

SOCIÉTÉS CORRESPONDANTES

Les XIX^e rencontres francophones de pédiatrie.

Réunion commune de l'Association des pédiatres de langue française (APLF) et du département de pédiatrie de l'hôpital St-Vincent-de-Paul de Paris. Communications libres. (Samedi 8 octobre 2005. Faculté de médecine de Paris)

Organisateurs: D. Gendrel (APLF, SVP), J. Laugier (APLF) & C. Dupont (SVP)
E-mail: dominique.gendrel@svp.ap-hop-paris.fr

Rubéole congénitale. À propos d'une observation.

O. Ndiaye (1), I. Diagne (1), A. Sylla (1),
M. Gueye-Ba (2), S. Diouf (1), T. Kwon (1),
M. G. Sall (1), M. Ba (1) & N. Kuakivi (1)

(1) Service de pédiatrie, CHU. BP 15872, Dakar, Sénégal.

Dr O Ndiaye : Tél. 6399600, E-mail : ondiaye@refer.sn

(2) Service de gynécologie obstétrique. CHU de Dakar, Sénégal.

La rubéole est une affection banale chez l'adulte. Par contre, lorsqu'elle atteint la femme enceinte, elle peut être responsable d'embryofoetopathies sévères. Au Sénégal, depuis le premier cas décrit en 1975 par FALL M *et al.*, aucune autre observation n'a été rapportée. Nous décrivons un nouveau cas qui a été diagnostiqué et suivi dans le service de néonatalogie du centre hospitalier Abass Ndao de Dakar.

Observation

Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe féminin, né le 11 février 1998 au terme de 40 semaines de gestation. La mère était une 3^e geste, 3^e pare, âgée de 28 ans au moment de l'accouchement. La grossesse se serait déroulée normalement. En revanche, aucune sérologie en dehors de celle de la syphilis (BW) n'avait été effectuée. L'accouchement s'était déroulé normalement par voie basse donnant naissance à un nouveau-né dont le score d'APGAR était de 9 à la 5^e minute. L'examen clinique de ce nouveau-né avait permis de mettre en évidence un retard de croissance harmonieux avec un poids de naissance de 2 200 g (<3^e P), une taille de 45 cm (<3^e P), un périmètre crânien de 32 cm (<10^e P) et une opacité cornéenne diffuse bilatérale (dystrophie cornéenne) évocateurs d'une embryofoetopathie. Le diagnostic de rubéole congénitale était confirmé à la sérologie par méthode ELISA qui montrait la présence d'IgG et d'IgM positives chez le nouveau-né et uniquement les IgG chez la mère. Le bilan lésionnel complémentaire révélait une perturbation sévère de l'électrorétinogramme (ERG), des potentiels évoqués visuels (PEV), des potentiels évoqués auditifs (PEA) et la présence d'une CIA type *ostium secundum* à l'échocardiographie. L'évolution était marquée par la persistance d'un retard sévère du développement staturo-pondéral et psychomoteur. Le décès est survenu à l'âge de 3 ans.

Devant la gravité de cette embryofoetopathie et l'absence de traitement curatif, nous insistons sur la prévention par la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer.

Infections dues au Cytomegalovirus chez le nourrisson. À propos de deux cas.

P. M. Faye, B. Camara, M. M. C. B. O. Leye,
I. D. Ba, I. Deme, A. Ba, A. Ly-Ba, M. Ba
& H. D. Sow

Centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer, BP 25755, Dakar, Sénégal.

E-mail : fayemakhou@hotmail.com

Le Cytomegalovirus est un virus du groupe Herpes, classiquement incriminé dans la survenue d'embryofoetopathies avec syndrome malformatif à la naissance. Les atteintes périnatales dues à ce virus peuvent revêtir des formes particulièrement sévères. Nous rapportons l'observation de deux nourrissons.

Observation 1

Nourrisson de 13 mois, sexe masculin, né à terme, avec notion de souffrance foetale et retard des acquisitions motrices. Il est admis le 30 juin 2004 pour un syndrome infectieux, une détresse respiratoire avec des râles crépitants diffus bilatéraux et un tableau neurologique à type d'état de mal convulsif et de troubles de la conscience. Il présente par ailleurs un retard staturo-pondéral avec une malnutrition modérée à sévère.

L'hémogramme montre une anémie à 9 g/dl, une thrombopénie à 68 000 et la présence de schizocytes. La cytochimie du LCR est normale. La sérologie CMV est positive (IgG et IgM). La sérologie rétrovirale et le reste du bilan infectieux sont revenus négatifs. La radiographie pulmonaire note des opacités réticulonodulaires diffuses et le scanner cérébral montre une importante atrophie cortico-sous-corticale de siège fronto-temporo-pariétal. L'évolution est marquée par des séquelles neurosensorielles importantes alors que les anomalies hématologiques sont transitoires.

Observation 2

Nourrisson de 10 mois, sexe féminin, sans antécédents notables, reçu le 22 février 2005 pour syndrome infectieux, crises convulsives en état de mal, nystagnus. Il est malnutri. L'hémogramme montre une pancytopenie périphérique. La cytologie du LCR montre 10 éléments lymphocytaires. La sérologie CMV est positive (IgG et IgM) chez le nourrisson et chez la mère. La sérologie rétrovirale est négative.

La radiographie pulmonaire et le scanner cérébral montrent des aspects superposables à ceux de la première observation. Les séquelles neurosensorielles sont invalidantes.

Le Cytomegalovirus peut déterminer chez le nourrisson une infection systémique symptomatique, avec notamment des atteintes pulmonaire, hématologique et méningoencéphalitique. La malnutrition pourrait être un terrain favorisante.

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Expérience de l'hôpital principal de Dakar.

A. S. Ka, K. B. Fall, P. Dionne, P. M. Gueye,
Y. Dieme, M. Diokhame, M. N. Seye
& J. M. Debonne

Service de pédiatrie, Hôpital principal de Dakar, Sénégal.
E-mail : kasidy@refer.sn

L'infection pédiatrique due au VIH apparaît de plus en plus comme un véritable problème de santé publique dans le monde. Chez l'enfant, le mode de transmission prépondérant est la transmission verticale. Selon les régions du monde, elle est estimée pour le VIH1 entre 15 et 48 %. Le Programme national de lutte contre le sida du Sénégal a mis en place un programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) par l'administration d'un régime court d'ARV dans la région de Dakar depuis le mois de juillet 2000.

Le but de notre travail est d'évaluer au niveau du site de l'hôpital Principal le déroulement et les résultats préliminaires d'un programme démonstratif sur la PTME au Sénégal.

Observation

Il s'agit d'une étude prospective sur une durée de 57 mois avec recueil de données portant sur une cohorte de femmes enceintes séropositives au VIH et sur les enfants nés de ces femmes.

Quarante-six femmes enceintes séropositives d'âge moyen de 29,5 ans, résidant essentiellement dans la région de Dakar, ont été incluses, dont six dépistées au cours de la consultation prénatale, quarante suivies avant leur grossesse dans une cohorte. Quarante-deux patientes étaient infectées par le VIH1, trois par le VIH2 et une par les deux types.

Vingt-sept d'entre elles avaient reçu une chimioprophylaxie ARV seule, dont 26 avec de l'AZT et une avec de la NVP. Dix-sept étaient sous traitement ARV pour leur propre compte.

Au cours du suivi, il a été observé un avortement de 20 SA, une rétention d'œuf mort (ROM) à 34 SA et un mort né par hémorragie rétroplacentaire (HRP) à 37 SA. Une patiente porteuse d'une cardiopathie était décédée avant l'accouchement par insuffisance cardiaque, une autre était perdue de vue.

Quarante et un enfants sont nés et ont été hospitalisés dans l'unité de néonatalogie pour poursuite de la prophylaxie ARV (rétrovir dans 38 cas, névyparine dans 2 cas).

Un allaitement artificiel soutenu par le programme a été choisi par toutes les mères. Une croissance staturale normale a été observée pour tous les enfants au cours du suivi. Trente huit enfants ont bénéficié d'une vaccination complète par le PEV.

Les sérologies rétrovirales effectuées après le 16^e mois étaient négatives chez 31 enfants âgés de plus de 16 mois. Huit enfants sont en cours de suivi. Deux enfants ont été perdus de vue.

La faisabilité d'un programme de PTME du VIH a pu être démontrée. Le taux de transmission nul observé dans notre site constitue un résultat encourageant dans la perspective d'une généralisation de ce programme à l'ensemble du pays.

Bulles intrathoraciques chez l'enfant : attention aux infections opportunistes du VIH/SIDA.

D. Ye, C. Yonaba, O. Diallo, V. Zombre

& L. Kam

BP 5488, Ouagadougou 01, Burkina Faso.
E-mail : yediarra@hotmail.com

Le VIH/SIDA de l'enfant est toujours de découverte fortuite; les infections sont chroniques. Peu d'études ont été consacrées aux aspects radiologiques du VIH, notamment les bulles intrathoraciques.

Les étiologies de ces bulles sont multiples, mais dominées en milieu pédiatrique par les pathologies infectieuses et malformatives.

Observation

Nous rapportons le cas de deux enfants hospitalisés pour une détresse respiratoire aiguë dans un contexte fébrile. Les examens radiologiques (radiographie du thorax et scanner) ont objectivé des images de bulles intrathoraciques. L'échec du traitement non spécifique (amoxicilline, ceftriaxone, oxacilline) a motivé la réalisation d'une sérologie rétrovirale qui est revenue positive dans les deux cas. Le premier patient a été perdu de vue avant l'annonce des résultats. Le deuxième patient a bien évolué sous traitement à base de cotrimoxazole à des fortes doses.

La découverte de bulles intrathoraciques chez un enfant doit inciter à proposer une sérologie rétrovirale après avoir éliminé les autres étiologies possibles.

La rage humaine et sa prévention.

H. Benmekhbi, C. H. Moussaoui & M. Benmekhbi
Centre hospitalo-universitaire de Constantine, Algérie.

Lors d'une enquête rétrospective effectuée de 1995 à 2004 dans le service des maladies infectieuses de l'enfant, nous avons constaté que, malgré une organisation très rigoureuse de la prophylaxie de la rage humaine, son incidence reste élevée à 0,2 %, de traduction clinique très variée, pouvant faire errer le diagnostic, surtout quand la morsure a été superficielle, soignée, cicatrisée, que l'enfant a été vacciné et qu'elle est oubliée par l'enfant et ses parents.

