

LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS

F.TAoubane H.IBOURK B.AABBASSI I.ADALI F.MANOUDI

Équipe de recherche pour la santé mentale, Hôpital Universitaire CHU Mohammed VI, Marrakech

Introduction

Les agressions sexuelles aux enfants constituent un problème de santé publique, malheureusement sous-déclaré et sous-rapporté dans tous les pays du monde.

Nous adoptons dans le cadre de ce travail la définition de l'OMS:
« l'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celui-ci. Le délit peut prendre plusieurs formes: appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur, voyeurisme, viol, inceste, prostitution des mineurs, etc. »

Méthodes

Dans ce cadre, les objectifs de notre étude étaient de préciser les aspects épidémiologiques et cliniques des abus sexuels chez les enfants et les adolescents

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive menée au service de pédopsychiatrie à l'hôpital Ibnu Nafiss du CHU Mohamed VI de Marrakech

Nous avons inclus les dossiers des patients adressés ou/et pris en charge pour agression sexuelle durant la période allant de janvier 2021 jusqu'à septembre 2023.

Les données sociodémographiques et les caractéristiques cliniques ont été relevées sur des fiches préétablies à partir des dossiers des patients.

Nous avons inclus tous les enfants dont l'âge était inférieur à 17 ans et chez qui une agression sexuelle a été suspectée ou retenue.

Notre échantillon était composé de **20 patients**:
• dont 60 % étaient de sexe **féminin**
• avec un sexe ratio de 0,66
Un trouble psychiatrique a été diagnostiqué dans 60 % des cas
Il s'agissait essentiellement d'un **état de stress post-traumatique** et d'un **trouble dépressif caractérisé** avec des taux respectifs de 66% et 50%

Dans le reste des cas, l'entretien a conclu à des manifestations anxieuses, difficultés psychologiques, éléments dépressifs sans diagnostic nosographique

L'entretien psychiatrique était **normal** dans 30 % des cas

L'agression était **répétée** dans 60%
Tous nos patients étaient victime des **attouchements sexuels**, avec **pénétration anale** dans 25%

La moyenne d'âge de l'enfant lors de la survenue de la première agression était de **10 ans**.
La totalité des abuseurs étaient de **sexe masculin**

Dans 50 % des cas, l'agresseur était un **membre de la famille**.

Le **père** était l'abuseur présumé dans 2 cas .
En cas d'agressions extra-familiales, l'abuseur était connu par la victime et/ou leurs familles dans 30 %.
il s'agit dans 20% des cas d'agression au milieu scolaire.

Au cours de l'abus sexuel, 35 % des mineurs ont été victimes de violence physique ou morale (harcèlement morale, menace...).

Résultat et conclusion

Au Maroc, selon les nouvelles statistiques de l'ONDE en 2017, 27,76% des cas de signalement de maltraitance ont été enregistré au niveau du Centre d'Ecoute et de Protection des Enfants Maltraités.

Selon une étude de l'UNICEF en 2012, 10307 cas de maltraitements à l'encontre des enfants ont été enregistrés dans les tribunaux, dont 19,46% sont des violences sexuelles.

L'évolution d'un vécu de maltraitance sexuelle dépend d'une multitude d'éléments.

Tout abus sexuel **n'engendre pas nécessairement** de perturbation visible, à court ou à long terme

On peut estimer qu'un certain nombre d'enfants victimes vont **« cicatriser »** et présenter un fonctionnement psychique, relationnel, global normal
→ en mobilisant leurs propres **potentialités résilientes** et/ou en s'appuyant sur les ressources du **réseau socio-familial**.

Certains manifesteront une symptomatologie plus ou moins dommageable à leur développement.

La violence sexuelle est une négation des droits de l'enfant à la vie, à la survie, au développement et à la protection.

Ce crime est très souvent vécu par l'enfant dans le silence et le secret.



INTRODUCTION

La leucinose, ou maladie du sirop d'érable (déficit en céto-acide décarboxylase ou MSUD pour l'anglais Maple Syrup Urine Syndrome) est une maladie génétique congénitale qui se transmet sur le mode autosomique récessif. Elle comprend plusieurs formes dans lesquelles l'organisme est incapable de dégrader correctement certains acides aminés notamment la leucine, l'isoleucine et la valine. Lorsque la maladie n'est pas traitée, elle conduit à des lésions cérébrales et une progressive dégénérescence du système nerveux.

Methodologie

Une observation pédiatrique colligé au service de pédiatrie à l'hôpital militaire de Rabat, les caractéristiques épidémiologiques, sémiologique, paracliniques et évolutifs de l'affection ont été étudiées.

Observation

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 14 mois, admis dans un tableau de détresse respiratoire et neurologique fait de convulsions tonico-cloniques généralisées qui ont rapidement évolué vers un état de mal convulsif associés à des vomissements et un coma post critique. Née de parents consanguins (cousins germains), notion de détresse respiratoire à J4 de vie ayant bien évolué sans ventilation invasive. L'interrogatoire a retrouvé le décès d'un frère au 5 ème jour de vie dans des conditions imprécises. L'examen clinique à l'admission trouve un nourrisson hypotonique avec une hypoglycémie à 0.32g/dl avec une odeur particulière des urines dont les bandelettes révèlent la présence d'acétone (++) . Le bilan infectieux (ponction lombaire, ECBU , CRP , Hémocultures) était négatif , la gazométrie du sang ont objectivé une acidose métabolique sévère avec réserves alcalines à 4 mmol/l , le reste du bilan métabolique était normal en dehors d'une cytolyse hépatique modérée .La chromatographie des acides aminés a montré une élévation plasmatique de la valine , l'isoleucine et de la leucine avec présence d'allo isoleucine posant le diagnostic de la leucinose dans sa forme modérée . La prise en charge a consisté en plus du traitement anticonvulsivant, de la mise en place d'une diète glucuro- lipidique et le lait de régime avec bonne évolution.

Discussion

La leucinose est une maladie autosomique récessive caractérisée par un trouble du métabolisme des acides aminés à chaînes ramifiées et conduisant à une accumulation de leucine à l'origine de troubles neurologiques graves pouvant conduire au décès.

Risques particuliers en urgence

Signes neurologiques : coma, somnolence, confusion, ataxie ; Signes digestifs : vomissements, anorexie ; Facteur déclenchant : jeûne prolongé, situation d'hypercatabolisme (infection, chirurgie, troubles digestifs...), apport protéique excessif.

