

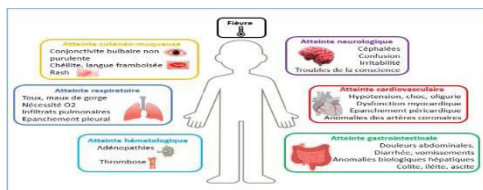
# P167 SYNDROME INFLAMMATOIRE MULTI-SYSTÉMIQUE PÉDIATRIQUE: A PROPOS DE 3 CAS

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

SERVICE DE PÉDIATRIE, HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH ZAID, RABAT

## Introduction :

Suite à la propagation de la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19), une nouvelle entité pathologique est apparue, définie comme le syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique associé à la COVID-19 (PIMS-TS), ou le syndrome inflammatoire multi systémique chez l'enfant (MIS-C). Le PIMS est une affection rare et grave. Cette affection nécessite d'être détectée précocement pour enclencher une prise en charge hospitalière en urgence.



**Résultat et conclusion:** Ce syndrome est peu connu et les symptômes évocateurs sont peu spécifiques, ce qui peut conduire à un retard de diagnostic d'autant plus que l'infection à SARS-CoV-2 est souvent peu symptomatique, voire asymptomatique, chez l'enfant. Il est essentiel de savoir penser au PIMS sans attendre les cinq jours de fièvre : un tableau d'atteinte inflammatoire multisystémique chez un enfant fébrile, exposé directement au Sars-CoV-2 ou non, doit faire suspecter le diagnostic de PIMS, surtout lorsqu'il existe une atteinte clinique digestive, cutanéomuqueuse et/ou cardiaque, ainsi qu'un syndrome inflammatoire biologique important. Certains patients développent un choc par défaillance myocardique dans les 3 à 5 jours du début de la fièvre, qui fait toute la gravité du syndrome. Malgré la sévérité potentielle de la pathologie, une prise en charge rapide assure à la grande majorité des enfants un excellent pronostic à moyen terme. La reconnaissance précoce du PIMS est donc indispensable et chaque médecin prenant en charge les enfants devrait donc connaître les signes cliniques qui doivent faire rechercher le diagnostic.

Le pronostic de guérison est bon si l'enfant est pris en charge à temps.

**Observation 1 :** S.M, 10 ans, sans antécédents particuliers. 15 jours avant son admission, l'enfant a présenté un syndrome grippal fébrile traité par antibiothérapie sans aucune amélioration, et qui s'est aggravée par l'installation d'une gêne respiratoire importante il y a 3 jours. L'examen clinique retrouve des signes de chocs, une désaturation sans signes de lutte, un assourdissement des bruits du cœur, avec conjonctivite, chéilite et ADP cervicale. Les examens biologiques retrouvent un syndrome inflammatoire important, troponine, D-dimère, fibrinogène et LDH élevées, ainsi qu'une sérologie COVID 19 IgG et IgM positive. La flash ETT retrouve une hypokinésie globale avec fraction d'éjection basse. La patiente est traitée par une cure d'immunoglobulines IV et bolus de corticoïdes pendant 3 jours, avec relais par voie orale et association à un AINS. Bonne évolution clinique et biologique en 3 jours.

**Observation 2 :** M.E, 8 ans, sans antécédents particuliers. Se présente pour la persistance d'une fièvre depuis 8 jours chiffrée à 39-40°C résistante au traitement symptomatique et à l'antibiothérapie, associée à une pharyngite avec notion d'arthralgies au niveau des membres inférieurs le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique retrouve une patiente asthénique et fébrile à 39°C. Les examens biologiques retrouvent un syndrome inflammatoire important, troponine, LDH et D-dimère élevées et une sérologie COVID 19 IgG positive et IgM négative. L'échographie cardiaque est normale. La patiente a été mise sous AINS et immunoglobulines avec bonne évolution clinique et biologique avec apyrexie obtenue à J2 du traitement.

**Observation 3 :** H.R, 12 ans, sans antécédents particuliers. Le début de sa symptomatologie remonte à 11 jours avant son admission par l'apparition d'un syndrome grippal fébrile qui s'est aggravé par des arthralgies d'allure inflammatoire et une douleur abdominale intense la veille de son admission le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique retrouve un patient asthénique, algique et fébrile à 39°C, ainsi qu'une angine pultacée, une limitation des mouvements articulaires et une sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite. Les examens biologiques retrouvent un syndrome inflammatoire très important, la TDM thoracique objective un foyer de pleuro-pneumopathie d'origine probablement virale et l'ETT retrouve un discret décollement péricardique. Le patient a été mis sous bi antibiothérapie sans amélioration de la clinique avec aggravation du syndrome inflammatoire biologique. On retrouve une sérologie covid positive, suite à quoi le patient a été mis sous corticothérapie et cure d'immunoglobuline et aspirine dont résulte une bonne évolution clinique et biologique à J4 du traitement.

## Références:

Anderson, C. R., & Paine, F. T. (1978). PIMS: a reexamination. *Academy of Management Review*, 3(3), 602-612.