

XI^e CONGRES DE LA SOCIETE MALGACHE DE PEDIATRIE

9 – 10 MAI 2019

ENSEIGNEMENTS POST UNIVERSITAIRES

LE MICROBIOTE INTESTINAL

Razafimahefa SH

CHU Andrainjato, Fianarantsoa

Faculté de Médecine de Fianarantsoa, Université de Fianarantsoa

Le microbiote intestinal est un ensemble important de bactéries réparties le long du tractus intestinal et dont la composition globale est variable selon la localisation, les individus, l'âge, les périodes de la vie d'un même individu. Les bactéries dominantes sont Bacteroidetes, Firmicutes et Actinobacteria. Le microbiote s'acquiert pendant la période anténatale et est déterminé et modulé par différents facteurs tels que le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne), l'allaitement maternel, l'état de santé de la mère, la génétique et les facteurs environnementaux.

Il assure deux principales fonctions de défense qui sont l'effet barrière vis-à-vis des germes pathogènes et la maturation du système immunitaire.

La perturbation du microbiote intestinal appelé « dysbiose » est une hypothèse avancée dans la survenue de pathologies infectieuses néonatales, de diverses maladies allergiques, de maladies auto-immunes, de désordres métaboliques, de certains cancers, de maladies dégénératives et de maladies psychiatriques.

L'efficacité de la manipulation du microbiote a été démontrée dans la prévention de la survenue de maladies infantiles telles que l'asthme et les maladies inflammatoires chroniques intestinales. Cette manipulation du microbiote consiste à l'administration de probiotiques, de prébiotiques ou la modification du régime alimentaire, la transplantation fécale ou plus récemment l'utilisation de molécules ciblant des signaux spécifiques.

Mots-clés : microbiote, Bacteroidetes, Firmicutes, Actinobacteria, dysbiose

CAT DEVANT UNE DIARRHÉE BACTÉRIENNE EN PÉDIATRIE : RECOMMANDATION versus EMPIRIQUE

Ravelomanana L

Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant
Ambohimandra

Les diarrhées aiguës constituent toujours un problème de santé publique majeur de par le monde. Parmi ces diarrhées aiguës les diarrhées bactériennes occupent une place non négligeable dans les pays du sud. Leurs prises en charge constituent une problématique liée à plusieurs facteurs :

- Insuffisance des moyens diagnostics

- Méconnaissance des recommandations

- Décalage entre la théorie et la pratique

Nous allons essayer de montrer un raisonnement rationnel dans la prise en charge de ces diarrhées bactériennes de l'enfant

ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE

Maillard T

www.safocanindien.org

L'usage nocif de l'alcool est l'un des principaux facteurs qui contribuent à la mortalité prématurée et à une charge de morbidité évitable dans le monde. Cet usage a des répercussions majeures sur la santé publique. La consommation nocive d'alcool parmi les jeunes et les femmes est un sujet de préoccupation

croissant dans de nombreux pays. Il est fréquent que les adolescents et les jeunes adultes boivent jusqu'à l'ivresse dans une consommation ponctuelle intense (binge drinking), et les conséquences négatives de la consommation d'alcool sont plus prononcées dans les groupes d'âge plus jeunes des deux sexes. Parmi les dégâts que l'alcool peut provoquer, on citera la consommation pendant la grossesse responsable de diverses malformations physiques et déficits neurobiologiques qui compromettent le développement et le fonctionnement social de l'enfant. Ces effets tératogènes ont été constatés il y a cinq décennies. L'alcool représente le principal agent tératogène connu de l'environnement. Le rapport mondial sur l'alcool et la santé en 2014, a montré que 60 % des femmes sont des consommatrices régulières. La proportion de femmes qui continuent de boire pendant la grossesse varie selon les pays mais globalement les études révèlent que plus de 30 % continuaient de boire de l'alcool pendant la grossesse. La prévalence mondiale de la consommation d'alcool pendant la grossesse a été estimée à 9,8% (95% IC 8,9 - 11,1) et la prévalence estimée du SAF dans la population générale était de 14,6 pour 10 000 personnes (95% IC 9,4 - 23,3). C'est ainsi qu'une femme sur 67 ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse délivrerait un enfant affecté par un SAF, soit environ 119 000 enfants nés avec un SAF dans le monde chaque année. L'alcool peut induire chez l'enfant des dommages neurologiques et des troubles du comportement, même en l'absence d'anomalies physiques visibles à la naissance.