Traitements fréquemment prescrits au long cours :

Régime hypoprotidique compensé en acides aminés non ramifiés et en calories ; Parfois transplantation hépatique.

Bilan biologique standard le plus souvent normal :

pas d'acidose métabolique, pas d'hyperammoniémie ; Se méfier d'une hypertension intracrânienne.

Particularités de la prise en charge médicale préhospitalière:

Pas de corticoïde plus de 3 jours ; Jeûne (arrêt de tout apport protéique alimentaire), mais ne jamais laisser sans apport calorique ; Traitement symptomatique ; Orientation vers une structure permettant une dialyse ; Confirmation biologique de la crise : chromatographie des acides aminés plasmatiques (biologie spécialisée).

Conclusion

La leucinose est une maladie rare, mettant en jeu le pronostic vital par le biais d'une décompensation aigue d'où l'intérêt d'un dépistage néonatal et d'un diagnostic précoce.

Références

- 1.Riviello JJ, Ashwal S, Hirtz D et coll. Practice parameter: Diagnostic assessment of the child with status epilepticus (an evidence-based review); Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology 2006;67(9):1542-50.
- 2.Sofou K, Kristjánsdóttir R, Papachatzakis NE, Ahmadzadeh A, Uvebrant P. Management of prolonged seizures and status epilepticus in childhood: A systematic review. J Child Neurol 2009;24(8):918-26.
- 3.Gaínza-Lein M, Fernandez IS, Jackson M et coll. Association of time to treatment with short-term outcomes for pediatric patients with refractory convulsive status epilepticus. JAMA Neurol 2018;75(4):410-8.



GROSSESSES GÉMELLAIRES EN NÉONATOLOGIE PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

P129

M.HALBAOUI, A.LALAOU, F.TAHIRI, F.BENNAOUI, N. EL IDRISSI SLITINE, F.M.R
MAOULAININE

1-SERVICE DE RÉANIMATION NÉONATALE, HOPITAL MÈRE ENFANT , CHU
MOHAMMED VI, MARRAKECH, MAROC

2-LABORATOIRE DE RECHERCHE L'ENFANCE, LA SANTÉ ET LE
DÉVELOPPEMENT, FMPM, UNIVERSITÉ CADI AYAD, MARRAKECH, MAROC

Introduction

Les grossesses gémellaires posent des défis uniques en termes de prise en charge médicale, en raison de la mortalité périnatale et la fréquence de la morbidité foetale quelle entraine.

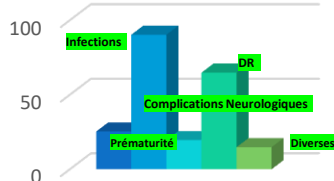
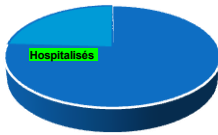
Comment pouvons-nous améliorer le pronostic et les résultats néonataux chez ces nouveau-nés ?

L'objectif est de faire une mise au point sur le pronostic, les complications périnatales des grossesses gémellaires

Matériels

Etude prospective, menée sur 54 nouveau-nés issus de 30 grossesses gémellaires (6 morts foetales intrautérines ont été exclues).

Cette étude a été menée sur une période de 4 mois, allant de Mars 2023 jusqu'au Juin 2023 au service de reanimation néonatale de l'hôpital Mère Enfant du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.



Résultats

• Caractéristiques maternelles et obstétricales :

Nous avons colligé 54 nouveau-nés issus d'une grossesse gémellaires, qui ont été inclus durant la période de l'étude, dont 35 filles soit 64% et 19 garçons soit 35 %.

54 nouveau-nés jumeaux étaient rapportés, dont 41 ayant nécessité une hospitalisation dans notre formation soit 75%.

L'âge maternel moyen était de 20 ans avec des extrêmes de 17 ans et 43 ans.

Neuf mères étaient des primipares soit 30% alors que 21 étaient des multipares soit 70%.

25 grossesses étaient suivies 83%, soit à titre externe soit dans une formation publique. Alors que 5 grossesses n'étaient pas suivies 16%.

six cas ont reçus la corticothérapie soit 24%.

Treize cas de menaces d'accouchement prématurées MAP soit 43%.

8 cas d'hypertension artérielle gravidique soit 26%.

Seize cas de complications infectieuses (vulvovaginite, infection urinaires ou fièvre du troisième trimestre) soit 53%.

• Caractéristiques néonatales :

L'accouchement s'est déroulé par voie basse dans 18 cas soit 60%, et par césarienne dans 12 cas soit 40%.

19 nouveaux nés ont dépassés 37 SA soit 35,18%, alors que 35 nouveau-nés étaient des prématurés soit 64%.

Le poids moyen était de 1200 grammes, avec des extrêmes de 900 g et 2500g.

La détresse respiratoire a été notée chez 35 de nos patients soit 85%, en rapport avec la maladie des membranes hyalines chez 19 nouveaux nés (46%), l'infection pulmonaire dans 37 cas (90%), ou dans les autres cas en rapport avec des malformations, des cardiopathies ou pathologies diverses.

8 cas avec un réflexe de succion faible ou absent, soit 19%, 12 décès néonataux soit 29% par sepsis, infections nosocomiales étaient les causes les plus fréquentes, suivies des troubles respiratoires et d'hémorragies alvéolaires.

Discussion

La prématurité ainsi que le faible poids sont les risques les plus importants et les principales causes de mortalité chez le jumeau.

L'augmentation des menaces d'accouchement prématurées et des complications infectieuses chez la mère ainsi qu'un taux de 64% de prématurés explique la pratique de la voie basse dans 60% des accouchements dans notre étude.

Nous avons constatés que 75% de ces nouveaux nécessitaient une hospitalisation, avec un taux de 64% de prématurité, ce qui est cohérent. Il semble que le taux global de mortalité périnatale plus élevés chez les jumeaux soit lié à l'incidence plus élevée de prématurité et donc susceptible aux infections et les détresses respiratoires ou neurologiques.

La prise en charge des nouveau-nés issu d'une grossesse gémellaire doit être initiée avant même la naissance afin d'améliorer le pronostic néonatal. La corticothérapie n'a été reçue que chez 6 cas, alors que l'utilisation de corticothérapie anténatale avait démontrée une diminution nette de complications respiratoires et d'interventions.