L'objectif de cette étude était d'essayer de savoir pourquoi, malgré une prophylaxie appliquée selon la réglementation de l'Institut Pasteur et de l'OMS à l'enfant et les lois ministérielles exigeant la vaccination de tous les animaux domestiques et l'abattage des chiens errants, certains enfants développent une rage et en meurent.

De 1995 à 2004, sur 4 000 enfants hospitalisés pour maladies infectieuses, 600 enfants ont subi une agression par un animal à type de morsures, de griffures, et parmi eux 6 enfants ont développé une rage malgré une vaccination correcte.

Nous avons constaté que certaines variables individuelles, comportementales et environnementales semblent particulièrement liées à l'occurrence des agressions par l'animal.

– le plus souvent ce sont des enfants de sexe masculin (75 %), âgés entre 2 et 10 ans;

– les morsures surviennent essentiellement en fin de matinée et en fin de semaine, et sont plus fréquentes au printemps et en été;

– les zones mordues et griffées sont le plus souvent le visage (40 %), puis les membres inférieurs (30 %), les membres supérieurs (20 %), l'abdomen (10 %);

– la plaie était profonde avec délabrement tissulaire : 15 %, profonde sans délabrement : 25 %, légère : 75 %;

– l'animal agresseur est un chien (60 % = domestique 10 %, errant 50 %), un chat (30 % = domestique 3,5 %, errant 26,5 %), un renard (2 %), inconnu (8 %).

Le traitement a associé le lavage de la plaie sans suture et une vaccination associée à une sérothérapie seulement si la blessure est profonde.

Cliniquement, la symptomatologie est très variable : paralysies flasques avec hydrophobie (4 cas), troubles du comportement à type d'agitation (1 cas), état fébrile avec hydrophobie (1 cas). Le diagnostic a été confirmé cliniquement par l'apparition de l'hydrophobie et l'installation de la paralysie cardio-respiratoire, et biologiquement par le dosage des anticorps dans le liquide céphalo-rachidien.

Il ressort de notre expérience :

- que le pouvoir pathogène du virus dépend de plusieurs facteurs : la quantité de virus contenu dans l'inoculum et la réceptivité de l'enfant ;
- que la profondeur de la plaie ne doit pas conditionner le traitement et que la sérothérapie doit systématiquement et impérativement débiter en même temps que la vaccination.

Prise en charge des infections ostéo-articulaires en milieu pédiatrique.

N. Bouchair, N. Roustila, Z. Bouderdia, F. Sellahi, B. Belmehdi, Y. Benkahoul, M. Bentebbal & M. R. Cheriet

Service de pédiatrie, CHU Ben-Badis, Constantine, Algérie.

Les auteurs rapportent l'expérience du service de pédiatrie du CHU de Constantine en matière de prise en charge initiale des infections osseuses et/ou articulaires de l'enfant (nouveau-né exclu). En neuf ans et cinq mois, de janvier 1995 à mai 2004, 206 enfants ont été concernés avec une prédominance masculine nette (sex-ratio de 1,74). L'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon est de 7 ans et 7 mois. Le délai entre le début de la maladie et l'hospitalisation est de douze jours. Une porte d'entrée cutanée de l'infection est identifiée dans 1 cas sur 5, alors que la précession de la maladie par un traumatisme est rapportée dans 1 cas sur 3. La symptomatologie clinique est tout à fait classique, associant un syndrome infectieux à un syndrome inflammatoire local dont l'importance va dépendre à la fois de la topographie lésionnelle et de l'ancienneté de la maladie. C'est ainsi qu'une collection purulente cliniquement évidente est notée à l'admission dans 45,6 % des cas. Sur le plan topographique, les lésions sont articulaires pures dans 30 % des cas, osseuses pures dans 45 % des cas et mixtes dans 25 % des cas. Une localisation pleuro-pulmonaire est associée à l'atteinte ostéo-articulaire chez 23 malades, une localisation péricardique chez trois malades. Sur le plan bactériologique, un staphylocoque doré a été isolé 31 fois à l'hémoculture, 14 fois dans le liquide de ponction articulaire et 34 fois dans le liquide de ponction de la collection au niveau des segments de membre. Sur le plan radiologique, 46 malades avaient des lésions radiologiques dès l'admission à type d'apposition périostée (14 fois), de lésions lytiques (11 fois), de lésions mixtes (16 fois) et d'élargissement de l'interligne articulaire (5 fois). La scintigraphie et l'échographie osseuses n'ont été réalisées que dans un petit nombre de cas et n'ont pas été évaluées. Sur le plan thérapeutique, l'antibiothérapie de première intention a associé oxacilline et aminosides ou cefazoline-aminosides dans 97 % des cas. Elle n'a été modifiée, selon les données de l'antibiogramme ou en raison de l'existence de localisations extra-ostéo-articulaires, que dans 3 % des cas. L'immobilisation nous a souvent posé des problèmes. La mise sous traction continue, en particulier pour l'atteinte coxo-fémorale, n'a pu être réalisée qu'exceptionnellement pour des raisons matérielles. L'immobilisation plâtrée, envisagée pour la quasi-majorité des enfants (attelle

plâtrée postérieure pour les atteintes distales, plâtre circulaire pour les atteintes coxo-fémorales) rend toujours difficile le nursing des malades. Un drainage chirurgical a été réalisé chez 100 malades. Sa mise en œuvre, immédiate en cas de collection purulente cliniquement évidente, n'est décidée qu'après concertation avec les chirurgiens orthopédistes sur des critères plus cliniques qu'échographiques. L'évolution clinique a toujours été favorable, mais elle n'a pu être évaluée qu'à court terme, les malades étant secondairement pris en charge en consultation d'orthopédie. Le retard important au diagnostic et au traitement dans cette série, ainsi que l'impossibilité d'assurer une surveillance échographique quotidienne, nous ont empêché d'adopter le « protocole de Tunis » relatif à la prise en charge des ostéomyélites aiguës et basé sur la classification échographique d'Essadam et Hammou. Ceci ne pourra se faire que si le diagnostic est établi avant l'apparition d'une douleur locale ou d'une boiterie, avant même l'apparition de la température, comme c'est le cas pour le tiers des malades des séries récemment rapportées dans les pays développés. Ce pari semble, dans les conditions actuelles, difficile à tenir.

Abcès de la parotide chez le nouveau-né. À propos de deux cas.

A. Habzi, Z. El Bahri, T. Najdi, N. Nejari, M. S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

L'abcès de la parotide en période néonatale est une pathologie rare (3,8/10 000 admission), le principal agent incriminé est le *Staphylococcus aureus*, d'autres agents peuvent être incriminés (Gram positif et négatif, mycose, anaérobies).

Observation

Nous rapportons deux cas d'abcès parotidiens chez deux nouveau-nés âgés respectivement de 7 et 13 jours, révélés par une tuméfaction latéro-cervicale, l'examen clinique de ces deux nouveau-nés était normal. Le bilan inflammatoire était perturbé (CRP très élevée). Le diagnostic positif s'est basé sur la constatation de la tuméfaction, l'échographie cervicale ayant objectivé une masse, aux dépens de la parotide, la ponction a retiré du pus et les prélèvements bactériologiques ont isolé un staphylocoque chez le nouveau-né âgé de 7 jours. Par contre chez le deuxième, ils étaient négatifs. L'antibiothérapie initiale était à base de céphalosporine de 3^e génération, puis anti-staphylococcique après isolement de la bactérie. La durée du traitement était de 10 jours et l'évolution a été favorable.

Les facteurs de risque majeurs incriminés dans ce type de pathologie sont représentés par la prématurité, la déshydratation et la malnutrition. Le traitement dans la majorité des cas repose sur une antibiothérapie adaptée : le recours au drainage chirurgical est exceptionnel. Le pronostic est en général excellent.

La coqueluche maligne chez le nouveau-né. À propos de trois observations.

A. Habzi, S. Erraghay, T. Najdi, N. Nejari, M. S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

La coqueluche maligne est une infection bactérienne des voies respiratoires, qui survient exclusivement chez les jeunes

nourrissons de moins de 3 mois non-vaccinés ou incomplètement vaccinés et dont la source essentielle de contamination est familiale. L'objectif de ce travail est d'analyser l'aspect diagnostique et thérapeutique vécu avec cette maladie chez le nouveau-né.

Observation

Nous rapportons trois observations de nouveau-nés de sexe féminin, âgés respectivement de 22, 27 et 28 jours, ayant présenté une coqueluche maligne. L'interrogatoire des parents avait montré la notion de contagé dans l'entourage et la notion d'une phase d'invasion marquée par des symptômes rhinopharyngés banals. Le tableau clinique a été marqué par la présence de fièvre, une détresse respiratoire sévère notée chez les trois nouveau-nés avec des signes neurologiques à type convulsif chez deux d'entre-eux. La radiographie du thorax a objectivé un infiltrat péri-hilaire dans deux cas et une atteinte parenchymateuse dans un cas. La NFS-Plq a objectivé une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire chez les trois nouveau-nés. Nous avons retenu le diagnostic de coqueluche sur la présence des signes respiratoires et les signes neurologiques, l'hyperlymphocytose et l'évolution rapide vers une défaillance cardio-respiratoire. La confirmation de la maladie par sérologie : recherche des anticorps anti-adénylcyclase a été effectuée chez un seul bébé, la PCR n'a pas été demandée. La prise en charge thérapeutique avait consisté en une intubation ventilation, une bi ATB à base de C3G + macrolides chez les trois bébés. L'évolution a été marquée par le décès des trois nouveau-nés après une durée moyenne d'hospitalisation de quatre jours dans un tableau de défaillance cardio-respiratoire.

La coqueluche maligne est une affection grave responsable d'une mortalité importante et réalisant un tableau clinique respiratoire suivi d'une défaillance poly-viscérale accompagnée d'une lymphocytose. Dans la littérature, très peu de publications sont consacrées à ce sujet et la plupart l'abordent comme une complication d'une maladie coqueluchoïde et non comme une entité clinique bien décrite.

L'abcès du cerveau chez le nouveau-né. À propos de quatre observations.

A. Habzi, S. Erreghay, N. Nejjari, T. Nadji,
M. S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

L'abcès cérébral est une collection purulente développée au sein du parenchyme cérébral ; c'est une affection grave pouvant engager le pronostic vital, il est d'autant plus rare et de présentation atypique que le patient est jeune.