Les conséquences de l'alcoolisation gestationnelle responsables de malformations congénitales sont connues comme l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation du Fœtus (ETCAF). La sévérité des dégâts dépend de la dose, du mode de consommation et du moment de l'exposition in utero à l'alcool.

Les études ont suggéré l'influence des hormones maternelles, la nutrition, l'âge, la parité, l'ancienneté de l'alcoolisation, et les facteurs génétiques.

DESHYDRATATION CHEZ LE MALNUTRI AIGU SEVERE

Ranivoson AH, Robinson AL

Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralàna

La malnutrition aiguë sévère est diagnostiquée par un rapport poids sur taille P/T inférieur à moins 3 z-score ou un périmètre brachial inférieur à 115mm. Le diagnostic de déshydratation chez le malnutri aigu sévère est posé devant un enfant qui présente des antécédents de pertes liquidiennes récentes, des antécédents de changements récents du regard et dont l'examen clinique montre l'absence de veines superficielles visibles ou gonflées. La déshydratation avec choc est marquée par ce même tableau associé à des signes de choc.

L'objectif du traitement est d'atteindre le poids avant la diarrhée ou le poids actuel additionné de 3% sans dépasser 6%. La voie orale doit toujours être privilégiée en administrant de la solution de réhydratation pour les malnutris ou résomal. Les malnutris aigus

sévères sont sensibles au sodium, cette sensibilité est majorée après le début du traitement nutritionnel. Souvent, le décès est précédé d'une prise de poids, d'où tout l'intérêt d'une bonne surveillance clinique en guettant tout signe d'hyperhydratation.

Du fait de la fenêtre thérapeutique étroite et du danger de passer facilement de la déshydratation à l'hyperhydratation, il faut remplacer uniquement le poids perdu durant la diarrhée.

LA BRONCHIOLITE AIGUE DU NOURRISSON. QUOI DE NEUF EN PRATIQUE ?

Rabevazaha NA, Robinson AL

Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralàna,

La bronchiolite est une infection virale saisonnière et épidémique des voies respiratoires basses affectant 30% des nourrissons. Elle est la première cause d'hospitalisation des nourrissons avec un coût non négligeable.

La bronchiolite du nourrisson est, dans la majorité des cas, une pathologie d'évolution bénigne, spontanément résolutive. La prise en charge est essentiellement symptomatique et se repose sur des mesures de soutien à domicile à savoir la désobstruction rhino-pharyngée, une bonne hydratation et un apport calorique adéquat. Cependant, le recours hospitalier concerne actuellement 20 % des patients et la décision de consulter à l'hôpital est, dans deux cas sur trois, l'initiative des parents eux-mêmes.

Une hospitalisation reposant sur des indications précises s'avère parfois nécessaire. Les ambiguïtés diagnostiques et la disparité des prises en charge conduisent habituellement à une prescription irrationnelle d'antibiothérapie, de corticothérapie et de bronchodilatateurs. Actuellement, il n'y a aucune preuve suffisante indiquant les antibiotiques de façon systématique ainsi que la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson. Les corticoïdes systémiques ou inhalés n'ont aucun bénéfice.

Enfin, les preuves actuelles suggèrent que la solution saline nébulisée à 3 % pourrait être utilisée dans les bronchiolites légères à modérées. Certaines études démontrent que la nébulisation d'Adrénaline a prouvé son efficacité dans les bronchiolites sévères accompagnée d'une surveillance clinique attentive.

Néanmoins, les soins de soutien incluant une alimentation assistée, une manipulation minimale, l'aspiration nasale et l'oxygénothérapie demeurent les piliers du traitement.

COMMUNICATIONS AFFICHEES

CELLULITES PERIORBITAIRES PRESEPTALES ODONTOGENES EN MILIEU PEDIATRIQUE

*Randriamanantena T¹, Raotoson HS²,
Andriamanantena RH³, Rasolondraibe AF³,
Razafindrabe JAB³*

¹.Service chirurgie maxillo-faciale CHU Andrainjato Fianarantsoa

². Service chirurgie maxillo-faciale CHU Mahajanga

³. Service chirurgie maxillo-faciale CHU-JDR Befelatanana Antananarivo

Introduction : Les cellulites périorbitaires sont des complications des infections dentaires qui se manifestent par une inflammation des tissus mous périorbitaires ou préseptales. Elles constituent une urgence quand elles sont au stade collecté afin d'éviter la diffusion septique vers les organes nobles.

