fait appel à la ventilation mécanique (VM) (89%), aux drogues vasoactives (55%) et l'échange transfusionnel (ET) (74%). Un décès est survenu dans 17 cas (30%). L'étude des facteurs associés à la mortalité a montré une différence statistiquement significative pour la présence de convulsions (p=0.003) et de la fièvre (p=0.017), l'absence de mise sous macrolides avant le transfert (p=0.001). En réanimation, nous avons retenu la fièvre (p=0.002), l'hypoglycémie (p=0.011), la tachycardie(p=0.010), l'état de choc (p<0.001), l'hypoxie (p=0.03) ainsi que la présence d'une détresse neurologique (p=0.003), la présence d'une HTAP à l'ETT (p=0.006), la dilatation du VD (p<0.001). Les patients décédés avaient un taux de GB significativement plus élevés (p<0.001), un ph plus acide (p=0.034) ainsi qu'une lactacidémie médiane plus élevée (p=0.001). La VM (p=0.048), le monoxyde d'azote inhalé (p=0.008) ainsi que l'ET étaient significativement associés au décès (p= 0.003).

Conclusion:

La mortalité observée au cours de la coqueluche reste importante malgré l'amélioration de la prise en charge globale. Le seul moyen pour éviter les formes graves reste la prévention primaire, en insistant sur l'intérêt de la vaccination de la femme enceinte.

P396 - Myocardite à Cytomégalovirus grave chez le nourrisson révélant un déficit immunitaire. Difficultés diagnostique et thérapeutique : A propos d'un cas.

I. Dachraoui (1), H. Fraj (1), S. Hannachi (1), A. Merddassi (1), F. Ben Salah (1), A. Bouzouita (1), C. Letaief (1), M. Hassiki (1), S. Blibech (1).

Service de Néonatologie et de Réanimation Néonatale, HMPIT (1).

Introduction:

Les myocardites sont des pathologies définies par la présence d'infiltrats inflammatoires myocardiques associés à une nécrose myocytaire d'origine non ischémique. La forme fulminante de la maladie serait en rapport avec une infection par un virus à tropisme cardiaque.

Objectifs:

Décrire une présentation clinique grave de myocardite à Cytomégalovirus chez un nourrisson.

Matériel et méthodes:

Nous rapportons le cas rare d'une myocardite à Cytomégalovirus (CMV) chez un nourrisson à début insidieux de dyspnée fébrile et d'évolution fulminante.

Résultats:

Razan âgée de 4 mois a été transférée du service de Pédiatrie à l'unité de Réanimation Néonatale pour la prise en charge d'une insuffisance cardio-respiratoire fébrile en plateau évoluant depuis 16 jours d'hospitalisation. Elle est le premier enfant d'un couple non consanguin. La grossesse était

compliquée d'une toxémie gravidique. L'accouchement s'est fait par césarienne à 36 SA pour souffrance fœtale aigue. Elle avait un faible poids de naissance avec une mauvaise adaptation à la vie extra utérine. Elle était intubée en salle de naissance et hospitalisée pendant 11 jours pour prise en charge d'une détresse respiratoire immédiate en rapport avec un pneumothorax droit spontané. Elle était suivie pour hypothyroïdie congénitale. A l'âge de 4 mois, elle a été hospitalisée en Pédiatrie pour une dyspnée sifflante fébrile ou le diagnostic de de bronchiolite aigue sévère surinfectée a été retenu. L'évolution était marquée par l'altération de l'état général à J 16 d'hospitalisation avec une fièvre en plateau et une décompensation cardiaque. Cliniquement il existait une hépatomégalie et une hypotonie. La radiographie thoracique a mis en évidence une cardiomégalie. La biologie a montré un syndrome inflammatoire avec des NT-pro BNP à 9 600 ng/L. L'échographie cardiaque avait montré une FeVG à 45- 50% , une HTAP et un aspect Ebstein mineur. Le bilan étiologique de la myocardite avait montré une sérologie et une PCR CMV dans les urines positives. Le scanner thoracique a montré des lésions de pneumopathie évocatrices d'infection à CMV. Un déficit immunitaire primitif combiné était suspecté devant un taux bas de cellules lymphocytaires Natural Killer. L'étude génétique par Whole Exome Sequencing est en cours. La patiente était mise sous ganciclovir. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'insuffisance cardio-respiratoire justifiant l'assistance ventilatoire. A j25 d'hospitalisation la patiente présentait un état de choc cardiogénique réfractaire à la réanimation.