Notre étude reporte un taux de 29% de mortalité. Trois paramètres étaient significativement liés : la prématurité, le faible poids et les infections.

Conclusion

Les grossesses gémellaires constituent un facteur de risque significatif de morbidité périnatale par rapport aux grossesses simples. L'accent doit être mis sur une meilleure identification et un meilleur suivi.

L'amélioration des résultats néonataux chez ces nouveau-nés nécessite alors une prise en charge multidisciplinaire depuis la conception jusqu'à la naissance.



M.HALBAOUI ,H. MGHAZLI, F.TAHIRI, A. LALAOUI, F. BENNAOUI, N. EL IDRISSE SLITINE, FMR. MAOULAININE

1-SERVICE DE RÉANIMATION NÉONATALE : HÔPITAL MÈRE-ENFANT : CHU MOHAMMED VI MARRAKECH

2-LABORATOIRE DE RECHERCHE : L'ENFANT, LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT, FMPM, UNIVERSITÉ CADI AYAD

INTRODUCTION

L'hypoparathyroïdie néonatale est une maladie rare due à déficit de sécrétion de la parathormone. L'hyperparathyroïdie maternelle est une cause parmi les autres. Peu de cas d'hyperparathyroïdie secondaire chez le nouveau-né ont été décrits dans la littérature.

Nous en rapportons un cas chez une mère dont le diagnostic était méconnu au sein du service de néonatalogie de l'hôpital Mohammed VI de Marrakech.

RESULTATS

Le nouveau-né de sexe féminin était le deuxième enfant, né le 25 septembre 2023, à terme 40 semaines d'aménorrhées selon le FARR.

La mère était âgée de 23 ans, avec un antécédant de mort fœtale intra-utérine à l'âge de 38 semaines d'aménorrhées dans un contexte de souffrance néonatale, présentant une thyroïdectomie il y'a dix ans sous lévothyrox, et sans notion de mariage consanguin.

La grossesse était mal suivie chez un généraliste, ayant bénéficié de 3 échos sans aucun bilan.

Il est né par voie basse non instrumentale. Le score d'Apgar était de 6/10 passé à 7/10 à la 5^{ème} minutes.

Un examen physique a été réalisé depuis la naissance, objectivant un poids de 3100 g (25 percentiles), et une taille de 40 cm (< 3 percentiles) avec une brachycéphalie .

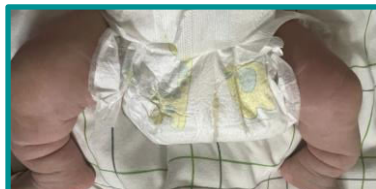
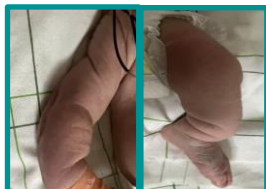
L'examen notait une détresse respiratoire cotée à 4/10 faite d'un tirage sous et intercostal et un battement des ailes du nez modéré. L'inspection notait une déformation des membres inférieurs et supérieurs avec des pieds convexes bilatéraux .

La radiographie du thorax montrait un syndrome alvéolaire bilatéral, des côtes qui sont courtes et larges avec une déminéralisation osseuse diffuse, particulièrement au niveau du gril costal. Une radiographie corps entier a été réalisé, objectivant des fractures bilatérales du 1/3 moyen des fémurs avec des angulations des os de l'avant-bras..

La parathormone sérique était de 736 pg/ml (N = 10-65), la vitamine D totale était à 7 ng/ml. Le bilan biologique maternel était une hypoparathyroïdie profonde à 0.10 pg/ml.

Le nouveau-né était traité par ventilation mécanique, recharge en calcium et la vitamine D par voie entérale et parentale.

Le nouveau-né a quitté le service de réanimation après 60 jours d'hospitalisation, après 10 jours de son sevrage d'oxygène et la consolidation de ses fractures sous supplémentation en calcium et vitamine D.



DISCUSSION

Nous rapportons un cas d'hyperparathyroïdie néonatale secondaire a une hypoparathyroïdie maternelle, ça était décrit depuis longtemps mais grâce au suivi de grossesse et le traitement des femmes hypoparathyroïdiennes ça a permis de faire quasiment disparaître les hyperparathyroïdies néonatales secondaires.

Dans notre observation et malgré une symptomatologie pouvant être très évocatrice, le diagnostic n'a pas été fait chez la mère et le nouveau-né était faux diagnostiqué d'une ostéogenèse imparfaite, c'est le diagnostic d'une hyperparathyroïdie néonatale qui a conduit à l'identification de la pathologie maternelle.

Les causes d'une hypoparathyroïdie maternelle sont peu nombreuse : idiopathiques ou secondaires à une thyroïdectomie. Dans notre cas il s'agissait d'une thyroïdectomie que la maman avait subi il y' a 10 ans.

La prématurité a été souvent décrite. Ce qui est pareil à notre cas.

Ce sont le plus souvent les perturbations du bilan phosphocalcique initial et les signes radiologiques qui conduisent au diagnostic.

Dans la littérature, une hypocalcémie a été décrite dans la plupart des cas, mais de façon inconstante, ce qui rejoint ce qui a été décrit dans notre cas.

Les lésions osseuses radiologiques sont très évocatrices. La détresse respiratoire est généralement en rapport avec.

Dans notre observation le nouveau-né a été ventilé initialement pour son atteinte parenchymateuse d'une infection néonatale précoce a localisation pulmonaire, puis à cause d'une dysplasie bronchopulmonaire surajoutée.

L'hyperparathyroïdie induit chez le fœtus une carence en vitamine D. En l'absence de traitement maternel la prise en charge néonatale consiste a une réanimation respiratoire, métabolique et un apport de vitamine D.

Conclusion

Un bilan phosphocalcique perturbé chez un nouveau-né doit faire penser à une cause maternelle et investiguer dans ce sens.

Un traitement par la vitamine D pendant la grossesse est conseillé chez toute mère hypoparathyroïdienne afin de prévenir les hyperparathyroïdies néonatales.

Introduction :

Les cellulites du nouveau-né et du nourrisson de moins de trois mois sont rares et de présentation souvent atypique. Afin de ne pas méconnaître un sepsis sévère et pour optimiser la prise en charge, leur diagnostic précoce est important.