Méthodes : C'était une étude rétrospective portée sur 21 dossiers de patients ayant été opérés pour des cellulites périorbitaires ou cellulites pré septales dans le service de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Dieudonné RAKOTOVAO.

Résultats : Cette pathologie touche en particulier les enfants de plus de quatorze ans avec une prédominance masculine mais n'épargne pas les autres tranches d'âge. L'inflammation palpébrale puis les chémosis ont été les signes cliniques les plus observés. Un drainage de la collection associé à un traitement médical a constitué le traitement curatif et

l'extraction de toutes les dents causales a été la base du traitement radical. Cela a été faite afin d'éviter la récurrence. Les quatre-vingt-douze pour cent des patients ont eu une bonne évolution.

Conclusion : Même si la TDM faciale n'a pas pu être réalisée par la totalité des patients, au stade préseptal, la clinique permet de poser le diagnostic. Notre étude montre que le traitement est efficace et permet d'obtenir une évolution favorable et de limiter les complications.

Mots clés : Cellulite, diagnostic, orbitaire, odontogène, traitement

BILHARZIOSE CONGENITALE : CAUSE RARE DE DECES PERINATAL

Rabarikoto HF¹, Razafiarivelo LE², Ntoe ZA³, Razafindrabia RT¹, Randriambololona DMA⁴

¹ Complexe mère enfant HOMI Antsiranana,

² Pédiatrie CHU Tanambao I Antsiranana,

³ Biologie CHU Tanambao I,

⁴ Faculté de médecine d'Antsiranana

Introduction : La bilharziose atteint 40 millions de femmes en âge de procréer dans le monde. Dans la majorité des cas, les conséquences en cas de transmission pendant la grossesse sont un retard de croissance intra-utérin et une prématurité.

Observation : Nous rapportons un cas de bilharziose chez un nouveau-né issu d'une quatrième grossesse chez une Malagasy de 27 ans référée pour douleur pelvienne et ictère. À la naissance, il avait présenté un abdomen surdistendu par une ascite importante associée à une circulation collatérale.

Le diagnostic était suspecté chez la mère devant une notion d'hématurie et de rectorragie. La sérologie était positive chez la mère et chez le nouveau-né confirmant le diagnostic. Le nouveau-né était décédé à la deuxième heure de vie extra-utérine.

Conclusion : une bilharziose maternelle peut être fatale pour le fœtus en cas d'atteinte congénitale.

Mots clés : Bilharziose congénitale, décès périnatal, hématurie

RUPTURE UTERINE : PRONOSTIC MATERNEL ET NEONATAL AU CHU PZAGA DE MAHAJANGA

Ramarokoto MPM¹, Raveloharimino H¹, Rakotomalala NZ¹, Rabesandratana HN¹, Randaoharison PG²

¹ Complexe mère enfant CHU PZaGa Mahajanga,

² Faculté de Médecine Université de Mahajanga

Introduction : La rupture utérine est la plus redoutable parmi les complications obstétricales avec morbidités et mortalités maternelles et néonatales importantes. Notre objectif était de décrire les complications maternelles et néonatales de la rupture utérine observées au complexe mère enfant du CHU PZaGa de Mahajanga.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les complications maternelles et néonatales de la rupture utérine observées durant 8 ans (du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2017) dans notre établissement hospitalier.

Résultats : Nous avons colligé 58 cas de rupture utérine durant cette étude. L'hémorragie du postpartum était constatée chez 50 parturientes (86,21%), l'anémie chez 51 patientes (87,93%), l'infection du post partum chez 23 patientes (39,66%), et 2 cas de choc septique (3,45%). Nous n'avons pas trouvé de fistules obstétricales. On a eu 7 décès maternel (12,07%). Pour les complications néonatales : 62% des bébés (n = 36) issus de nos mères ayant une rupture utérine ont eu un score d'Apgar à la cinquième minute inférieur à sept. On a eu un taux d'admission en soins intensifs néonataux de 50% (n = 29). Nous avons constaté 13 cas de décès néonatal (22,41%).

Conclusion : La rupture utérine est encore exposée à une morbidité et une mortalité maternelle et périnatale importante dans notre étude. Le dépistage des femmes à risque pendant les consultations prénatales est primordial.