Une étude rétrospective concernant quatre observations a été menée dans le service de néonatalogie de l'hôpital d'enfant de Casablanca, afin d'analyser les aspects diagnostique, thérapeutique et évolutif de cette affection chez le nouveau-né.

Observation

Il s'agissait de quatre nouveaux né de sexe masculin, âgés de 7 à 25 jours (âge moyen de 12 jours), admis dans un tableau clinique variable associant une fièvre, un refus de tétée, des signes neurologiques à type d'hypotonie et des convulsions qui ont été observées chez deux bébés. L'étude cyto bactériologique du LCR était pathologique dans tous les cas et a permis d'isoler l'agent responsable : *Proteus mirabilis* et *Bacillus coagulans* ; le reste du bilan infectieux était négatif, sauf dans un cas où l'hémoculture a permis d'isoler un *Bacillus coagulans*. Les quatre bébés avaient bénéficié d'une exploration (ETF + TDM cérébrale) qui avait permis de mettre en évidence des abcès du cerveau en précisant leur nombre et leurs localisations. Dans les quatre observations, les abcès étaient post-méningitiques et avaient été traités par une tri-antibiothérapie (ciproxine, C3G, aminosides). Une ponction d'abcès a été pratiquée chez tous les bébés et seulement un malade a bénéficié d'une exérèse chirurgicale. L'évolution a été favorable dans

deux cas avec un recul de trois mois, avec séquelles neurologiques dans un cas et vers le décès dans un cas.

À propos du premier cas d'infection materno-fœtale due à un pneumocoque résistant.

A. Habzi, A. Badre, N. Nejjari, T. Najdi,
M. S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

L'infection materno-fœtale à pneumocoque est rare, sa prévalence est évaluée à 2 %. Les *Streptococcus pneumoniae* isolés au cours des septicémies néonatales sont généralement sensibles à l'ampicilline ; cependant la résistance décrite de façon sporadique dans les années soixante-dix voit sa fréquence augmenter actuellement. Les auteurs rapportent l'observation du premier cas d'infection néonatale à pneumocoque résistant colligé dans le service de néonatalogie et de soins intensifs de l'hôpital d'enfants de Casablanca. Sur une période de quarante ans (1990-2004), nous avons admis sept cas d'infection materno-fœtale à pneumocoque dont le dernier est un cas résistant à l'ampicilline.

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né à terme, issu d'une grossesse non suivie avec une anamnèse infectieuse positive et une notion d'accouchement par voie basse, admis à J₃ de vie dans un tableau de détresse respiratoire fébrile. À l'examen clinique, nouveau-né en détresse respiratoire avec score de Silverman à 3/5, fébrile à 38,5 °C, ictérique, hypotrophe avec un poids à 1900 g. Le bilan infectieux a montré une CRP à 9, un taux de globules blancs à 20 000, l'étude du LCR a permis de confirmer l'infection en isolant un pneumocoque résistant à l'ampicilline, l'échographie transfontanellaire a noté la présence d'une dilatation triventriculaire. Le nouveau-né a été mis sous ceftriaxone + vancomycine pendant 21 jours. L'évolution clinico-biologique a été favorable avec un LCR de contrôle stérile.

La résistance du pneumocoque est due à des modifications des protéines de liaison de la paroi bactérienne à la pénicilline ; l'affinité de la paroi étant alors diminuée pour cet antibiotique. Cette résistance est d'origine chromosomique et non liée à la sécrétion de bêta lactamase et entraîne alors une résistance aux autres bêta lactamines. Environ 50 % des souches de *S. pneumoniae* pénicillino-résistantes résistent également au céfotaxime et à la ceftriaxone. Un traitement par vancomycine doit être instauré en urgence. L'émergence de souches résistantes de pneumocoque incite à renforcer les mesures préventives chez les femmes enceintes et à promouvoir des études épidémiologiques concernant le portage de ce germe.

Profil clinique et bactériologique des infections néonatales dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel-Touré.

M. Sylla, F. Dicko-Traore, Y. D. Chokoteu, S. Diallo, S. O. Sow, F. Bougoudogo, & M. M. Keita

Service de pédiatrie, Hôpital Gabriel-Touré, Bamako, Mali.
E-mail : maroufkeita@caramail.com.

L'infection néonatale est la première cause de mortalité pendant la période néonatale. Elle reste une préoccupation du pédiatre dans nos pays tant par l'extrême fragilité du nouveau-né que par la diversité des agents en cause.

Au Mali, malgré la fréquence élevée de cette pathologie dans notre unité de néonatalogie, aucune étude récente n'a été faite sur les étiologies des infections bactériennes néonatales.

Le but de notre travail était d'étudier les infections du nouveau-né dans notre contexte afin d'en évaluer la fréquence, de déterminer le profil clinique et bactériologique ainsi que la sensibilité des agents aux antibiotiques.

Nous avons effectué une étude rétrospective sur les dossiers de nouveau-nés (0-28 jours) admis pour infection du 1^{er} février 2002 au 31 décembre 2003. Les nouveau-nés adressés immédiatement à la naissance par les maternités n'étaient pas inclus. Nous avons recensé 87 cas d'infection avec une bactériologie positive.

Sur les 3 710 nouveau-nés hospitalisés pendant la période d'étude, 367 (9,9 %) avaient une suspicion clinique ou anamnétique d'infection et 87 cas (2,4 %) ont été confirmés par la bactériologie.

L'infection materno-foetale était plus fréquente et les principaux tableaux cliniques étaient la septicémie (73,6 %), la méningite (19,6 %), la pneumopathie (6,8 %).

L'hémoculture et/ou l'examen cytotabériologique du LCR ont permis d'isoler principalement *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* et *Escherichia coli*.

L'association ceftriaxone-gentamycine a été l'antibiothérapie de 1^{re} intention (60,9 %). Aucune résistance des germes n'a été notée avec la ceftriaxone, cependant avec la gentamycine elle varie de 12,5 % (staphylocoque) à 83,4 % (pneumocoque). L'évolution a été favorable dans la majorité des cas (70,1 %) la létalité a été de 25,3 %.

L'infection néonatale constitue un problème dans notre contexte, la confirmation bactériologique est difficile et les agents habituels rarement retrouvés.

L'antibiothérapie dans les infections respiratoires aiguës basses de l'enfant en médecine ambulatoire en Algérie.

B. Bioud, M. Mebarki, S. Bouabdallah, Z. Benarab, A. Dehimi & H. Cherif

Service de pédiatrie CHU de Sétif, Algérie.

E-mail : b_bioud@yahoo. fr.

Aux États-Unis, plus de 70 % des enfants ont une prescription antibiotique au cours des 200 premiers jours de la vie, surtout pour les infections des voies respiratoires hautes et basses. En Algérie, durant l'année 2000, les infections respiratoires aiguës (IRA) représentent chez les enfants de moins de cinq ans 52 % des motifs de consultations ; 30 % des cas sont des IRA basses.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les attitudes thérapeutiques, surtout en matière d'antibiothérapie, des médecins en pratique ambulatoire, dans la région de Sétif, face aux IRA basses chez l'enfant. Quarante-trois médecins (pédiatres et médecins généralistes) ont accepté de répondre à nos questions dans le cadre d'entretiens semi-directifs.

Les résultats montrent que la radiographie du thorax est la clé du diagnostic chez un enfant souffrant d'une IRA basse en médecine ambulatoire. L'antibiothérapie constitue l'essentiel du traitement et les β -lactamines sont prescrites en première intention. 18 % des médecins prescrivent une bi-thérapie antibiotique. 85 % des médecins interrogés prescrivent une antibiothérapie dite de « couverture » en cas d'IRA présumée virale. La prescription de mucolytiques et d'antipyrétiques est systématique.

Cette enquête a permis de mettre en évidence un écart important existant entre les attitudes des praticiens en médecine ambulatoire et les recommandations du programme national de lutte contre les IRA, dont l'un des objectifs est justement de réduire la prescription inappropriée des antibiotiques.

Infections graves dues au méningocoque W135 chez l'enfant.

P. M. Faye, B. Camara, I. D. BA, I. Deme, A. L. Ba, A. Ba, M. Ba & H. D. Sow,

Centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer, BP 25755, Dakar, Sénégal.

E-mail : fayemakhou@hotmail. com

Le méningocoque sévit en Afrique dans la ceinture de Lapeyssonnie, sous forme d'épidémies de méningites dues essentiellement au sérotype A. Cependant, l'émergence de souches de méningocoque W135, depuis le début des années 2000, est une réalité mondiale, favorisée notamment par le pèlerinage musulman à La Mecque. Nous rapportons deux (2) observations d'infections graves dues à MGO W135 chez l'enfant avec localisations extra-méningées.

Observation 1

Fillette de 13 ans, porteuse d'une polyvalvulopathie rhumatismale, présente une endocardite d'Osler compliquée d'une méningite suppurée avec hémiparésie gauche. L'examen bactériologique du LCR isole un MGO W135 multirésistant aux antibiotiques usuels. Le scanner cérébral montre une hémorragie méningo-cérébrale faisant évoquer une rupture d'anévrysme. L'évolution se fait vers le décès par complications neurologiques.

Observation 2

Garçon de 8 ans reçu pour syndrome infectieux, cellulite frontale, pan-sinusite et méningite suppurée décapitée. L'examen au Latex du LCR identifie les antigènes de MGO W135. Le scanner cérébral montre un abcès frontal droit.

L'évolution est favorable après intervention neurochirurgicale et antibiothérapie.

Le méningocoque W135 est susceptible d'entraîner des infections graves chez l'enfant, avec de potentielles localisations extra-méningées qu'il faut rechercher attentivement. Son émergence induit des modifications épidémiologiques que doivent prendre en compte les nouvelles stratégies vaccinales.

Tuberculose vertébro-pulmonaire et paraplégie pottique chez l'enfant.

K. E. Djadou, K. Agbo-Kpati, F. Saignes, R. Akakpo & A. Chalvon-Demersay

Hôpital de Lagny, Marne-La-Vallée, Service de pédiatrie, 31 avenue du G^{al}-Leclerc,

77400 Lagny, France. E-mail : edjadou@yahoo. fr.

Nous rapportons le cas clinique d'un enfant d'origine africaine âgé de 10 ans qui a présenté une tuberculose vertébro-pulmonaire et une paraplégie pottique.

Observation

S. a consulté pour une toux chronique, des sueurs nocturnes, sans fièvre ni fatigue avec une notion de contact tuberculeux en Afrique où il a vécu 14 mois plus tôt.