Objectif : à travers ce travail, nous insistons sur l'importance de la prise en charge précoce diagnostique et thérapeutique des cellulites orbitaires du nouveau-nés.

RESULTATS

Il s'agit de 02 nouveau-nés de sexe masculin, le 3ème de sexe féminin, admis respectivement à J20 de vie, à J33 de vie, et j12 de vie, les 03 grossesses étaient de déroulement normal, avec une anamnèse infectieuse négative, le prélèvement vaginal non fait chez les 3 mamans, le motif de consultation principal était la fièvre avec le refus de téter. A l'examen clinique : les 03 nouveau-nés étaient tachycardes, polypnéiques avec un temps de recoloration cutané allongé, une tuméfaction faciale était retrouvé chez le premier bébé, et une tuméfaction péri orbitaire bilatérale chez le 2ème bébé et unilatérale droite chez le 3ème bébé avec des signes inflammatoires en regard, le bilan infectieux était franchement positif chez les 2 premiers, par contre il était négatif chez le 3ème bébé. Une imagerie orbitaire et cérébrale a été réalisé chez les trois patients revenant en faveur d'une cellulite faciale chez le premier bébé, d'une cellulite orbitaire bilatérale stade I chez le 2ème bébé, et une cellulite orbitaire stade 1 chez le 3ème bébé. L'hémoculture était positive chez les 2 bébés : avec isolement du streptocoque B chez le premier et du klebsiella pneumoniae chez le 2ème bébé et négative chez le 3ème bébé, l'évolution était favorable sous antibiothérapie.



figure 1 : cellulite orbitaire pré-septale bilatérale



Figure 2 : cellulite orbitaire vue deface



Figure 3 : cellulite orbitaire vue profil

DISCUSSION

Les cellulites du nouveau-né et du nourrisson de moins de 3 mois sont rares et très peu décrites dans la littérature en dehors de quelques cas cliniques. Depuis les années 1980 où ce tableau clinique a été décrit.

L'incidence de la cellulite dans les infections materno-foetales à SGB est variable selon les études.

D'une façon générale, il s'agit toujours d'un diagnostic décalé d'au moins sept jours après la naissance avec une symptomatologie non spécifique initialement : fièvre, pleurs, irritabilité, diminution des prises alimentaires. D'où l'intérêt d'un examen clinique soigneux.

Il est recommandé devant une cellulite du bébé de moins de 3 mois d'instaurer en 1ère intention un traitement actif sur le SGB, tout en respectant les recommandations sur le traitement des infections materno-foetales.

L'important est de ne pas méconnaître le diagnostic vu l'évolution fatale possible d'un sepsis. Il est également indispensable de maintenir une antibiothérapie prolongée par voie intraveineuse (10 à 14 j) du fait du risque de rechute.

CONCLUSION

Toute cellulite, survenant dans les premiers jours de vie est une infection materno-foetale jusqu'à preuve du contraire et nécessite une hospitalisation avec réalisation d'hémocultures. Un traitement antibiotique probabiliste administré par voie intraveineuse et visant le streptocoque B doit être mis en place rapidement sans attendre les résultats des prélèvements bactériologiques.

HÔPITAL MÈRE-ENFANT-CHU HASSAN II FÈS
I. OUCHET, M. ERRADI, W. KOJMANE, F. HMAMI

Introduction

L'infection urinaire est une infection fréquente en pédiatrie, elle constitue un motif courant d'hospitalisation. Elle se caractérise par son tableau clinique polymorphe, ainsi l'ECBU reste le seul moyen de diagnostic de certitude pour la population néonatale en mettant en évidence une leucocyturie avec bactériurie ainsi qu'un antibiogramme permettant d'adapter le traitement antibiotique.

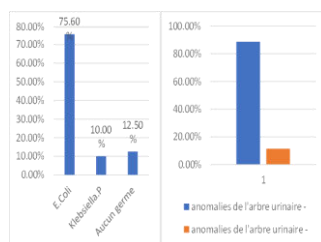
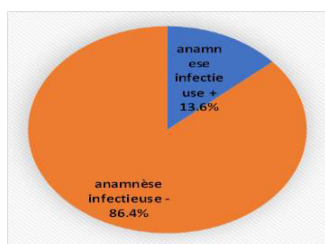
Objectifs :

Ce travail a pour but d'établir le profil bactériologique, les différentes molécules utilisées pour le traitement, le profil épidémiologique de ces patients, ainsi que les anomalies de l'arbre urinaire découvertes à l'échographie.

Résultats

Il s'agit de 44 patients, admis au service de réanimation néonatale et de néonatalogie, durant une période s'étalant sur un an, (du mois d'octobre 2021 au mois d'octobre 2022). La plupart des patients était de sexe masculin soit 67,5%, avec un sexe-ratio H/F à 1,8. L'âge moyen des patients était de 14 jours avec des extrêmes allant d'un jour à 33 jours. 90,9% des patients étaient à terme et seulement 9,09% étaient des prématurés. Le poids moyen des patients était 3330g avec un poids minimal à 1800g et un poids maximal à 4300g. Concernant l'anamnèse infectieuse, elle était positive dans 13,6% des cas : 1 ECBU positive chez la maman dans 2 cas, des brûlures mictionnelles dans 1 cas, une RPM > 12h dans 1 cas, une RPM > 24h dans 1 cas, et des leucorrhées fétides dans 1 cas. L'ECBU réalisé a objectivé une leucocyturie chez tous les patients allant jusqu'à 1.000.000 par ml. La bactériologie était en faveur d'E.coli dans 75,6%, Klebsiella pneumoniae dans 10% des cas, aucun germe n'a été mis en évidence dans 12,5% des cas. Le traitement a consisté à l'utilisation de C3G et aminoside chez tous les patients. Les germes identifiés étaient tous sensibles aux molécules utilisées.

Aucune résistance n'a été objectivée à l'antibiogramme. L'échographie vésico-rénale chez ces nouveaux nés a objectivé des anomalies de l'arbre urinaire dans 11,36% des cas : dans 4 cas ; il s'agissait une dilatation urétéro-pyélo-calicielle et dans 1 cas une dysplasie multi kystique rénale.



Discussion :

L'infection urinaire du nouveau-né est caractérisée par sa gravité du fait de la morbidité importante à la phase aiguë.