Mots clés : Hémorragie, pronostic maternofoetal, rupture utérine

SYNDROME DE NICOLAU APRES INFILTRATION DE DICLOFENAC ET DE BENZATHINE PENICILLINE

Rajaoharimalala TG¹, Raherinantenaina F¹, Ranaivo IM², Rakoto Ratsimba HN³, Rajaonahary TMA¹

¹USFR Chirurgie Vasculaire, CHU Morafeno Toamasina

²USFR Dermatologie Vénérologie, CHU Morafeno Toamasina

³USFR Chirurgie générale et vasculaire CHUJRA Antananarivo

Introduction : Le syndrome de Nicolau est une entité clinique rare caractérisée par une ischémie

et une nécrose tissulaire survenant après une injection intramusculaire, intraarticulaire, ou sous-cutanée.

Observation : Nous en rapportons un nouveau cas secondaire à une injection intramusculaire de diclofénac sodique et de benzathine pénicilline. Observation : Un garçon de 7 ans nous était adressé pour cyanose des orteils et impotence fonctionnelle absolue du membre inférieur droit. Les données de l'interrogatoire notaient une circoncision récente réalisée par un praticien non médical, compliquée de suppuration du site opératoire. L'enfant était traité par une injection intramusculaire de benzathine pénicilline et de diclofénac sodique par le même opérateur. L'injection était faite à la face interne de la cuisse droite. Une douleur vive et une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit étaient apparues quelques heures après l'administration de ces médicaments. L'examen clinique à l'admission mettait en évidence un tableau d'ischémie aiguë sensitivomotrice du membre inférieur droit avec syndrome de loge et une lésion violacée douloureuse extensive. Le patient avait bénéficié d'une aponévrotomie décompressive, un traitement médical basé sur la corticothérapie par voie intraveineuse, l'héparinothérapie et l'antibiothérapie, à l'origine d'une amélioration de l'atteinte cutanée et musculaire. Une amélioration du déficit sensitivo-moteur était obtenue après une rééducation physique régulière.

Conclusion : Cette observation rappelle le danger des actes médico-chirurgicaux illicites et la nécessité d'une prévention du syndrome de Nicolau, fondée sur le respect des

recommandations techniques relatives aux injections intramusculaires.

Mots clés : Benzathine pénicilline, corticothérapie, diclofénac, héparinothérapie, ischémie aiguë, syndrome de Nicolau.

DIARRHÉE AIGUE DES MOINS DE 5 ANS : CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUE DES MÈRES A FIANARANTSOA

Ramamonjirinina TP¹, Tsifiregna RL², Rafamantanantsoa M¹, Razafimahefa SH¹, Robinson AL³

¹. CHU Andrainjato Fianarantsoa

². Centre Hospitalier de Soavinandriana

³. Hôpital Universitaire mère enfant Tsaralalana

Introduction : La diarrhée aiguë demeure une des principales causes de morbidité et de mortalité infantile. Notre étude a pour objectif d'évaluer la connaissance, l'attitude et la pratique des mères de la ville de Fianarantsoa devant la diarrhée aiguë des moins de 5 ans.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive de la connaissance, des pratiques et des attitudes des mères devant une diarrhée des moins de 5 ans. Nous avons interrogé les mères de passage dans les CSBII de la ville de Fianarantsoa, ainsi que dans le service de Pédiatrie du CHU Tambohobe. L'enquête a duré 6 mois (1er Novembre 2017 au 31 Avril 2018). Résultats : Nous avons enquêté 405 mères et dont 59,51% n'avaient pas reçu de conseil sur la prise en charge de la diarrhée aiguë.

Il y avait 129 mères (31,85%) qui connaissaient la définition de la diarrhée aiguë et 353 mères (87,16%) qui estimaient que la diarrhée aiguë des moins de 5 ans est grave. Les signes de gravité les plus cités étaient l'asthénie (74,07%) et la fièvre (40%) L'utilisation du soluté de réhydratation orale (SRO) était connue par 51,11%. La proportion des mères connaissant le SRO augmentait avec l'âge ($p=0,014$) et le niveau d'étude ($p=0,002$).

Il y avait 59 mères (48,76%) qui citaient d'autres médicaments tels que le Métronidazole et 55% des mères connaissaient le régime anti-diarrhéique. L'éviction de repas gras était le plus cité (74,55%). Dans leurs pratiques devant une diarrhée, 220 mères (55,56%) décidaient de consulter immédiatement un agent de santé, 171 mères (42,22%) donnaient du bouillon et 5 mères (1,23%) évitaient de donner les produits laitiers. Il y avait 99 mères (57,90%) qui avaient une attitude adéquate en cas de refus du SRO.