L'examen clinique notait une pâleur cutanéomuqueuse. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive à 22 mm et phlycténulaire. On notait des adénopathies médiastinales bilatérales volumineuses et des lésions parenchymateuses bilatérales à la radiographie et au scanner du thorax. La fibroscopie bronchique a noté un aspect granulomateux d'éperon trachéal sur les faces internes des deux bronches

souches évoquant une tuberculose bronchique. L'IRM dorsolombaire montrait un tassement de D6 avec séquestre intra-somatique associé à une épiderite D6-D10 et un abcès paravertébral de 15 cm avec ramification intrarachidienne. Le scanner cérébral n'a pas isolé de tuberculomes.

La biologie était en faveur d'un syndrome inflammatoire. La sérologie VIH était négative. Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire et vertébrale.

Sur le plan thérapeutique, un corset cervico-dorso-lombaire a été mis en place pour 12 mois avec une quadruple antibiothérapie : Rimifon 150 mg/j, Rifadine 400 mg/j, Pyrilène 750 mg/j, Ethambutol 500 mg/j pendant 5 mois puis relais avec une bi-antibiothérapie pendant 8 mois.

Un mois après le début du traitement, est apparue de façon progressive une paraplégie partielle due à l'abcès vertébral ayant nécessité une laminectomie décompressive de D6 à D10, une excision de tissu cérébroïde avec libération du fourreau dural en arrière puis une arthrodèse T3-T12 qui a stabilisé la région. L'évolution clinique et paraclinique ont été favorables.

Un dépistage précoce de la tuberculose peut éviter des complications très fâcheuses.

Malnutrition et parasitoses intestinales dans un district rural sénégalais.

S. Diouf, O. N'Diaye, C. Moreira, A. Sylla & M. Sarr

Institut de pédiatrie sociale, UCAD, BP 7304, Dakar, Sénégal.
E-mail : saliou_diouf2003@yahoo. fr

Ce travail avait pour objectif d'étudier, en milieu rural sénégalais chez des enfants de moins de 5 ans, la prévalence de la malnutrition, des parasitoses intestinales ainsi que les corrélations entre ces deux pathologies.

Nous avons réalisé l'étude du 15 au 25 juin 2001, dans trois villages du district de Khombole.

Quatre cents (400) enfants ont bénéficié de l'évaluation du poids et de la taille.

Le taux d'hémoglobine et l'examen parasitologique des selles n'ont pu être étudiés que chez 275 de ces enfants.

Le taux d'émaciation, ainsi que le retard de croissance, sont estimés respectivement à 8 % et 34,7 %.

La prévalence de la malnutrition aiguë ($P/T < -2DS$) est très variable entre les villages de Bokh (2,3 %) N'Goundiane (9,9 %) et M'Bayène (29,9 %).

La fréquence des parasitoses intestinales est estimée à 31,3 % avec comme parasite prédominant *Giardia* et les ascaris.

Les facteurs de risques associés à la malnutrition chronique sont les parasitoses intestinales ($p = 0,03$), l'anémie ($p = 0,001$) et la géophagie ($p = 0,009$).

La malnutrition constitue toujours un problème majeur de santé publique en zone rurale sénégalaise avec des disparités surprenantes entre villages voisins.

Les parasitoses intestinales jouent un rôle dans cette importante fréquence de la malnutrition.

Malnutrition protéino-énergétique et prévalence de la carence en cuivre et en zinc.

S. Diouf, C. Moreira, O. Ndiaye, B. Camara, A. Sylla, M. G. Sall, M. Sarr & N. Kuakuvi

Institut de pédiatrie sociale, UCAD, BP 7304, Dakar, Sénégal.
E-mail : saliou_diouf2003@yahoo. fr

Le but de notre travail était d'étudier le statut en zinc et en cuivre des enfants malnutris en milieu hospitalier dakarois, afin de contribuer à l'amélioration de leur prise en charge.

De janvier à avril 2002, nous avons recruté 73 patients présentant une malnutrition. Pour chaque malade inclus dans l'étude, nous avons réalisé un examen clinique complet et un bilan biologique comprenant en particulier le dosage sanguin du zinc et du cuivre.

La nouvelle classification de l'OMS nous a permis de noter 19 % de malnutrition modérée contre 81 % de malnutrition sévère se répartissant en kwashiorkor (27 %), kwashiorkor marasmiq (27 %) et marasme (26 %).

La zincémie moyenne était de $11,5 \mu\text{mol} \pm 5,1$ et la cuprémie de $16,8 \mu\text{mol} \pm 7$. Des valeurs basses de zincémie et de cuprémie étaient retrouvées dans des proportions de 38 % et 23 %.

Une carence en zinc et ou en cuivre était notée chez 52,1 % des patients. La carence en zinc était plus fréquemment retrouvée en cas de dyschromie (64 %), de desquamation en écaille (42 %) et d'érythème fessier (47 %). La carence en cuivre par contre était essentiellement notée en cas de dyschromie (77 %) et de desquamation (50 %). La carence en zinc était significativement corrélée à la sévérité de l'anémie ($p = 0,025$). La carence en cuivre était statistiquement ($p = 0,03$) plus fréquente chez les enfants malnutris vivant en milieu rural (46 %) comparativement à ceux de la zone suburbaine (18 %).

Par ailleurs, ces enfants carencés en cuivre étaient significativement ($p = 0,036$) plus souvent retrouvés chez les malnutris présentant des oedèmes.

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que les carences en zinc et/ou en cuivre intéressent plus de la moitié des enfants malnutris.

Telle que préconisée par l'OMS, la prise en charge de ces malades, particulièrement ceux qui présentent des oedèmes, doit comporter la supplémentation en cuivre et en zinc.

Facteurs associés au faible poids du nouveau-né à terme.

Étude cas-témoins à la maternité du centre hospitalier régional de Thiès (Sénégal).

O. Ndiaye (1), A. L. Fall (1), M. A. Gueye (2), M. O. Gueye (1), S. Diouf (1), A. Sylla (1), M. Ba (1) & N. Kuakuvi (1)

(1) Service de pédiatrie, CHU de Dakar, Sénégal.

D^r O Ndiaye : Tél. 6399600, E-mail : ondiaye@refer.sn

(2) Service de pédiatrie, Centre hospitalier régional de Thiès, Sénégal.

Cette étude a pour objet de déterminer les facteurs socio-démographiques et médico-obstétricaux associés à la naissance d'un nouveau-né de faible poids, après une grossesse menée à terme à la maternité du centre hospitalier régional de Thiès au Sénégal.

Il s'agit d'une étude cas témoins effectuée entre le 1^{er} mai 2003 et le 31 janvier 2004. Étaient inclus dans l'étude les nouveau-nés dont le poids de naissance était inférieur à 2 500 g (faible poids), à l'exclusion de ceux pesant moins de 500 g, issus d'une grossesse à terme (accouchement entre la 37^e et la 42^e semaine de gestation) (groupe I). Une population de nouveau-nés à terme pesant entre 2 500 g et 4 000 g était prise comme témoin

(groupe II). Nous avons comparé les données socio-démographiques et médico-obstétricales entre les deux groupes. L'analyse univariée comparant les variables catégorielles a été effectuée avec le test de χ^2 de Pearson. Nous avons également effectué une analyse multivariée par régression logistique pour identifier les facteurs les plus prédictifs du faible poids à terme qui était la variable dépendante. Nous avons retenu p comme significatif au seuil de 5 % ($p < 0,05$).

Au total, 68 patients ont été retenus pour le groupe I (cas) et 97 pour le groupe II (témoins). Après l'analyse univariée, les paramètres significativement associés au faible poids étaient les suivants : le faible niveau d'instruction (niveau primaire) (OR = 4,58 $p = 0,00002$), la consommation excessive de thé vert au cours de la grossesse (OR = 2,26 $p = 0,01$), l'obésité maternelle (OR = 4 $p = 0,018$), la toxémie gravidique (OR = 9,29 $p = 0,04$); le sexe féminin (OR = 2,16 $p = 0,01$). En revanche, le surpoids (OR = 0,43 $p = 0,02$) et le sexe masculin (OR = 0,46 $p = 0,01$) apparaissaient comme des facteurs protecteurs. L'analyse multivariée montrait que les paramètres les plus prédictifs du faible poids étaient les suivants : la toxémie gravidique (OR = 14,25 $p = 0,037$), le faible niveau d'étude (niveau primaire) (OR = 4,11 $p = 0,0036$) et la consommation régulière de thé (2,84 $p = 0,0043$).

À la lumière de ces résultats, nous pouvons insister sur le renforcement de la prévention de la toxémie gravidique par une meilleure surveillance de la grossesse, l'amélioration du niveau d'alphabétisation ou d'étude, la diminution de la consommation de thé au cours de la gestation et la lutte contre l'obésité.

Les facteurs associés à la mortalité précoce des malades en situation d'urgence au service de pédiatrie du CHU de Dakar.

M. O. Gueye, A. Sylla, S. Diouf, O. Ndiaye,
A. L. Fall & N. Kuavuki

Service de pédiatrie du CHU Aristide-Ledantec de Dakar, Sénégal.
E-mail : modougueye75@yahoo.fr.

Cette étude a pour objectif de déterminer les facteurs associés à la mortalité précoce des malades en situation d'urgence au service de pédiatrie du CHU de Dakar.

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée du 01 juillet 2003 au 30 juin 2004. Elle portait sur une population d'enfants âgés de 0 à 14 ans révolus admis en situation d'urgence. Nous avons ainsi inclus tous les patients ayant présenté une pathologie pouvant compromettre le pronostic vital et qui nécessitait des soins d'urgence. Les malades hospitalisés sans caractère urgent, ainsi que ceux décédés en dehors du service (décès constaté à l'arrivée) ont été exclus de l'étude. Les paramètres analysés pour chaque malade étaient les suivants : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction de la mère, la notion de référence (patient référé ou auto-référé), la durée moyenne de suivi en périphérie avant le transfert, le type de transport emprunté pour le transfert, les soins reçus avant transfert, la disponibilité des produits d'urgence et l'évolution dans les 48 heures. La survenue du décès dans les 48 premières heures correspondait au décès précoce.

Neuf cent quatre-vingt-quinze patients ont été hospitalisés, parmi lesquels 563 étaient en situation d'urgence, soit 56,6 %.