La transmission bactérienne materno-fœtale peut se faire par voie hématogène mais elle se fait le plus souvent par voie ascendante ou lors du passage dans la filière vaginale.

La prédominance masculine est retrouvée dans toutes les études. Les garçons représentaient 67,5 % dans notre étude avec sex-ratio H/F à 1,8.

Chez le nouveau-né, l'infection urinaire survient plus fréquemment après la première semaine de vie. Dans notre série l'âge moyen est de 14 jours.

Sur le plan bactériologique, il y a une nette prédominance d'E. coli qui varie de 58 à 80 % selon les séries. Dans notre étude, l'E.coli était le germe isolé dans 75,6%.

Plusieurs facteurs de risque sont incriminés dans la survenue de l'infection urinaire : notamment les RPM > 12h ou à 24h, des brûlures mictionnelles et des leucorrhées fétides.

Le traitement de l'infection urinaire néonatale se base sur l'association d'une céphalosporine de troisième génération à un aminoside. Or l'adaptation du traitement se fait en fonction des résultats de l'antibiogramme. L'infection urinaire peut révéler plusieurs uropathies malformatives, d'où l'intérêt de l'échographie vésico rénale.

L'évolution sous traitement bien conduit, basée sur les données épidémiologiques et la sensibilité du germe identifié aux antibiotiques, est généralement favorable.

Conclusion :

L'infection urinaire est courante en pédiatrie, avec une prédominance chez les garçons. L'ECBU est nécessaire pour poser le diagnostic, et permet d'orienter le choix thérapeutique en fonction de l'antibiogramme. L'E.coli est la principale bactérie responsable d'infections urinaires chez le nouveau-né. Elle peut être révélatrice d'anomalies vésico-rénale d'où l'intérêt de l'échographie.

OTITE DU NOUVEAU-NÉ REVELANT UNE TUBERCULOSE CONGÉNITALE MULTIFOCALE

P142

I. OUCHET ; M. ERRADI, W. KOUJMANE, F. HMAMI
SERVICE DE RÉANIMATION NÉONATALE ET DE NÉONATOLOGIE HÔPITAL MÈRE-ENFANT- CHU HASSAN II FÈS

Introduction

La tuberculose est une maladie qui continue d'être un problème de santé majeur dans notre pays. Malgré une prévalence élevée de tuberculose chez les femmes en âge de procréer, seuls quelques cas de tuberculose congénitale (TC) ont été signalés, probablement la fréquence est sous- estimée car les présentations cliniques sont variables et non spécifiques.

L'otite moyenne aigue purulente est une infection bactérienne fréquente chez le nourrisson mais exceptionnel chez le nouveau-né, se manifeste généralement par une irritabilité ; fièvre ; otalgie et écoulement purulent de conduit auditif externe.

Nous rapportons un cas de tuberculose congénitale révélée par une OMA , afin de mettre le point sur cette maladie rare et de sensibiliser les pédiatres

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe féminin , prématuré de 29 SA , né d'un mariage non consanguin, mère âgée de 32ans ayant comme antécédent une tuberculose multifocale en cours d'exploration, G4P4 ,grossesse suivie au centre de santé, AVB pour prématurité inexpliquée avec un poids de naissance 1700g, hospitalisée au sein de service de réanimation néonatale pour une détresse respiratoire rapidement résolutive sortie à domicile à J2 de vie puis réadmise à J28 de vie pour une fièvre avec une otite purulente associée à de multiples adénopathies péri auriculaires et sous mandibulaires sans signes clinique d'une méningite , un prélèvement par écouvillonnage de l'écoulement auriculaire a montré une infection par E.COLI et Proteus mirabilis, une TDM CTAP réalisée (vu la notion de tuberculose multifocale et notamment urogénitale chez la maman) a montré une tuberculose multifocale ganglionnaire, pulmonaire, hépatique et splénique ; la réalisation d'une cytoponction de l'ADP cervicale a mis en évidence la présence de BK.

Le nouveau-né était mis sous anti bacillaires et corticoïde ainsi qu'une antibiothérapie, avec une évolution clinique favorable sans effet secondaire du traitement anti bacillaire et une guérison.

Discussion et conclusion

Discussion :

La tuberculose constitue encore un fléau majeur de santé publique, responsable à l'échelle mondiale d'une morbidité et d'une mortalité importantes. Provoquée dans la plupart des cas par un bacille appelé Mycobacterium tuberculosis . Parmi les nombreuses formes cliniques de la tuberculose, il en est une rare et sévère : la tuberculose congénitale.

Elle est évaluée à 2 % dans les pays à forte endémie.

Le diagnostic de la tuberculose congénitale est souvent retardé car les signes cliniques ne sont pas spécifiques et il est difficile de la distinguer des autres infections.

Une TC doit être soupçonnée quand la mère a une tuberculose active.

La transmission de TC se fait soit par voie hématologique via la veine ombilicale, soit par le liquide amniotique infecté qui est ingéré ou aspiré in utero, ou lors de l'accouchement par l'atteinte des voies génitales.

Les symptômes de la tuberculose néonatale sont généralement non spécifiques : ils incluent la léthargie, la fièvre, le refus de téter, le faible poids de naissance et la mauvaise prise pondérale. Les signes cliniques sont eux aussi non spécifiques, pouvant inclure la détresse respiratoire, la pneumonie persistante, l'hépatosplénomégalie, l'adénopathie lymphatique, une distension abdominale avec ascite, lésions cutanées, otite, méningite.

La tuberculose se manifestant par une otorrhée est une présentation rare de cette maladie.

Une analyse récente de 170 cas de tuberculose congénitale a rapporté que la plupart des cas présentaient des symptômes non spécifiques 2 à 3 semaines après la naissance, les mères étant généralement asymptomatiques.

Dans cette étude, l'otorrhée et la paralysie du nerf facial étaient des manifestations rares rapportées seulement dans 5 % et 6 % des cas. Dans une autre étude, l'otite moyenne tuberculeuse représenterait 1 à 3 % de tous les cas d'otite moyenne. Une étude plus récente a révélé que la tuberculose n'était responsable que de 0,04 % des cas d'otite moyenne chronique suppurée. Des cas rapportés de tuberculose congénitale se manifestant par une otite moyenne ont montré une évolution comparable à notre patient.