Conclusion : La connaissance des mères de la ville de Fianarantsoa concernant la diarrhée aiguë des moins de 5 ans reste insuffisante et certaines attitudes et pratiques demeurent incorrectes.

Mots clés : Connaissance, attitude, pratique, mères, diarrhée aiguë, enfant

CANCERS DE L'ENFANT VUS A L'UNITE D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DU CHUJRA EN 2018

Andriamihaja HRA¹, Rakotomahefa NML¹, Rasolofo JA¹, Rasamoely KE¹, Rafaramino JF²

1. Service Oncologie Pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
2. Faculté de médecine d'Antananarivo

Introduction : Depuis décembre 2017, la prise en charge des cancers de l'enfant est regroupée à l'Unité d'Oncologie Pédiatrique du CHU/JRA. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques des cancers vus dans le dit service.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive monocentrique de janvier 2018 à décembre 2018 incluant tous les nouveaux-cas.

Résultats : Nous avons colligé 77 dossiers de patients. L'âge moyen était de 6 ans \pm 4 et le sex-ratio était de 1,4. Il y avait 77% (n = 52) des patients qui venaient d'Antananarivo et 75% (n = 58) référés par des médecins. Cinquante-trois pourcent (n = 41) étaient des hémopathies malignes dont 26% (n = 20) de lymphomes et 27% (n = 21) de leucémies aiguës. Quarante-sept pourcent (n = 36) étaient des cancers solides dont 23% (n = 18) des rétinoblastomes, 10% (n = 8) des néphroblastomes et 5% (n = 4) des sarcomes. Cinquante-et-un pourcent (n = 39) étaient en phase curative. Conclusion : Cette étude rassemble plus de cas de cancers pédiatriques que les études antérieures. Les données épidémiologiques sont comparables aux données de la littérature. La plupart des patients sont référés par des médecins. La connaissance des caractéristiques épidémio-cliniques de ces cancers pédiatriques aiderait à définir leur circuit de prise en charge afin d'éviter le retard de prise en charge.

Mots-clés : Cancer, Epidémiologie, Madagascar, Oncologie Pédiatrique

ALIMENTATION DES MOINS DE SIX MOIS PRATIQUES DE LA VILLE DE FIANARANTSOA

Ramamonjirina TP¹, Tsifiregna RL², Randriampenomanana A¹, Robinson AL³

¹. CHU Andrainjato Fianarantsoa

². Centre Hospitalier de Soavinandriana

³. Hôpital Universitaire mère enfant Tsaralalana

Introduction : L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Le lait maternel est le lait le plus adapté aux besoins d'un nourrisson. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'alimentation des moins de 6 mois afin de déterminer la pratique de la ville de Fianarantsoa vis-à-vis de l'allaitement maternel.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive de la conduite de l'alimentation des nourrissons de moins de 6 mois. Une enquête a été menée dans les CSB de la ville de Fianarantsoa et du CHU de Tambohobe. Nous avons interrogé les mères et recueillis les paramètres biométriques des nourrissons.

Résultats : Cinq cent treize couples mères-nourrissons ont été inclus. L'allaitement maternel exclusif était réalisé dans 88% (451 nourrissons) ; 11% (56 nourrissons) ont bénéficié d'un allaitement mixte et 1% (6 nourrissons) d'un allaitement artificiel. Nous avons noté 5% des nourrissons avec une malnutrition aiguë modérée, les restes étaient eutrophiques.

L'état nutritionnel des nourrissons n'était pas corrélé au mode d'alimentation ($p=0,43$). Le mode d'alimentation était corrélé au niveau scolaire des mères ($p=0,02$). L'âge maternel ($p=0,48$), et le niveau socio-économique de la famille ($p=0,48$) n'influençaient pas sur le mode d'alimentation. L'insuffisance du lait maternel constituait la principale raison de non utilisation du lait maternel exclusif (56%) suivie de la non disponibilité des mères (19%). Les principales erreurs retrouvées étaient la diversification précoce (12,9%) et l'utilisation des laits concentrés sucrés (16% des nourrissons sous allaitement artificiel).

Conclusion : La promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel doivent être maintenus voire renforcés afin d'améliorer encore plus la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Mots clés : Allaitement maternel, nourrisson, alimentation, moins de 6mois.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DES INFECTIONS PULMONAIRES CHEZ L'ENFANT

Rasolohery H, RajaonarisonNyOny NLH, Andrianah EPG, Razafindrahova AP, Ahmad A

Centre d'Imagerie Médicale (CIM) CHUJRA

Introduction : Les infections pulmonaires sont fréquentes chez l'enfant. Elles sont graves et peuvent engager le pronostic vital. La radiographie thoracique permet d'orienter le traitement.