Nous avons enregistré un taux de décès précoce de 64,4 %. L'âge moyen des malades décédés était de 34,1 mois. Le sexe féminin était prédominant. Les principales affections rencontrées chez les malades décédés en situation d'urgence étaient les suivantes : affections néonatales (29,2 %), infectieuses (14,6 %), neurologiques (12,3 %), nutritionnelles (11,7 %) et respiratoires (11,7 %).

Deux facteurs étaient statistiquement associés au décès précoce des malades en situation d'urgence. Il s'agissait du jeune âge ($p = 0,03$) et de la non disponibilité des produits d'urgence ($p = 0,03$).

À la lumière de ces résultats, nous pouvons insister sur :
– l'information et l'éducation des parents pour une consultation diligente dès les premiers symptômes, surtout pour les jeunes nourrissons et les nouveau-nés;
– la nécessité d'assurer les premiers soins d'urgence aux malades les plus graves par le renforcement de la trousse de garde au niveau des structures hospitalières de référence.

Approche collaborative d'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants malades de 0-5 ans dans les centres de référence au Niger : bilan d'un an d'expérience.

R. Abdoulaye-Mamadou

Hôpital national de Niamey, Niger. E-mail : roubanatmaiga@yahoo.com

Le Niger est un pays dont les indicateurs sanitaires sont les plus faibles au monde avec des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile respectivement de 123 et 273 pour mille. Les trois principales maladies (50 % de l'ensemble des cas enregistrés dans les formations sanitaires) sont les infections respiratoires aiguës, le paludisme et les maladies diarrhéiques; maladies encore plus meurtrières sur un fonds de malnutrition.

Les enfants âgés de 0 à 5 ans sont les plus affectés.

Face à cette situation, le Niger introduit dans son système de santé la stratégie de « prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » (PCIME). La revue réalisée en 2001 sur cette expérience a souligné plusieurs points forts, mais aussi des faiblesses, dont la capacité limitée des centres de référence à prendre correctement en charge les cas graves référés.

Afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux enfants malades âgés de 0-5 ans et contribuer ainsi à la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-juvénile, une approche dite collaborative d'amélioration de ces soins a été mise en place en décembre 2003.

Il s'agit d'un effort structuré d'apprentissage mutuel par un réseau d'équipes cherchant à améliorer continuellement les soins sur la base des normes du manuel OMS pour les centres de santé de première référence.

Les résultats, bilan de l'année 2004 de 14 hôpitaux et 3 maternités de référence, s'apprécient en termes de changements survenus dans les sites, par rapport à la situation de base, et en termes d'évolution des indicateurs.

De la mise en œuvre des changements et des intrants minima permettant l'amélioration des processus découlent les meilleures pratiques à étendre, dans le but d'atteindre les objectifs de développement du millénaire.

Nutrition néonatale dans deux communautés villageoises au Mali.

B. Jacks (1) & M. Sall (2)

(1) Apoteket AB, Stockholm, Suède. Et 6, Runebergsgaten, 11429 Stockholm, Suède.
E-mail : birgittajacks@hotmail.com
(2) Service social, Niafunké, République du Mali.

Le gouvernement malien est rattaché aux objectifs du millénaire, qui sont de réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans ainsi que de réduire la mortalité des femmes enceintes de 75 %, et ce sur la période 1990-2015. Actuellement, la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Mali est très élevée, autour de 220 ‰ (www.who.int/country/mli/en/). La présente enquête menée dans le delta intérieur du fleuve Niger nous mène à penser que la mortalité peut être encore plus importante dans certaines régions; parmi la population cible, 43 % sont décédés avant l'âge de 5 ans (figure 1).

En 2004, deux communautés villageoises (Niafunké et N'gnoro) ont été ciblées par la présente enquête. La population d'étude, composée de 30 mères de famille, a été soumise à un questionnaire comportant 22 volets portant sur le nombre de grossesses et leurs résultats, les pratiques concernant l'allaitement maternel, le sevrage, ainsi que des problèmes de santé générale comme la cécité nocturne.

La courbe de mortalité pendant la première année de vie décrit deux pics, sitôt après la naissance et en période de sevrage (figure 1). Ces résultats nous amènent à réfléchir sur l'importance de la nutrition néonatale et en particulier les pratiques d'allaitement maternel.

La composition du lait maternel change au cours de la totalité de la période d'allaitement. Le colostrum qui est produit les premiers 5 à 7 jours présente, par rapport au lait maternel de fin de période, une teneur plus forte en protéines, en immunoglobulines et en particulier en IgA qui protègent le nouveau-né contre grand nombre d'infections. De même, le colostrum est plus riche en fer, zinc, vitamine A et sodium. La totalité des besoins énergétiques, de protéines, de calcium, de fer et de vitamine A de l'enfant jusqu'à l'âge de six mois est assurée par le lait maternel. Les éléments nutritifs du lait maternel sont aussi plus facilement assimilables pour le nouveau-né, par rapport aux aliments apportés de l'extérieur (lait de vache, etc.). Les recommandations internationales impliquent donc l'allaitement exclusif au sein pendant 6 mois. Il en est de même pour les besoins de l'enfant en matière d'hydratation : le lait maternel élimine le besoin d'eau apportée du milieu extérieur.

La mortalité observée sitôt après la naissance (figure 1) peut en partie être liée au manque de sages-femmes éduquées (3, 4). La mortalité en période de sevrage peut être attribuée au manque d'hygiène, et en particulier à la pénurie d'eau potable (5); moins de 50 % de la population rurale profite d'un approvisionnement fiable en eau. De plus, la mortalité en période de sevrage peut être liée à une déficience du système immunitaire causée par le manque de zinc. Une étude antérieure a montré que la consommation journalière de zinc chez les adultes dans cette même région atteint environ la moitié du niveau conseillé par les organismes internationaux (2). Selon EZZATI *et al.* (1), 20 % de la mortalité infantile en Afrique subsaharienne est attribué au manque de zinc.

Les résultats présentés dans le tableau I nous amènent à conclure que les pratiques d'allaitement maternel sont satisfaisantes de manière générale; la moitié des mères connaissent les bienfaits du colostrum et donnent le sein immédiatement

Figure 1

Mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans en fonction de l'âge du décès à Niafunké, dans le delta intérieur du fleuve Niger, Mali.

Mortality in children under five according to age of death in Niafunké, in the lower delta of the Niger river, Mali.

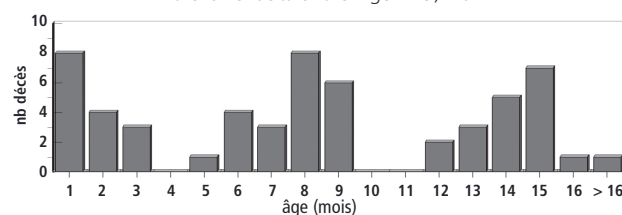


Tableau I.

Sélection des réponses aux questions posées aux mères de familles.
Selected answers to questions asked to housewives.

question	N'gnoro	Niafunké	total
connaissances des avantages du colostrum	11/20	5/10	16/30
allaitement exclusif au sein les premiers 4-6 mois	14/20	6/10	20/30
apport d'eau de l'extérieur pendant les premiers 4-6 mois	20/20	5/10	25/30
autre lait donné pendant la période d'allaitement	10/20	4/10	14/30
allaitement pendant le sevrage	19/20	10/10	29/30
allaitement pendant une nouvelle grossesse	0/20	0/10	0/30
connaissance portant sur la cécité crépusculaire	20/20	6/10	26/30
individus touchés par la cécité crépusculaire	12/20	3/10	15/30

au nouveau-né. Plus de la moitié des mères pratiquent l'allaitement exclusif au sein pendant 4 à 6 mois, mais malheureusement certaines donnent aussi de l'eau du milieu extérieur pendant cette période, ce qui pose un risque majeur en matière d'infections chez l'enfant, vu les conditions microbiennes de l'eau de consommation dans les localités étudiées.

L'allaitement maternel continue normalement pendant le sevrage, mais, en cas d'une nouvelle grossesse, un sevrage brusque est appliqué par toutes les mères, ce qui expose l'enfant à un risque accru d'infections. Cette coutume peut aussi impliquer un traumatisme mental pour l'enfant.

Les études sur les effets de l'allaitement maternel ont constaté son impact sur le développement cérébral de l'enfant, ainsi qu'un effet protecteur vis-à-vis du diabète sucré juvénile (diabète sucré de type I).

Les pratiques d'allaitement maternel ont besoin d'être améliorées, et en particulier :

- le sevrage brusque en cas d'une nouvelle grossesse;
- le supplément en eau du milieu extérieur appliqué en période d'allaitement.

Le besoin le plus urgent est l'accès à une formation locale des sages-femmes, ce qui est faisable, de préférence à Tombouctou.

Nous avons noté la présence d'ONG qui approvisionnent les villages en eau et systèmes sanitaires, mais leurs activités sont restreintes par le coût élevé du matériel de construction, et ce par cause des transports longs impliqués par les conditions géographiques.

L'apport journalier en zinc peut être amélioré par enrichissement des terres cultivables par voie d'engrais ou de variétés de culture (céréales) absorbant mieux le zinc.

Les aliments faisant partie du sevrage doivent contenir des céréales fermentées pour fournir une bonne source d'énergie et de zinc pour les enfants; ces aliments peuvent être fabriqués localement.

Références

1. EZZATI, M, LOPEZ AD, RODGERS A, VAN DER HOORN S & MURRAY CJL – Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 2002, **360**, 1347-1360.
2. JACKS B, SALL M, PLEA M, GÄRDESTEDT C & JACKS G – Zinc in soils, plant and food in the Niger delta, Mali. In : *Metal Ions in Biology and Medicine*. John Libbey, Eurotext, Paris, 2004, 165-168.

3. KODIO B & ETARD J-F – Évolution récente de la mortalité infantile à Bamako, Mali. *Population*, 1997, 2, 381-398.
4. KÜNZEL W, HERRERO J, ONWUHAFUA P, STAUB T & HORNING C – Maternal and perinatal health in Mali, Togo and Nigeria. *Euro J Obstet Gynecol*, 1996, 69, 11-17.
5. PLATE DK, STRASSMANN B & WILSON ML – Water sources are associated with childhood diarrhoea in rural east-central Mali. *Trop Med Int Health*, 2004, 9, 416-425.

Trisomie 13 ou D1 ou maladie de Patau. À propos d'un cas.