Les complications d'une otite tuberculeuse comprennent les fistules, les paralysies du nerf facial, l'ostéomyélite, la mastoïdite, la perte auditive et la propagation de l'infection au système nerveux central.

Pour le diagnostic de TC, l'IDR doit être pratiquée même si elle reste généralement négative pendant les six premières semaines de vie. (Chez le nouveau-né, toute induration est considérée comme un test positif)

Des examens bactériologiques et radiologiques doivent être réalisés. La principale clé d'un diagnostic de tuberculose congénitale ce sont les antécédents d'infection tuberculeuse ou d'infection par VIH chez la mère

Le traitement doit être commencé dès qu'il y a suspicion, car la tuberculose progresse rapidement chez le nouveau-né. On se conformera aux schémas thérapeutiques standards recommandés par l'OMS.

Une réponse favorable au traitement se signalera par une amélioration de l'appétit, un gain de poids et des résultats visibles à Caomadcluiosgiroanphie

Conclusion :

L'otite chez le nouveau-né doit faire évoquer en premier lieu le diagnostic d'un déficit immunitaire acquis ou congénital ou une tuberculose. La tuberculose congénitale est une affection rare et grave chez le nouveau-né avec risque majeur de complications, d'où l'intérêt de chercher la notion de TB chez la maman..

LES MALADIES MÉTABOLIQUES À EXPRESSION HÉPATIQUE : À PROPOS DE 34CAS

O. ETOKA STEFFIE ; D.BEN SABBAHIA ; M. ATRASSI ; A. ABKARI

SERVICE DE PÉDIATRIE III, UNITÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE ET D'HÉPATOLOGIE
PÉDIATRIQUE HÔPITAL MÈRE ENFANT A. HARROUCHI, CHU IBN ROCHD CASABLANCA

Introduction

- Les maladies métaboliques : affections rares qui résultent de dysfonctionnement génétiques affectant le métabolisme.
- Détectées chez environ un nouveau né sur 800 a 250
- Peuvent être héréditaires ou acquises
- Se manifestent différemment en fonction de l'âge de début, de la gravité et du mode de transmission
- Présentent des symptômes variés, tels que retard du développement, vomissements répétitifs, hypoglycémies.

Objectif

- Déterminer les étiologies des maladies métaboliques révélés par une atteinte hépatique chez l'enfant
- Mettre en évidence les causes en fonction des différentes tranches d'âge, des valeurs de la cytolysé et évaluer leur évolution en fonction de la pathologie causale

Matériel et Méthode

- Etude rétrospective de janvier 2018 à Mars 2024, les dossiers des patients allant de 1mois a 15ans présentant les maladies métaboliques révélés par une atteinte hépatique
- Service de Pédiatrie 3, Unité de Gastro-Entérologie Hôpital d'enfant Harrouchi

Résultats

- 34 patients
- Prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,8.
- Age moyen : 33,6mois
- La consanguinité était retrouvée dans 64,7% des cas .
- Les signes cliniques initiaux :
 - Ictère cholestatique: 47,05%
 - Hypertension portale:41,2% dont 13,7% révélés par une hémorragie digestive haute
 - Signes musculaires:2,9%
- Sur le plan biologique : cholestase dans 22 cas et insuffisance hépato cellulaire dans 12cas
- Evolution : Une diminution rapide de la cytolysé hépatique pour certaines pathologies après instauration du traitement.
- Le taux de mortalité était de 6,8% due à la tyrosinémie et la galactosémie.

Tranche d'âge	Nombre de cas	cytolysé	Etiologies
1mois-2ans	24 cas	Sévère (>10N)	Glycogénose, Tyrosinémie, Alagille, Galactosémie, Niemann Pick, trouble de cycle de l'urée
>2ans-11ans	6 cas	Modérée (3-10N)	Wilson; glycogénose ; Gaucher
12ans-15Ans	4 cas	Légère (<3N)	Wilson

Discussion

- Les maladies métaboliques du foie représentent 13 à 43 % des cas d'insuffisance hépatique aiguë chez les nourrissons et les jeunes enfants
- Chez l'enfant plus âgé ils ne représentent que 5 a 20%
- L'étiologie reste indéterminée dans très peu de cas d'insuffisance hépatique dans les études où les maladies métaboliques du foie ont été reconnues en grande proportion.
- Les étiologies les plus retrouvées sont: La galactosémie, la tyrosinémie et les troubles mitochondriaux chez les jeunes enfants et la maladie de Wilson chez les enfants plus âgés comme l'a rapporté l'étude pédiatrique sur 15ans de Seema Alam et AL
- Dans notre étude les différentes étiologies étaient :
 - La glycogénose en première position surtout chez les nourrissons
 - La maladie de Wilson venait en seconde position plus fréquent chez le jeune et grand enfant
 - Suivi de la tyrosinémie, le syndrome d'Alagille, les troubles de cycle de l'urée, la maladie de Gaucher et Niemann Pick
- La prise en charge était en fonction de la pathologie causale.

Conclusion

- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Sans un traitement adapté le patient décède ou gardera des séquelles graves

1. Metabolic Liver Diseases Presenting as Acute Liver Failure in Children SEEMA ALAM AND BIKRANT BIHARI LAL Published online: June 01, 2016. PII:S097475591600005
2. Rajanayagam J, Cornan D, Cartwright D, Lewindon PJ. Pediatric acute liver failure: Etiology, outcomes, and the role of serial pediatric end-stage liver disease scores. *Pediatr Transplant*. 2013;17:362-8
3. Alam S, Lal BB, Khanna R, Sood V, Rawat D. Acute liver failure in infants and young children in a specialized pediatric liver centre in India. *Indian J Pediatr*. 2015 Jan 6. [Epub ahead of print].
4. Brett A, Pinto C, Carvalho L, Garcia P, Diogo L, Gonçalves I. Acute liver failure in under two year-olds— are there markers of metabolic disease on admission? *Ann Hepatol*. 2013;12:791-6

UNE CAUSE EXCEPTIONNELLE DE L'HTA CHEZ L'ENFANT : ARTÉRITE DE TAKAYASU.

P145

B.KHOUADRI ;N.HAZZAB ; K.KHABBACHE ; Y.ELBOUSSAADNI ; A.OULMAATI

SERVICE DE PÉDIATRIE, CHU MOHAMMED VI DE TANGER.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE, UNIVERSITÉ ABDELMALEK SAADI, TANGER.