Conclusion:

Nous présentons un cas d'infection grave cardio-pulmonire à CMV d'issue fatale chez un nourrisson ancien prématuré moyen, immuno-incompétente et discutons les aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'aide de la littérature consacrée à ce sujet.

P397 - Profil évolutif de la bronchiolite aiguë sur cardiopathie congénitale

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

service de pédiatrie B, Hôpital d'enfants de Tunis (1).

Introduction:

La bronchiolite aiguë est une infection virale fréquente souvent causée par le virus respiratoire syncytial. Son évolution chez un nourrisson porteur d'une cardiopathie congénitale est souvent plus complexe.

Objectifs:

Décrire le profil évolutif de la bronchiolite aiguë chez les nourrissons porteurs d'une cardiopathie congénitale.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les enfants porteurs d'une cardiopathie congénitale et hospitalisés au service de pédiatrie B hôpital d'enfant de Tunis pour une bronchiolite aiguë, durant la période allant du menée Novembre 2023 au mois du Mars 2024.

Résultats:

Douze nourrissons ont été recensés. L'âge médian était de 3,5 mois [1-9 mois]. Le sex-ratio était 2. Le diagnostic de cardiopathie congénitale a été fait en anténatal chez deux enfants (maladie d'Ebstein chez un malade et une cardiopathie complexe type ventricule unique chez un autre), en période néonatale chez 4 nourrissons et durant l'épisode de la bronchiolite chez la moitié des enfants. A l'admission, une hypotrophie a été objectivée chez 25% des malades. La bronchiolite était sévère (Score de Wang ≥ 8) dans 50% des cas. Neuf malades (75%) ont nécessité une oxygénothérapie avec recours à la ventilation mécanique chez 4 malades. Les 5 autres malades ont bénéficié d'une ventilation non invasive. La durée moyenne de l'oxygénothérapie était de 16,75 jours [22 heures-61 jours]. La bronchiolite aiguë était compliquée de trouble ventilatoire chez 3 malades, de surinfection bactérienne chez 2 malades et d'une insuffisance cardiaque avec recours aux drogues vaso-actifs chez 2 malades. La durée moyenne d'hospitalisation était de 19 jours [2

jours-64 jours]. Trois cas de décès (25%) ont été notés (1 cas de canal atrio-ventriculaire complet, 1 cas de maladie d'Ebstein et 1 cas de communication interventriculaire).

Conclusion:

Une bronchiolite aiguë chez un nourrisson avec une cardiopathie congénitale sous-jacente en particulier avec un shunt gauche-droite doit motiver une surveillance optimale en raison du risque accru des complications.

P398 - Actualités sur le traitement de la cardiomyopathie dilatée chez les enfants

M. Loukil (1), Y. Achich (2), M. Feki (1), I. Elleuch (1), F. Safi (1).

réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).service de pédiatrie B sfax (2).

Introduction:

Le traitement de la cardiomyopathie dilatée (CMD) a clairement évolué ces dernières années avec l'introduction de nouvelles classes pharmacologiques. Ce traitement est à la fois symptomatique et étiologique. Le traitement symptomatique repose principalement sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, prévenant ainsi la progression de la maladie et les complications associées telles que la dysfonction des organes vitaux et les AVC. Le traitement étiologique varie selon la cause.