A. Odoulami, M. R. Ouinsou Hans,
S. Vodou Houe & A. Laleye

Centre de prévention et de vaccination. Digue Joinville, 97313 Saint-Georges.
E-mail : mahuyon2000@yahoo.fr

Observation

Le Bébé X, né à la maternité de l'hôpital EL FATEH de Porto-Novo (Bénin) est adressé au service de pédiatrie pour syndrome polymalformatif. Il s'agit du cinquième enfant d'une fratrie comprenant quatre garçons.

À l'examen : bébé né à terme de sexe féminin, poids : 3 150 g, taille : 49 cm, et PC : 32 cm. Syndrome clinique polymalformatif ; dysmorphie cranio faciale avec :

- microcéphalie, nez épaté à racine large, bec de lièvre ;
- oreilles bas implantées, mal formées ;
- anophtalmie totale avec absence de fentes palpébrales ;
- anomalies des extrémités : hyperflexion des doigts, pieds bots ;
- dermatoglyphes : existence d'un pli palmaire transverse unique ;
- radiographie du thorax : dextrocardie.

Biologie, sérologie :

- toxoplasmose : négative ;
- rubéole : positive, mais il s'agit d'une immunisation ancienne ;
- NFS sans particularité.

Diagnostic. L'âge avancé de la mère (la quarantaine) nous a fait penser à une anomalie chromosomique. Faute d'un examen cytogénétique, la revue de la littérature nous a permis de mettre un nom sur ce syndrome polymalformatif. Il s'agit d'une trisomie 13 ou trisomie D1. Évolution : décès de l'enfant en 5 jours dans un tableau de détresse respiratoire.

Nous sommes en présence d'un tableau clinique typique de trisomie 13 ou trisomie D1, syndrome polymalformatif dont la description princeps revient à PATAU et collaborateurs.

La cytogénétique montre une trisomie 13 :

- soit libre : 47 XX 13+ , 47 XY 13+ ;
- soit parents porteurs de translocations ;
- les mosaïques sont rares.

L'influence de l'âge de la mère est capitale. Grossesse accidentelle, car il y a un écart de 8 ans entre le dernier garçon et ce nouveau-né. L'espoir d'une fille a joué dans la conservation de la grossesse.

La fréquence du syndrome de PATAU est de 0,1 à 0,2 pour mille naissances vivantes. Les trois échographies systématiques en examen prénatal ont mis fin dans les pays développés à la naissance de monstres. Car l'IVG thérapeutique limite le retentissement dramatique d'une naissance qui, sous tous les cieux, devrait demeurer une occasion de joie. « *Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille applaudit à grands cris.* » (Victor Hugo).

Prise en charge de jumeaux siamois type thoracopagus. À propos d'un cas exceptionnel.

A. Habzi, I. Tazi Mzaalek, N. Nejjari, T. Najdi,

M. S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

Les siamois sont considérés avant tout comme des jumeaux dont la gestation a mal tourné. La proportion de siamois représente environ 1 naissance sur 75 000, soit 0,03 % des vrais jumeaux.

Le devenir des siamois est très compromis. La plupart, mêmes opérés, ne survivent pas à l'enfance. De plus, les opérations sont difficiles car bien souvent les siamois ne sont pas reliés que par un os ou de la peau, mais aussi par des tissus nerveux et des vaisseaux sanguins, ce qui rend leur séparation extrêmement compliquée puisqu'il faut assurer à chacun un bon fonctionnement des systèmes respiratoires et nerveux. Nous rapportons une observation de jumeaux siamois thoracopagus pour mettre en vue les difficultés de prise en charge dans notre contexte.

Observation

Il s'agit de jumeaux siamois FZ et M, de sexe féminin de mère 2^e geste, 3^e pare, âgée de 34 ans. La grossesse était menée à 38 SA avec un accouchement par césarienne programmée, donnant naissance à deux jumeaux siamois type thoracopagus avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Le diagnostic anténatal a été fait à 6 mois, mais une interruption volontaire de grossesse a été refusée par les parents. Un bilan para-clinique à la naissance a montré une fusion des structures pariétales thoraco-abdominales, avec deux thorax séparés et deux pièces sternales, un foie commun avec un tronc porte commun. L'échocardiographie a objectivé deux cavités cardiaques accolées avec une hypoplasie complète du cœur de M. Une séparation chirurgicale a été programmée mais reportée pour améliorer le pronostic péri-opératoire et le succès de l'intervention. À J₂₁ de vie, l'évolution a été marquée par l'apparition brutale d'une défaillance cardio-circulatoire réfractaire aux mesures de réanimation.

À travers cette observation et vu la difficulté de prise en charge, nous soulignerons l'importance d'un diagnostic anténatal et d'une interruption de grossesse dans les formes majeures ; pour les formes simples, un transfert *in utero*, une prise en charge précoce par une équipe multidisciplinaire et spécialisée à la naissance, en péri-opératoire et lors de la séparation dans une structure adaptée sont des éléments incontournables pour l'amélioration de la survie de cette malformation rare mais grave.

La leucinoïse néonatale. À propos de quatre cas.

A. Habzi, N. Daoud, N. Nejjari, T. Najdi,
M. S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

La leucinoïse ou maladie des urines à odeur de sirop d'érable est une amino-acidopathie liée à un déficit des alpha céto-décarboxylases des acides aminés ramifiés (leucine, isoleucine et valine). Sa fréquence est d'environ 1 pour 200 000 naissances. Elle est transmise génétiquement sur le mode autosomique récessif. La forme classique à début néonatal se révèle par un tableau de détresse neurologique après intervalle libre.

L'objectif de notre travail est d'évaluer le profil clinique, para-clinique, évolutif et de souligner les difficultés de prise en charge de ces amino-acidopathies.

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de quatre filles, colligée sur une durée de 10 ans (1996-2005). La notion de consanguinité de premier degré était notée dans tous les cas. L'existence de mort infantile dans la famille est retrouvée

dans deux observations. L'âge moyen du diagnostic est de 12 jours. L'intervalle libre moyen est de cinq jours. La détresse neurologique prend le devant du tableau clinique dans tous les cas. Les convulsions hypertoniques avec mouvements anormaux sont notées dans trois cas, l'odeur particulière des urines dans trois cas, le refus de téter dans tous les cas. La notion de vomissement avec hypotrophie est notée dans une observation diagnostiquée tardivement à l'âge de 25 jours. Le diagnostic a été confirmé biologiquement chez tous les malades par la chromatographie des acides aminés qui a objectivé une élévation de la concentration plasmatique des trois acides aminés ramifiés. Un EEG avait montré l'aspect de « suppression burst ». Une échographie transfontanellaire chez la même malade avait objectivé un œdème cérébral diffus. Un seul malade a bénéficié de séance d'exsanguino-transfusion et de dialyse péritonéale. Le régime hyper calorique hypoprotidique a été prescrit chez tous les malades. L'évolution fut marquée par le décès de trois cas. Une évolution favorable a été notée chez un seul malade avec un recul de deux ans et demi.

La leucinoïse est une maladie rare, mettant en jeu le pronostic vital par le biais d'une décompensation aiguë. Le traitement à vie à base de régime diététique strictement limité en acide aminé est très difficile à poursuivre (disponibilité et coût) dans notre contexte.

La néphrocalcinose. À propos de trois cas.

A. Habzi, N. Daoud, N. Nejjari, T. Najdi,
M. S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

La néphrocalcinose se définit par la présence de dépôts de sels de calcium au sein du parenchyme rénal. Elle constitue un syndrome plutôt qu'une affection spécifique. Ses étiologies sont multiples. Le diagnostic n'est le plus souvent fait que lorsque les calcifications sont visibles radiologiquement et/ou échographiquement.

L'objectif de ce travail est d'évaluer le profil clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des cas de néphrocalcinose colligés dans le service de néonatalogie. Nous rapportons trois cas de néphrocalcinose colligés sur une période de six ans (2000-2005).

Observation 1

Le premier cas était admis à l'âge de 27 jours pour une hypotrophie avec notion de vomissements apparus après un intervalle libre de trois semaines. Un bilan biologique réalisé avait montré une hypercalcémie avec calciurie basse, une insuffisance rénale fonctionnelle. L'échographie a confirmé la néphrocalcinose. L'ECBU avait objectivé une infection urinaire due à *Proteus mirabilis*. Le diagnostic de néphrocalcinose secondaire à une hypercalcémie hypocalciurique familiale a été retenu.

Observation 2

La découverte de la néphrocalcinose était fortuite lors d'une échographie abdomino-pelvienne. Le bébé a été admis au premier jour de sa naissance pour suspicion d'une infection materno-fœtale. Le dosage de la calcémie était normal ainsi que la fonction rénale. L'évolution a été marquée par la régression des dépôts calciques.

Observation 3

Notre troisième patient a été admis à l'âge de 26 jours pour déshydratation aiguë sévère sur terrain de malnutrition. Le bilan biologique réalisé a objectivé une insuffisance rénale fonctionnelle. La calcémie

était normale. Une échographie a révélé une néphrocalcinose. Le bilan étiologique à la recherche d'une oxalose est en cours.

La néphrocalcinose est une maladie rare. Son évolution dépend de la cause. Le pronostic sera fonction de la destruction du parenchyme rénal. Si le processus de calcification se poursuit, l'évolution est inéluctable vers l'insuffisance rénale terminale.

L'association VACTERL. À propos d'une observation.

A. Habzi, N. Benajiba, N. Nejjari, T. Najdi,
M. S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

L'acronyme VATER a été proposé pour décrire la survenue concomitante de quatre types d'anomalies : une malformation vertébrale, une imperforation anale, une fistule trachéo-oesophagienne et des anomalies radiales. Des malformations cardiaques, rénales et des membres y sont associés, ce qui élargit le phénotype et explique l'acronyme maintenant utilisé de VACTERL.

Observation

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né de sexe féminin admis au 27^e jour de vie dans le service de néonatalogie pour accès de cyanose et suffocation au cours des tétées, depuis la naissance et dont l'examen retrouve un souffle systolique diffus, une absence d'anus, la présence d'une fistule vulvaire et une malformation au niveau de l'oreille droite. Le bilan radiologique réalisé a objectivé une cardiomégalie avec une vertèbre D6 bifide à la radiographie thoracique, un canal atrio-ventriculaire complet avec HTAP à l'échographie cardiaque et un rein gauche dysplasique à l'échographie abdominale faite dans le cadre du bilan malformatif. Devant ces accès de cyanose et de suffocation, une fistule oeso-trachéale a été suspectée, faisant indiquer un TOGD qui a montré une inondation de la trachée et des bronches sans fistule individualisable ; le complément du bilan par bronchoscopie n'a objectivé qu'une dyskinésie trachéale sans fistule. L'association VACTERL fut évoquée. Une colostomie a été réalisée et l'évolution a été marquée par le décès dans un tableau de septicémie. Le caryotype n'a pas pu être réalisé.