Introduction :

La maladie de Takayasu est une artérite inflammatoire particulièrement rare chez l'enfant et qui présente le plus souvent des complications graves à type de sténoses , de thromboses et d'anévrismes .

Nous en rapportons un Cas révélé par une douleur abdominale , secondaire à une coarctation étagée de l'aorte thoraco-abdominale

Observation:

Une petite fille de 7ans , sans antécédents personnels particuliers, se présente aux urgences pour douleur abdominale persistante .

L'anamnèse objective des douleurs abdominales rebelles aux traitements antalgiques.

Les premières évaluations cliniques révèlent une asymétrie tensionnelle , une diminution des pouls fémoraux et pédieux et une HTA .

L'angio-Scanner thoraco-abdominal montrait un épaississement pariétal significatif de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte abdominale jusqu'au tronc cœliaque/artère mésentérique supérieure avec une sténose significative de l'isthme aortique et l'aorte descendante faisant retenir le diagnostic de l'artérite de TAKAYASU type III , d'autant plus que le syndrome inflammatoire était très parlant (CRP à 156/ VS à 120mm) avec une hyperleucocytose à PNN.

Le diagnostic de la maladie de Takayasu est souvent difficile et retardé chez l'enfant devant le grand polymorphisme clinique.

Bien que rare , la Maladie de Takayasu doit être évoquée devant toute HTA confirmée de l'enfant , pour assurer une prise en charge précoce et rapide permettant de contrôler au maximum l'évolution de la maladie

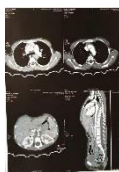


Figure1 : épaississement pariétal de l'aorte thoraco-abdominale

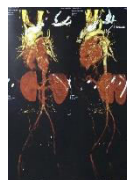


Figure2 : sténose significative de l' isthme aortique /aorte descendante

conclusion

La petite fille était traitée par corticothérapie associée à un antihypertenseur à base d'inhibiteur de l'enzyme de conversion permettant de normaliser le syndrome inflammatoire et la tension artérielle puis l'évolution s'est marquée par l'installation d'une claudication intermittente des membres inférieurs en rapport avec une thrombose au niveau de l'artère fémorale conduisant à rajouter un immunosuppresseur à base d'Azathioprine avec bonne évolution sur un recul de 6 mois

- Discussion**
- [1] Fiedler JN, Camilleri JP, Cormier JM, et al. La maladie de Takayasu: le diagnostic. Ann Med Interne 1983;134:441-3.
- [2] Fiedler E, Albert D, Ginkel T. Hypertension and elevated ESR as diagnostic features of Takayasu arteritis in children. J Clin Rheumatol 2003;9:156-63.
- [3] Milner LS, Jacobs DW, Thomson PD, Kala UK, Franklin J, Beale P, et al. Management of severe hypertension in childhood Takayasu's arteritis. Pediatr Nephrol 1991;5:38-41.

ERYTHEME POLYMORPHE POST INFECTIEUX: A PROPOS D'UN CAS

P165

Y. FILALI-TARRASS, K. EL BACHA, S. AMAR, B. EL MENZHI, B. EL BASRI, M.KHATTAB, A. EL HASSANI, N.ERREIMI

SERVICE DE PÉDIATRIE, HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH ZAID, RABAT

Introduction:

L'érythème polymorphe post infectieux est une dermatose rare de l'enfant se caractérisant par une lésion élémentaire en cocarde, plus souvent avec atteinte de muqueuse. Les deux principales causes infectieuses chez l'enfant sont le *Mycoplasma pneumoniae* et l'herpès simplex. L'atteinte peut être grave menaçant le pronostic vital de l'enfant avec des signes généraux importants et une atteinte cutanéomuqueuse profuse et étendue.

Observation :

Garçon, âgé de 10 ans, sans aucun antécédent particulier, sans notion de vaccination ou prise médicamenteuse récente, présentant depuis 1 semaine une éruption cutanée généralisée associée à une gingivo-stomatite avec rougeur oculaire bilatérale sans baisse de l'acuité visuelle. Le tout évoluant vers l'aggravation de sa symptomatologie par l'apparition d'une détresse respiratoire avec trouble de déglutition. A l'admission: L'enfant est agité, fébrile à 38,8 C, polypneique, présence d'une éruption érythémateuse maculopapuleuse en cocarde bien limitée avec bordure foncée et centre clair siègeant au niveau du visage, du cou, du thorax et des membres supérieurs. On retrouve aussi une rougeur oculaire bilatérale, avec une gingivostomatite et décollement de la peau des lèvres, avec une parole impossible. Atteinte du périnée avec opacités alvéolaires bilatérales avec un emphysème sous cutané diffus. La prise en charge a consisté en une alimentation hyperprotidique, hypercalorique par SNG au début puis passage à la voie orale bien tolérée, traitement symptomatique pour la douleur, avec soins de bouche et de siège, antibiothérapie locale par collyres d'azithromycine, et générale par Ciprofloxacine et Métronidazole avec un antiviral Aciclovir totalisant 21 jours avec corticothérapie par voie intraveineuse, et nébulisation de B2 mimétiques et de Pulmicort. Une kinésithérapie respiratoire a aussi été nécessaire. L'évolution a été marquée par une diminution de l'emphysème cutanée avec une nette amélioration des lésions muqueuses, reprise de la parole et apyrexie obtenue dès la première semaine du traitement.



Figure 1 et 2: Montrant une gingivostomatite avec une atteinte oculaire bilatérale



Discussion et conclusion :

L'observation de notre patient témoigne de la complexité intrinsèque de l'érythème polymorphe, mettant en lumière l'impérieuse nécessité d'adopter une approche thérapeutique éclairée et spécifique. En ce cas précis, la présence de symptômes systémiques sévères, notamment une détresse respiratoire et une atteinte multiforme des muqueuses, classe notre patient dans une catégorie sévère, nécessitant une intervention pluridisciplinaire de grande envergure, incluant une antibiothérapie à large spectre et l'administration d'antiviraux. La littérature médicale suggère que malgré des résultats négatifs aux tests PCR pour les virus herpès simplex (HSV) et varicelle-zona (VZV), l'usage de l'aciclovir peut être justifié dans le dessein de prévenir d'éventuelles complications ou récurrences, notamment lorsqu'une symptomatologie évoquant une infection à HSV ou VZV est présente, et où l'étiologie exacte ne peut être rapidement confirmée. La réponse favorable à un traitement d'une telle intensité, comme constaté chez ce patient, appuie la nécessité d'une gestion proactive des cas sévères d'érythème polymorphe. Cette étude rappelle avec force l'impératif de vigilance à l'égard des symptômes dermatologiques et systémiques chez ces jeunes patients, afin d'assurer la dispensation des meilleurs soins possibles.