Notre objectif était de décrire les aspects radiographiques des infections pulmonaires chez l'enfant.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive bicentrique, portant sur 276 enfants effectuée au sein du CIM du CHUJRA et la Polyclinique Saint François d'Assise Ankadifotsy, durant la période de juillet 2018 à mars 2019. Nous avons inclus toutes les radiographies thoraciques demandées dans le cadre d'un bilan d'infection pulmonaire chez l'enfant en tenant compte des critères de réussite. Les paramètres de l'étude étaient : âge, motif de l'examen, les aspects radiographiques. Les données ont été collectées et validées sur Excel®.

Résultats : Nous avons colligé 121 radiographies thoraciques. Les motifs d'examen ont été dominés par la toux fébrile (95.04%). L'âge moyen était de 4.7 ans avec des extrêmes de 1 mois et 14 ans. Les petites filles étaient les plus touchées avec un sex ratio de 0.83. Les bronchopathies représentaient 35.53% dont les bronchites étaient de 21,3%, suivies de la pneumonie franche lobaire aigue (20.66%), pneumopathie atypique (19.83%). Nous avons trouvé un épanchement pleural dans 8.2% des cas.

Conclusion : La radiographie thoracique tient un rôle important dans le bilan des infections pulmonaires de l'enfant.

Mots clés : Bronchopathie, enfant, pneumopathie, radiographie thoracique

LUXATION DES DENTS DEFINITIVES CHEZ LES ENFANTS: REIMPLANTATION ET CONTENTION

Randriamanantena T¹, Rakotoarison RA², Raotoson HSI³, Andriamanantena RH⁴, Rasolondraibe AF⁴, Haminason LS⁴, Rafenomanjato M⁴, Rakotoarimanana FVA⁴, Razafindrabe JAB⁴.

1. Service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Andrainjato Fianarantsoa
2. Service de chirurgie maxillo-faciale du CENHOSOA
3. Service de chirurgie maxillo-faciale du CHU-Mahajanga
4. Service de chirurgie maxillo-faciale du CHU-JDR Befelatanana Antananarivo

Introduction : Le traumatisme dentaire chez les enfants fait partie des traumatismes oro-faciaux qui constituent une grande partie de l'ensemble des traumatismes. C'est une urgence quand il s'agit de la luxation d'une dent définitive.
Méthodes : il s'agissait d'une étude prospective sur 24 mois portant sur 70 patients ayant eu une luxation dentaire réimplantée et contenue par un arc de Dautrey. L'objectif était d'étudier les luxations traumatiques des dents permanentes : leur incidence, le principe de la réimplantation et la contention avec un arc de Dautrey.

Résultats : Cette pathologie traumatique touche en particulier les enfants de 7 à 12 ans, de sexe masculin, mais n'épargnant pas les autres tranches d'âge. La majorité des dents touchées ont été les incisives centrales maxillaires. Après traitement, la quasi-totalité des patients ont eu un test d'immobilité positif et plus de la moitié ont eu un test de vitalité positif.

L'immobilité peut être le résultat d'une régénération de l'espace desmodontal, mais elle

peut traduire également une ankylose alvéolo-dentaire où la dent n'est plus vivante.

Conclusion : Cette étude montre que ce type de traitement est efficace pour conserver une dent définitive réimplantée rigide

Mots clés : Avulsion traumatisme, contention, dent définitive, réimplantation

LES NOUVEAU-NES DE TRES FAIBLE DE NAISSANCE HOSPITALISES AU CENHOSOA ANTANANARIVO

Tsifiregna RL¹, Ramananirina Z¹, Andrianirina ZZ¹, Ravelomanana N²

1. Service de Pédiatrie et Néonatalogie du Centre Hospitalier de Soavinandriana
2. Faculté de Médecine ANTANANARIVO

Introduction : Les nouveau-nés de très faible poids de naissance constituent un groupe vulnérable. L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques des nouveau-nés de très faible poids de naissance pris en charge dans le service de Pédiatrie et néonatalogie du CENHOSOA.

Méthodes : Une étude descriptive allant du 1er Janvier 2016 au 31 Décembre 2017 a été réalisée. Nous avons inclus tous les nouveaunés pesant moins de 1.500g à la naissance et hospitalisé dans le dit service.