La prévalence à la naissance de cette association malformative varie de 1/3 500 à 1,6/10 000. Des causes exogènes multiples ont été évoquées pour expliquer cette association. Quelques cas d'occurrence familiale montrent qu'il s'agit d'un ensemble hétérogène dû à une disruption du processus de blastogenèse, quelle qu'en soit l'étiologie.

Le lymphangiome kystique cervical : évolution inhabituelle. À propos d'une observation.

A. Habzi, F. Benbelaid, N. Nejjari, T. Najdi,
S. Lahbabi & S. Benomar

Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

Le lymphangiome kystique cervical est une malformation rare du système lymphatique, toujours d'origine congénitale, d'aspect tumoral, sans potentiel malin. L'expression cervicale est la plus fréquente chez le nouveau-né. Son aspect clinique et sa topographie permettent d'évoquer le diagnostic. Le but de ce travail est de rappeler à travers une observation une évolution inhabituelle du lymphangiome kystique.

Observation

Il s'agit du bébé de F, admis à H1 de vie pour détresse respiratoire précoce sur prématurité de 34 SA associée à une masse latéro-cervicale gauche de 8 cm sur 7 cm de diamètre avec composante hémifaciale homolatérale de consistance rénitente et molle et dont la peau en regard est d'aspect normal. L'examen de la cavité buccale était normal. L'échographie cervicale de la masse a montré la présence d'une volumineuse formation liquidienne multicloisonnée occupant la totalité de la région latéro-cervicale gauche compatible avec un lymphangiome kystique; le bilan infectieux est négatif. L'évolution a été marquée à J₁₀ d'hospitalisation par l'augmentation des dimensions de la masse à 10 cm sur 8 cm de diamètre avec une fièvre à 39 °C. La consistance est devenue ferme et dure avec une peau en regard d'aspect inflammatoire. Sur le plan infectieux, la CRP s'est positivisée à 191 mg/l. Le diagnostic soulevé était une complication du lymphangiome kystique, notamment une poussée inflammatoire ou hémorragique intra-kystique ou une surinfection. L'échographie cervicale a montré la persistance d'une volumineuse formation multi-cloisonnée avec logettes de taille variée à contenu finement échogène en faveur d'un lymphangiome kystique en poussée inflammatoire. Après élimination d'une indication opératoire en urgence, le bébé a été mis sous corticothérapie par voie générale à la dose de 2 mg/kg/jour et une bi-antibiothérapie à large spectre pendant 10 jours. L'évolution a été marquée par la diminution du volume de la masse, la consistance est devenue moins ferme avec disparition de l'inflammation de la peau en regard, et au bout d'un mois environ, une régression quasi complète de la masse.

Le lymphangiome kystique est une tumeur vasculaire bénigne rare; il est souvent reconnu en période néonatale, son diagnostic anténatal est possible. L'évolution vers la régression est exceptionnelle. Seul le traitement chirurgical permet un geste radical.

Diabète néonatal.**À propos d'une observation.**

**A. Habzi (1), A. Zakari (1), F. Jenane (2),
T. Najdi (1), N. Nejari (1), S. Lahbabi (1),
S. Benomar (1) & F. Dehbi (2)**

(1) Service de néonatalogie et de soins intensifs, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.
E-mail : ahabzi@yahoo.fr

(2) Service de pédiatrie, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.

Le diabète néonatal est une pathologie rare qui toucherait un nouveau-né sur 400 000 à un nouveau-né sur 600 000. Il se définit par une glycémie à jeun > 1,26 g/l et > 2 g/l en post prandial, apparaissant durant les trois premiers mois de la vie. On distingue deux entités cliniques, le diabète néonatal transitoire (DNT) et le diabète néonatal permanent (DNP). Ils se distinguent par leur évolution et la réalisation de l'étude génétique. Le traitement est basé sur l'insulinothérapie : 0,05 UI/kg/h à 0,1 UI/kg/h, en fonction de la glycémie capillaire.

Observation

Nous rapportons une observation d'un bébé de sexe masculin, poids de naissance 2 800 g, sans notion de consanguinité parentale ou de diabète dans la famille, admis à J₁₂ de vie pour déshydratation sévère sur vomissements, associés à une détresse respiratoire et une polyurie constatée par la mère. Le bilan réalisé retrouve une glycémie capillaire > 2,5 g/l, glycosurie : + + + +, acétonurie : ++, la glycémie à jeun : 2,35 g/l. Le traitement a été basé sur l'insulinothérapie continue à raison de 0,1 UI/kg/h. Un contrôle de la glycémie capillaire a été fait avant chaque tétée jusqu'à régulation de la glycémie. Le bébé est sorti avec un poids de 2 600 g, sous 2 UI d'Actrapid et 2 UI de NPH à 8 h et 1 UI d'Actrapid + 2 UI de NPH à 20 h. L'étude génétique réalisée à l'hôpital Necker de Paris a objectivé une duplication du chromosome 6 d'origine paternelle située sur la région q24. Le nouveau-né est guéri actuellement, l'insulinothérapie a été arrêtée au 4^e mois.

L'ictère du nouveau-né à terme au Centre mère et enfant de la Fondation Chantal-Biya de Yaoundé (Cameroun) : aspects étiologiques et évolutifs.

**I. Kago, P. Kenmoe, F. Tieteché, P. Doumbe,
P. Kobela, G. Tene, M. V. Nkegoum Ama
& J. Seunge**

Centre mère et enfant de la Fondation Chantal-Biya, rue Henri-Dunant, Yaoundé, Cameroun.

Du 1^{er} novembre 2000 au 30 juin 2003 (32 mois), 2 842 nouveau-nés à terme ont été admis dans notre service de néonatalogie, dont 488 pour ictère (17,2 % des admissions). Le but de notre étude était d'analyser les aspects étiologiques et évolutifs à court terme de ces 488 cas d'ictère néonatal. Des 488 cas d'enfants admis dans un tableau d'ictère, 324 étaient des garçons (66,4 %) et 164 des filles (33,6 %), soit un sex-ratio de 2.

L'ictère a été reconnu par la mère au cours des 24 premières heures de vie chez 31 enfants (6,4 %). Dans les autres cas sauf un seul, la mère avait noté l'apparition de l'ictère entre le 2^e et le 10^e jour de vie. Cependant, dans 30 cas (6,1 %), la mère n'a consulté qu'après 10 jours de vie.

Si nous considérons le motif d'hospitalisation, 421 enfants (86,3 % étaient admis pour ictère, 44 (9 %) pour asphyxie néonatale et 23 (4,7 %) pour infection néonatale.

À la suite du bilan étiologique (bilan infectieux, hémogramme, dosage de CRP et G6PD, groupage sanguin, dosage de bilirubinémie) nous avons retenu 351 cas (71,9 %) d'ictère physiologique, 65 cas (13,3 %) d'infection, 51 cas (10,5 %) d'incompatibilité sanguine foeto-maternelle de type ABO, un seul cas d'incompatibilité de type Rhésus, 6 cas (1,2 %) de saignement collecté, et 3 cas (0,5 %) de déficit en G6PD. Dans 11 cas (2,3 %), l'étiologie était multifactorielle. Tous les 31 cas d'ictère révélés au cours des premières 24 heures de vie étaient pathologiques.

Sur le plan évolutif, 465 enfants (95,3 %) ont évolué favorablement, 13 enfants (2,7 %) sont décédés et 10 enfants (2 %) ont eu un ictère nucléaire. L'incompatibilité sanguine foeto-maternelle type ABO était à l'origine de l'ictère nucléaire dans 6 cas (60 %) et l'infection dans 4 cas (40 %). Dans les 13 décès, l'infection était en cause dans 8 cas (62 %), l'asphyxie dans 4 cas (31 %).

À Yaoundé, l'ictère reste encore une cause importante de morbidité et de mortalité néonatale. Tout doit être mis en œuvre pour améliorer le suivi des grossesses et favoriser la prise en charge des nouveau-nés dès la naissance. C'est à ce prix que nous pouvons espérer voir disparaître l'ictère nucléaire qui invalide encore 2 % de nos nouveau-nés hospitalisés pour ictère.

Troubles du développement chez l'enfant thalassémique.

**H. Benmekhbi (1), M. Benmekhbi (2),
CH. Moussaoui (1), K. Benchiheb (1)
& M. Bentobal (1)**

(1) Centre hospitalier universitaire de Constantine, Algérie.

(2) Hôpital civil de Strasbourg, France.

Hémoglobinoopathie chronique, la thalassémie, de par ses expressions cliniques variées et graves et son évolution imprévisible, reste une affection de prise en charge

très difficile. En effet, même un programme transfusionnel bien adapté et une chélation de fer correcte ne permettent pas toujours d'éviter l'apparition de troubles du développement avec répercussions psychologiques et sociales.

L'objectif de cette étude était d'analyser, au travers d'une étude longitudinale et transversale, les particularités du développement : statural, pondéral, de la maturation osseuse, du développement pubertaire et psychomoteur, et d'évaluer les facteurs qui peuvent les influencer.

Cent enfants (32 garçons et 68 filles) atteints de thalassémie majeure, âgés en moyenne de $4,6 \pm 1,2$ ans, ont été suivis mensuellement par le dosage du taux d'hémoglobine, du volume globulaire moyen, de la concentration corpusculaire moyenne, de la teneur moyenne en hémoglobine, du coefficient de saturation de la transferrine, de la ferritinémie, de la calcémie, de l'oestradiol, de la testostérone; de la GH, de la TSH, des transaminases, semestriellement par la mensuration du poids et de la taille selon les normes de Sempé, et exprimé en déviation standard, du développement pubertaire selon les stades de Tanner, du développement psychomoteur pendant une durée de 10 ans. Chaque enfant était soumis à un programme transfusionnel : un culot globulaire en fonction du poids tous les mois associé à du Desféral injecté en intramusculaire ou par pompe.

Le groupe témoin comprenait 100 enfants (40 garçons et 60 filles) indemnes de maladies chroniques. La comparaison porte sur la taille, le poids, la maturation osseuse, la puberté, les performances scolaires, deux ans après le début des signes cliniques, puis tous les ans jusqu'à la fin de la puberté.