Références :

1- Benedetti, J. (2023). Érythème polymorphe - Troubles dermatologiques. *Manuels MSD pour le grand public*
2- Goldman, R.D. (2023). Erythema multiforme in children. *Canadian Family Physician*, 68(7), 507-511. DOI: 10.46747/cfp.6807507



Introduction

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente de l'enfant. L'exacerbation d'asthme est, par conséquent, un motif de consultation très rencontré aux urgences pédiatriques.

L'objectif de notre travail est d'évaluer le profil épidémiologique et clinique des patients consultant pour ce motif, de déterminer les facteurs de risque et leur corrélation avec la sévérité de l'exacerbation.

Résultats

L'échantillon a compris 305 patients avec un âge moyen de 6 ans et un sex-ratio de 1,5. La présence des sifflements thoraciques était le principal motif de consultation soit 83% des cas. Les autres symptômes étaient : la fatigue dans 71,6%, les troubles d'élocution dans 57,5% des cas et une gêne respiratoire dans 50,9% des cas. Un antécédent d'allergie a été retrouvé chez 48,2% des patients. Un taux de 68,5% avaient des antécédents de sifflements et 41,3% avaient une atopie familiale. Les signes cliniques étaient dominés par les sibilants (83%) et la dyspnée au repos (50,9%). Les facteurs déclenchants étaient l'humidité des foyers à 56,4%, l'exposition aux acariens à 40%, une infection virale à 37,5% et un arrêt du traitement à 22,4%. L'exacerbation était inaugurale chez 56% des cas, dont 48,5% avaient une crise légère, 43,9% avaient une crise modérée et 7,6% avaient une crise sévère, alors qu'elle était secondaire à un asthme connu chez 44% des cas dont 25,4% avaient une exacerbation légère, 69,4% avaient une exacerbation modérée et 5,2% avaient une exacerbation sévère. Tous les patients admis pour crise inaugurale ont été hospitalisés, quant à ceux admis connus asthmatiques : 47% sont sortis sous traitement et 49% ont été hospitalisés au service de pneumo-allergologie et 4% en réanimation pédiatrique.

Il a été mis en évidence que le risque d'exacerbation grave est plus important si : dans les antécédents il y a une atopie personnelle ou une prématurité, si le facteur déclenchant de l'exacerbation était une infection virale, une allergie alimentaire ou médicamenteuse ou une allergie au pollen, et si le patient est sous corticoïdes inhalés seuls et s'il a des symptômes diurnes.

Références bibliographiques

- 1- Shen A, et al. The economic burden of medical treatment of children with asthma in China. BMC Pediatr. 2020 ;20 :386.
- 2- BATOUL BENKIRANE. ASTHME DE L'ENFANT DE 2 à 15 ans. (A propos de 400 cas). Thèse en médecine. Marrakech.
- 3- Traitement de l'asthme de l'enfant : du consensus à la pratique Asthma treatment in childhood: from guidelines to practice, review of pneumonology et d'allergologie pédiatriques, hôpital Necker-Enfants-Malades, AP-HP, 149, rue de Sévres, 75015 Paris, France

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique, portant sur les enfants âgés entre 2 et 15 ans ayant consulté pour exacerbation d'asthme au service des urgences médicales pédiatriques de Rabat sur une période de 6 mois, allant de septembre 2022 à février 2023.

Discussion

- Notre étude a été réalisée au cours de la période Septembre-Février, qui est une période froide au Maroc et pendant laquelle le risque d'exacerbation d'asthme augmente. Cette période a été choisie car il existe des pics prévisibles d'exacerbations de l'asthme liés à la rentrée scolaire et à la reprise de la vie en collectivité avec une recrudescence des infections respiratoires virales, auxquels se rajouterait parfois l'arrêt du traitement de fond pendant les vacances.

- Dans notre étude 60% des cas étaient de sexe masculin. Les mêmes résultats ont été observés dans l'étude de Wu et al. ainsi que dans une thèse en médecine à Marrakech portant sur 400 enfants asthmatiques et dans laquelle le sexe ratio garçon/fille était de 1,5.

- Dans notre étude, presque la moitié de nos patients avaient une atopie familiale et 89% avaient une atopie personnelle, par contre une étude de cohorte Néerlandaise n'a trouvé aucune augmentation du risque d'exacerbation chez les enfants atteints d'eczéma, de rhinite allergique ou de conjonctivite, par rapport aux patients n'ayant pas de maladie allergique.

- L'asthme se caractérise par des symptômes respiratoires intermittents, apparaissant plus volontiers la nuit ou le matin au réveil : toux, sifflements, dyspnée, oppression thoracique. Dans notre étude, les signes cliniques des exacerbations étaient dominés par les sibilants.

Les exacerbations de l'asthme sont classées selon leur gravité et souvent catégorisées comme légères, modérées ou graves, en utilisant les directives GINA ou NIH.

Le traitement de l'asthme repose essentiellement sur la corticothérapie inhalée. L'association avec un β_2 -agoniste de longue durée d'action ou un antagoniste des leucotriènes est nécessaire dès lors que l'asthme n'est pas contrôlé par la seule corticothérapie inhalée.

- La prise en charge de l'enfant asthmatique ne doit pas se limiter à la seule prescription médicamenteuse, mais doit être globale et inclure tout autant l'apprentissage des schémas thérapeutiques que celui d'une hygiène de vie adaptée, une revue systématique et méta-analyse a montré que l'éducation dans l'asthme était associée à une amélioration de la fonction pulmonaire, à une réduction de l'absentéisme scolaire, du nombre de jours d'activité restreinte et du nombre de visites aux urgences.

Conclusion

Ces résultats ont permis d'identifier les facteurs influençant la gravité de l'exacerbation d'asthme, ce qui peut constituer une base solide pour guider les stratégies de prévention et d'intervention, avec un accent particulier sur les enfants présentant un risque élevé d'exacerbation grave.