Résultats : La prévalence hospitalière était de 8,3% avec un poids moyen de naissance de 1.120g ± 250g et un sexe ratio de 0,77. L'âge gestationnel moyen était de 30,14 SA ± 3,3. L'accouchement par voie basse représentait 62,5% (n=30) des naissances.

Le score d'Apgar à M5 était inférieur à 7 pour 14 nouveau-nés (29,17%). Plus du tiers (n=16, 33,33%) n'avait pas de détresse respiratoire. Une transfusion sanguine a été réalisée chez 9 prématurés (18,75%). Une infection néonatale probable a été objectivée chez 12,50% (n=6). Le taux de mortalité était de 52,08% avec une mortalité précoce à 96%. La durée médiane de séjour était de 34 jours avec des extrêmes de 0 et 81 jours. L'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hospitalisation était effectif chez 43,48% des prématurés.

Conclusion : Le devenir hospitalier des nouveau-nés de très faible poids de naissance reste encore précaire mettant ainsi l'accent sur l'importance de la prévention de la survenue de la prématurité et du très faible poids de naissance.

Mots clés : Caractéristiques, CENHOSOA, prématurité, très faible poids de naissance.

UN CAS DE PERICARDITE CHRONIQUE D'ORIGINE TUBERCULEUSE CHEZ UN ENFANT MALAGASY

Miandrisoa RM¹, Andriamihary MNO², Ratsimbazafy SNJ², Rabearivony N², Andrianasolo R³, Rakotoarimanana S²

1 Service des Maladies Cardiovasculaires Centre hospitalier de Soavinadriana, Antananarivo, Madagascar

2 Service de Cardiologie Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

3 Service Endocrinologie, Centre hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

Introduction : La péricardite chronique constrictive est une affection entraînant une

insuffisance cardiaque diastolique curable. Nous rapportons un cas de péricardite chronique constrictive d'origine tuberculeuse chez un enfant Malagasy, orientée par la clinique et l'écho doppler cardiaque et confirmée par un traitement d'épreuve aux antituberculeux. Notre objectif était de discuter les caractéristiques cliniques et paracliniques de cette pathologie ainsi que les intérêts du traitement d'épreuve aux antituberculeux.

Observation : Il s'agissait d'un petit garçon de 6 ans vu pour une dyspnée et syndrome œdémateux sur contexte d'altération de l'état général. La présentation clinique était dominée par un tableau d'insuffisance cardiaque réfractaire aux diurétiques. L'échocardiographie Doppler montrait l'aspect d'une péricardite chronique constrictive avec dilatation des deux oreillettes associée à un profil restrictif mitral. Le traitement d'épreuve aux antituberculeux avait permis d'obtenir une nette amélioration de son état. La péricardectomie était en attente d'évacuation sanitaire. Il s'agit du premier cas de péricardite chronique constrictive décrite chez l'enfant à Madagascar.

Conclusion : La Péricardite chronique constrictive est une affection touchant rarement les enfants. Le diagnostic reste un challenge pour le clinicien. L'étiologie tuberculeuse est à éliminer en premier lieu dans un pays à forte endémicité.

Mots-clés : Péricardite chronique constrictive, péricardectomie, traitement d'épreuve, tuberculose

LE LYMPHOME DE BURKITT VU A L'UNITE PILOTE D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE D'ANTANANARIVO MADAGASCAR

Andrianarivony RT, Rakotomahefa NML, Rasolof JA, Raobijaona H

Unité d'oncologie pédiatrique CHUJRA

Introduction : A Madagascar, le lymphome de Burkitt endémique est une réalité. Sa prise en charge a été facilitée depuis 2001 par l'aide du Groupe Franco-Africain d'Oncologie pédiatrique (GFAOP) qui offre la gratuité des médicaments de la chimiothérapie. La présente étude avait pour objectif d'évaluer les résultats du traitement des lymphomes de Burkitt vus à l'Unité pilote d'oncologie pédiatrique d'Antananarivo selon le protocole du GFAOP.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, multicentrique sur une période de 8 ans portant sur les enfants de moins de 15 ans diagnostiqués comme lymphome de Burkitt et traités à l'Unité pilote d'oncologie pédiatrique d'Antananarivo. Résultats: Nous avons colligé 25 patients. Le lymphome de Burkitt représentait 11,63% des cancers de l'enfant. Une prédominance masculine a été retrouvée. La plupart des enfants provenait des hautes terres où le paludisme n'est pas endémique. Neuf cas (36%) avaient une localisation faciale. Neuf patients étaient diagnostiqués au stade IV de Murphy. Tous les enfants ont été traités selon le protocole du GFAOP LMB 2005. La rémission complète a été obtenue chez deux enfants et une rémission partielle chez deux enfants.