Au moment du diagnostic, les enfants atteints de thalassémie avaient une taille de $1,8 \pm 1,2$ DS et un poids de $0,89 \pm 0,3$ DS, comparables aux enfants témoins.

Cinq ans après l'installation des signes cliniques, la taille des garçons malades ($0,5 \pm 0,1$ DS) était inférieure à celle du groupe témoin ($1,2 \pm 0,1$ DS), de même la taille des filles atteintes ($-0,7 \pm 0,1$ DS), était inférieure au groupe témoin ($1,5 \pm 0,2$ DS - $p < 0,001$); de même le poids des garçons malades ($0,8 \pm 0,1$ DS) était inférieur au groupe témoin ($1,2 \pm 0,2$ DS) et également chez les filles ($0,7 \pm 0,2$ DS) inférieur au groupe témoin ($1,2 \pm 0,2$ DS - $p < 0,001$). Ce même retard se retrouvait après 10 années d'évolution et en fin de croissance.

L'étude longitudinale montre un ralentissement progressif de $0,1$ DS par an de la croissance staturale depuis le début des symptômes jusqu'à la fin de la croissance. Les variations de la taille sont fortement et négativement corrélées à la sévérité des signes cliniques, au taux moyen d'hémoglobine, au taux moyen de la ferritinémie, à l'hypocalcémie par hypoparathyroïdie, à l'élévation du taux de la TSH, au degré d'hypertrophie du ventricule gauche.

Au cours de la puberté, le ralentissement du pic de croissance : $17,3 \pm 1,2$ ans chez les garçons et $16,2 \pm 1,2$ ans chez les filles, est associé au retard de maturation osseuse : $-1,1$ ans, 80 % des enfants avaient un retard dans leur scolarité.

La thalassémie est une hémoglobinopathie grave de par ses conséquences dramatiques sur la croissance, le développement psychique, la scolarité, les relations parents enfant médecin et société, d'où la nécessité d'une prévention par le dépistage anténatal.

Néphropathies glomérulaires chez l'enfant : suivi dans un service de pédiatrie générale.

Fréquence des indications de la ponction-biopsie rénale.

R. Abbas & Z. Bouderra

Service de pédiatrie, Centre hospitalier, Constantine, Algérie.

Le syndrome néphrotique (SN) est toujours secondaire à une atteinte glomérulaire. La cause de loin la plus fréquente chez l'enfant est le syndrome néphrotique idiopathique (SNI) ou la néphrose. La néphrose est définie par l'association d'un syndrome néphrotique clinique et biologique et de lésions glomérulaires minimales (LGM) associées parfois à des lésions non spécifiques, telles une hyalinose segmentaire et focale (HSF) ou ne prolifération mésangiale diffuse (PMD) à l'étude anatomo-pathologique. Nous avons répertorié 73 nouveaux cas de SN hospitalisés sur une période de six ans allant du premier janvier 1998 au 31 décembre 2003; 18 indications de ponctions biopsies rénales (PBR) ont été posées devant un SN ou une néphropathie atypique. Le SN, quelle que soit son étiologie, est le plus souvent une affection chronique : nous avons recensé 180 dossiers d'enfants suivis en consultation spécialisée pendant la même période. Ces enfants ont eu une première prise en charge en hospitalisation dans la majorité des cas, les autres ont été orientés directement à la consultation pour les difficultés thérapeutiques. Parmi ces malades, on a recensé 42 indications de PBR, 138 présentent un syndrome néphrotique cortico-sensible (SNCS) dont 105 sont des syndromes néphrotiques cortico-dépendants (SNCD). La prise en charge des enfants atteints de SNCD est compliquée par une mauvaise compliance au traitement pour 36 cas qui développeront des complications cortico-stéroïdiennes.

La maladie de Castelman. À propos d'un cas pédiatrique.

N. Lakhdari (1), A. Dehimi, S. Bouabdellah, B. Bioud (1) & S Titadini (2)

(1) Service de pédiatrie CHU Setif, Algérie. E-mail Dr Lakhdari : lelacnord@yahoo.fr

(2) Service d'anatomopathologie, CPMC, Alger, Algérie.

Nous rapportons un cas de maladie de Castelman.

Observation

L'enfant RF, âgé de 14 ans, se présente en mars 2004 pour un syndrome tumoral important :

- polyadénopathies superficielles diffuses de 3 à 6 cm cervicales, axillaires et inguinales;
- masses médiastinales volumineuses;
- masses des psoas bilatérales de 10 cm;
- masse sous-cutanée au niveau de l'omoplate gauche;
- biologie : syndrome inflammatoire +++ ;
- hémogramme normal;
- ponction et biopsie de moelle normales.

La biopsie ganglionnaire renouvelée évoque d'abord un rhabdomyosarcome, puis un LHN. La lecture avec immunomarquage confirme une maladie de Castelman.

L'attitude thérapeutique a été l'abstention jusqu'à mars 2005 où la clinique s'est compliquée d'un syndrome anémique et inflammatoire important : deux cures de COP ont été effectuées chez notre malade avec une nette amélioration sur le plan général et tumoral.

L'évolution est restée stable sous Velbé 10 mg mensuel depuis trois mois.

Hypertension artérielle de l'enfant. Étude sur 10 ans.

S. Chikhi, O. Benrabah, F. Fernini, H. Bou-diaf, N. Hamadouche, Y. Aouabed, N. Baghdali, S. Guers, M. Sari-Ahmed & M. Achir

Service de pédiatrie du P^e M. Achir, Hôpital Birtraria, Alger, Algérie.
E-mail : dr_chikhi@hotmail.com

L'hypertension artérielle (HTA) de l'enfant est rare, son incidence et sa prévalence est de 2 à 5 % selon les séries. Pour retenir le diagnostic d'HTA, il est important de respecter certaines précautions : la taille du brassard, la répétition des mesures sur plusieurs jours, le report sur des courbes de référence.

Lorsqu'elle est confirmée ou menaçante elle répond toujours à une étiologie. L'HTA de l'enfant est souvent secondaire et la cause la plus fréquente est l'origine rénale et réno-vasculaire (70 à 80 % suivant les séries).

Dans notre étude, nous nous proposons de faire une analyse rétrospective des dossiers d'enfants hospitalisés entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 2004 dans un service de pédiatrie générale et présentant une HTA.

111 dossiers ont été retenus (âge : 0-18 ans).

Analyse des signes cliniques d'appel :

- des investigations;
- de l'étiologie;
- de la prise en charge.

Résultats :

- sexe : 48 filles - 63 garçons;
- âge : 46 % d'adolescents;
- explorations : 3 niveaux d'investigation;
- étiologies : 80 % HTA secondaire; causes rénales et réno-vasculaires : 66,6 %; causes endocriniennes : 1,8 %; causes cardiovasculaires : 1,8 %; causes médicamenteuses : 9 %;
- prise en charge : médicale et chirurgicale.

Nos résultats rejoignent les données de la littérature. Actuellement, le problème posé par l'HTA de l'enfant est son devenir à l'âge adulte : phénomène de tracking.

Rupture traumatique des voies biliaires. À propos d'un cas.

B. Bioud (1), L. Saoudi (1) & Z. Soualili (2)

(1) Service de pédiatrie CHU de Sétif, Algérie. E-mail : b_bioud@yahoo.fr
(2) Service de Chirurgie infantile CHU de Sétif, Algérie.

Les lésions traumatiques des voies biliaires surviennent le plus souvent de manière associée à des traumatismes sévères et complexes du parenchyme hépatique. Elles sont rarement isolées et leur diagnostic est alors plus difficile et souvent retardé.

Observation

Nous rapportons l'observation d'une fillette de 20 mois, avec des antécédents de traumatisme abdominal, admise pour l'exploration

d'une ascite de grande abondance. L'examen clinique à l'admission a objectivé, outre l'ascite, un ictère modéré, des urines foncées et des selles décolorées. La ponction d'ascite a ramené un liquide « chocolat ». Le bilan biologique a mis en évidence une cholestase. Le bilan radiologique (échographies répétées et scanner abdominal) n'a montré qu'une ascite isolée. Devant l'aggravation soudaine de l'état de la patiente, une réexploration radiologique a objectivé une hydro-néphrose bilatérale avec une collection sus-vésicale à l'échographie et une dilatation de la vésicule biliaire, un hématome duodénal avec des lésions pancréatiques au scanner. Une laparotomie exploratrice a révélé une rupture du canal cystique avec lésion de la vésicule et une brèche du cholédoque ayant nécessité une cholécystectomie, une suture de la brèche du cholédoque avec drainage biliaire. L'évolution en post-opératoire a été favorable.

Bien que le diagnostic des lésions traumatiques des voies biliaires soit difficile, le suivi radiologique reste fondamental.

L'homocystinurie classique. À propos d'un cas.

S. Benfetima (1), S. Taleb (2), C. Aggouni (1), M. Mansour Bounab (2), S. Remache (1), Soltani (1), Djebbar (1) & H. Allas (1)

(1) Clinique pédiatrique du Mansourah, Algérie.

E-mail D^r Benfetima : bein-sih@caramail.com

(2) Service d'ophtalmologie, CHU de Constantine, Algérie.

L'homocystinurie (homocystinuria) est une amino-acidopathie rare et grave. Dans sa forme la plus courante, dite classique, elle est due au déficit enzymatique en cystathionine bêta-synthase (CBS) qui intervient dans le catabolisme de la méthionine.

Elle a été décrite pour la première fois en 1962, indépendamment par CARSON et NEILL à Belfast et GERRITSEN *et al.* au Wisconsin. Sa transmission est autosomique récessive; le gène est situé sur le chromosome 21.

L'ensemble des symptômes est dû à l'accumulation dans l'organisme d'un composé anormal, l'homocystéine, responsable d'un tableau clinique associant principalement des signes ophtalmologiques, neurologiques, orthopédiques et vasculaires. Nous rapportons dans ce travail le premier cas observé dans notre service.

Observation

Il s'agit d'un garçon de neuf ans admis pour exploration d'une hémiplégie gauche. Il présente également un retard mental, une dystonie et une scoliose. La découverte d'une ectopie cristallinienne et les antécédents familiaux du malade orientent rapidement le diagnostic vers une homocystinurie, confirmée par les dosages sanguins.

À l'aide de ce poster, nous essayerons de présenter les aspects cliniques et paracliniques de cette maladie métabolique rare, peu connue et source de complications graves, notamment vasculaires.