Objectifs:

Détaillez les nouveautés thérapeutiques dans la prise en charge de la cardiomyopathie dilatée chez la population pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective descriptive couvrant 28 cas de cardiomyopathie dilatée (CMD) chez l'enfant, recueillis dans le service de réanimation de l'hôpital Hédi Chaker de Sfax sur une période de 13 ans (2012-2024).

Résultats:

Nous avons collecté 28 cas . L'âge moyen était 18 mois. Dix-neuf enfants ont été hospitalisés en unité de soins intensifs. Une restriction hydrique était indiquée dans 89,3 % des cas et un support ventilatoire était nécessaire dans 75 % des cas. Des diurétiques ont été administrés à 26 enfants. Des inhibiteurs de l'enzyme de conversion ont été administrés à 20 enfants. Des bêtabloquants ont été administrés à 15 enfants . Des anticoagulants ont été administrés à 7 enfants. Des inotropes ont été administrés à 19 enfants .Des médicaments antiarythmiques (Cordarone®) ont été prescrits à 2 enfants .Deux nouvelles classes thérapeutiques ont été prescrites : inhibiteurs du co-transporteur sodium-glucose type 2 (Divinus®) prescrit à un seul patient, et des inhibiteurs d'angiotensine-néprilysine (Entresto®) prescrits à 5 enfants. La L-Carnitine a été administrée chez 8 enfants, une antibiothérapie combinant cotrimoxazole et rifampicine a été initiée en cas de CMD secondaire à une fièvre Q. Deux cas de CMD secondaire à un trouble du rythme par flutter auriculaire ont nécessité un choc électrique externe. L'évolution était fatale pour 14 enfants.

Conclusion:

La prise en charge de la CMD doit être précoce, rapide et multidisciplinaire, impliquant une collaboration étroite entre le pédiatre réanimateur et le cardiologue. Le traitement est à la fois symptomatique et étiologique.

P399 - Particularités de la bronchiolite virale chez les nourrissons présentant des cardiopathies congénitales

M. Loukil (1), K. Benamor (1), M. Feki (1), I. Elleuch (1), F. Safi (1).

réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

Introduction:

La bronchiolite est une infection respiratoire virale, principalement causée par le virus respiratoire syncytial (VRS). Elle constitue une menace particulièrement grave pour les jeunes enfants, notamment ceux avec des comorbidités, telles que les cardiopathies congénitales. Ces derniers

peuvent développer des complications sévères, nécessitant parfois une hospitalisation en réanimation pédiatrique.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est d'analyser les spécificités de l'évolution de la bronchiolite virale chez les nourrissons porteurs de cardiopathies congénitales et qui ont nécessité une hospitalisation en milieu de réanimation pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Cette étude rétrospective a porté sur la période allant de janvier 2019 à décembre 2024.

Résultats:

Parmi les 820 cas de bronchiolites virales hospitalisés en réanimation pédiatrique, 102 concernaient des nourrissons porteurs de cardiopathies congénitales. L'âge moyen des patients était de 14 mois, avec des extrêmes allant de 20 jours à 11 mois. La majorité des cas a été diagnostiquée durant la période hivernale. Parmi ces cas, 33 % avaient une cardiopathie congénitale non diagnostiquée auparavant, révélée par la bronchiolite virale. Les signes cliniques les plus fréquents étaient la dyspnée (100%), la fatigabilité (27 %), la cyanose (60%). Tous les nourrissons présentaient une cardiomégalie à la radiographie thoracique. La recherche virologique dans les secrétions nasopharyngés a isolé le VRS dans 70 cas, SARS-CoV-2 dans 21 cas et autres virus dans 11 cas. Les étiologies principales des cardiopathies congénitales étaient une communication interventriculaire dans 62 cas, une communication interauriculaire dans 21 cas, une communication atrioventriculaire dans 10 cas et des cardiopathies complexes dans 9 cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours. L'issue était favorable dans 90 % des cas.et fatale dans les autres cas.

Conclusion:

Le VRS est responsable d'une morbi-mortalité significative chez les nourrissons atteints de cardiopathies congénitales. Il est crucial d'assurer un diagnostic précoce et de mettre en place des stratégies de prise en charge optimales ainsi que des mesures de prévention efficaces.

P400 - Stratégies de gestion du choc septique chez la population pédiatrique

M. Feki (1), M. Loukil (1), I. Elleuch (1), F. Safi (1).

réanimation pédiatrique CHU Hedi chakersfax (1).

Introduction:

Le choc septique pédiatrique (CSP) constitue une situation critique et complexe, nécessitant une prise en charge rapide. Cette condition potentiellement mortelle découle d'une réponse inadéquate de l'hôte à l'infection, entraînant une inflammation systémique, une dysfonction organique et une instabilité hémodynamique.

Objectifs:

Ce travail vise à étudier les caractéristiques cliniques et thérapeutiques du CSP en réanimation pédiatrique en Tunisie.

Matériel et méthodes:

Une étude rétrospective de cohorte sur 5 ans a été menée(2020-2024), incluant tous les enfants admis au service de réanimation pédiatrique de l'Hôpital universitaire Hedi Chaker à Sfax pour un CSP.

Résultats:

Dix-huit patients ont été inclus dans l'étude. Le ratio hommes/femmes était de 2. L'âge médian était de 3,8 mois. Le signe le plus fréquemment présenté était des symptômes respiratoires. L'examen clinique a révélé une tachypnée dans 11 cas, des râles crépitants à l'auscultation dans 7 cas, et une hypotension dans 15 cas. Des signes d'hypoperfusion périphérique étaient évidents dans tous les cas. Les niveaux de CRP étaient supérieurs à 100 mg/L dans 6 cas. Une insuffisance rénale fonctionnelle a été notée dans 6 cas. Les examens bactériologiques ont permis d'identifier l'agent pathogène dans 2 cas. La ventilation mécanique a été initiée dans 15 cas, et les médicaments vasoactifs étaient nécessaires dans 14 cas. Un remplissage vasculaire a été requis dans 17 cas. Une antibiothérapie a été administrée dans tous les cas. L'évolution clinique était fatale dans 11 cas.

Conclusion:

L'identification précoce de la septicémie, l'administration rapide d'antibiotiques et une expansion volémique adéquate constituent les principes fondamentaux de la gestion du CSP.

P401 - Etat de mal convulsif en milieu de réanimation: profil epidémiologique

O. Sonnara (1), M. Feki (1), M. Loukil (1), M. Ladhar (1), J. Aloulou (1), A. Elleuch (1), F. Safi (1).
Réanimation pédiatrique Sfax (1).

Introduction:

L'état de mal convulsif (EMC) est un motif d'hospitalisation fréquent dans les milieux de réanimation pédiatrique. Il s'agit d'une urgence avec risque de séquelles neurologiques pouvant être irréversibles et allant jusqu'au décès.

Objectifs:

Déterminer le profil épidémiologique et le terrain des enfants admis en réanimation pour état de mal convulsif

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une période de quatre ans (2020-2023) dans l'unité de réanimation pédiatrique du CHU Hedi Chaker à Sfax. Nous avons inclus tous les enfants admis pour état de mal épileptique.

Résultats:

Notre étude a été menée auprès de 40 enfants traduisant 5,25% des enfants hospitalisés en réanimation pédiatrique. Une légère prédominance masculine était notée avec une sex-ratio (H/F) à 1,1. L'âge moyen était de deux ans avec des extrêmes variant de 14 jours à 10 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 1 mois à 2 ans, représentant 70% de la population. Vingt-sept cas soit 67,5% de notre population étaient originaire du gouvernorat de Sfax. Treize enfants (32,5%) provenaient d'autres gouvernorats de Sud. La notion de prématurité a été retrouvé chez un seul cas (2,5%). Cinq enfants (12,5%) présentaient un score d'Apgar inférieur à 7 avec recours à la ventilation mécanique chez trois enfants. Un retard des acquisitions psychomotrices a été rapporté dans sept cas (17,5%). L'EMC était inaugural chez 80% des cas (32 enfants). Un antécédent de convulsion était retrouvé dans 8 cas (20%). Seulement cinq enfants (62,5%) avaient une association entre retard psychomoteur et antécédent de convulsion. Les étiologies de ces convulsions étaient : le syndrome de West, crise fébrile, thrombose veineuse cérébrale et épilepsie idiopathique. Parmi ces enfants, trois étaient sous bithérapie anticonvulsivante. Le reste étaient sous monothérapie. Une mauvaise observance du traitement a été retrouvé dans 37,5% des enfants sous traitement. Pour les autres antécédents, la pneumopathie a été retrouvé dans 5% des cas. 95% des enfants étaient correctement vaccinés. Aucun cas de vaccination récente n'était retrouvé. Parmi notre population, 33% étaient issus d'un mariage consanguin, avec des degrés de consanguinité variable. Des antécédents d'épilepsie dans la famille ont été rapportés dans 25% des cas.

Conclusion:

Les étiologies des EMC constituent un groupe hétérogène d'affections à caractères épidémiologique, clinique et évolutif variables. Ces études serviront à rechercher et à prévenir les facteurs de risque d'EMC afin d'améliorer le pronostic et diminuer le risque de séjour en réanimation.

Vaccination

P402 - Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 12 à 23 mois en matière de vaccination du PEV dans la commune de Parakou en 2024

A. Noudamadjo (1), MC. Atchanhouin (2).
Unité de Néonatologie, Service de Pédiatrie, CHU départemental Borgou, Bénin (1).École Nationale de Formation des Techniciens Supérieurs en Santé Publique et Surveillance Épidémiologique (2).

Introduction:

L’une des interventions de santé publique les plus efficaces au monde est la vaccination. La couverture vaccinale est en déclin dans le monde en lien probable avec la gestion de la pandémie de COVID-19. Le corollaire est la flambée des cas de rougeole jadis rares.

Objectifs:

Décrire les connaissance, attitude et pratique des mères d’enfants âgés de 12 à 23 mois en matière de vaccination du PEV.

Matériel et méthodes:

Il s’est agi d’une étude transversale à visée analytique incluant les mères d’enfants de 12 à 23 mois avec collecte prospective des données en 2024 dans la commune de Parakou. La sélection a été faite par sondage aléatoire en grappes à deux degrés dans 10 quartiers sur les 42 de la commune.

Résultats:

Au terme de l’étude, 398 mères d’enfants ont été inclus parmi lesquelles, 23,87% avaient une bonne connaissance ; 45,48% une attitude favorable, et 34,17% une pratique adéquate en matière de vaccination du PEV. La proportion des enfants complètement vaccinés tous antigènes confondus, était de 57,70%. L’âge de la mère, son niveau d’instruction, sa profession, sa religion, son revenu mensuel, l’âge de l’enfant et son statut vaccinal, l’utilisation des consultations pré et postnatale, le lieu de naissance de l’enfant et la connaissance du calendrier vaccinal par la mère étaient associés à la connaissance. Par ailleurs le niveau d’instruction, l’ethnie, la religion, le revenu mensuel de la mère, le rang de naissance et le statut vaccinal de l’enfant ainsi que la présence de consultation pré et postnatale puis la connaissance du calendrier vaccinal par la mère étaient associés aux pratiques des mères en matière de vaccination du PEV dans la commune de Parakou en 2024.

Conclusion:

Le niveau de CAP des mères de Parakou sur la vaccination du PEV reste faible. Les résultats soulignent l’importance de l’éducation continue et du soutien ciblé pour améliorer la compréhension des mères et leur adhésion à la vaccination.