Nous avons enregistré huit décès (32%) et 13 patients (52%) étaient perdus de vue. Les causes de décès étaient le syndrome hémorragique et le syndrome de lyse tumorale.

Conclusion : Les résultats de la prise en charge du lymphome de Burkitt sont encore médiocres du fait de l'abandon de traitement et du retard de diagnostic.

Mots-clés : Cancer, enfant, GFAOP, lymphome de Burkitt

PORTAGE INTESTINAL DES ENTEROBACTERIES MULTIRESISTANTES EN MILIEU PEDIATRIQUE

Rakotomalala R¹, Rafalimanana L¹, Rakotonindrina F¹, Rakotondranosy M¹, Rabenandrianina T¹, Rajaonatahiana D², Andrianarimanana D¹, Rakoto Alson O³, Rasamindrakotroka A³

1. Centre Hospitalier Universitaire PZAGA Mahajanga,
2. Faculté de Médecine de l'Université de Mahajanga,
3. Faculté de Médecine de l'Université d'Antananarivo

Introduction : Les infections provoquées par les entérobactéries multirésistantes productrices de BLSE (EBLSE) présentent un risque accru d'échec thérapeutique et engagent souvent le pronostic vital. Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la prévalence des EBLSE d'origine communautaire, d'étudier les facteurs de risques, ainsi que leur association avec le genre, et le motif d'admission.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique allant de novembre 2017 à mai 2018, dans le service de

Pédiatrie en collaboration avec le laboratoire du CHU PZAGA. Nous avons effectué des prélèvements par écouvillonnage rectal dans les 48 premières heures suivant l'admission des enfants de 2 ans et plus.

Résultats : Au total, 46 patients ont été inclus dont 17 patients (37%) étaient porteurs d'entérobactéries productrices de BLSE. La majorité des patients porteurs d'EBLSE était de genre féminin (53%), âgée de 10 à 15 ans (41%), admise pour troubles digestifs (35%) suivi d'hyperthermie (23%), de troubles hématologiques, de troubles cardiopulmonaires (12%) et de troubles neurologiques (12%). La durée d'hospitalisation de ces enfants porteurs d'EBLSE variait de 2 à 10 jours, avec une moyenne de 5 jours. Le seul facteur de risque significatif associé au portage intestinal d'EBLSE était la consommation d'antibiotique durant les 3 derniers mois ($p < 0,05$). Les bactéries identifiées étaient *Escherichia coli* (47%), *Klebsiella sp* (41%) et *Citrobacter koseri* (12%).

Conclusion : La prévalence de portage intestinal d'EBLSE chez les enfants admis en Pédiatrie est élevée. Cette étude fait partie des activités du CLIN pour améliorer l'hygiène hospitalière de l'Établissement tout en sachant que la majorité des EBLSE sont d'origine communautaires et pouvant contaminer le service.

Mots-clés : Enfant, entérobactéries, multirésistantes, portage

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DE L'APPENDICITE CHEZ L'ENFANT

Rabarijaona RHN, Ranaivomanana VF, Andrianjafitrimo HT, Randrianjafisamindrakotroka NS

UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU-JRA

Introduction : L'appendicite est une pathologie chirurgicale pédiatrique fréquente, atteignant 0,3% des enfants entre 0 et 15 ans. Chez l'enfant, le diagnostic formel est difficile, ce qui retarde sa prise en charge et favorise l'apparition de formes compliquées. Notre objectif était de décrire les aspects épidémiologique et anatomopathologique des appendicites chez les enfants.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive des pièces d'appendicectomie chez les enfants, sur une période de deux ans (2017-2018) à l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA.

Résultats : Nous avons colligé 39 cas. L'âge de nos patients variait de 2 mois à 15 ans avec un âge moyen de 9,82 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,54. Le tableau clinique d'appendicite aiguë constituait le 1er signe d'appel (41,02%). A la macroscopie, la pièce d'appendicectomie était recouverte de fausse membrane dans 58,97% et perforée dans 10,25%. La longueur de l'appendice variait de 1 à 14 cm avec un diamètre de 0,3 à 2,5 cm. La lumière était dilatée par des matières stercorales dans 51,28 % et libre dans 23,07%. A l'histologie, nous avons observé une appendicite aiguë dans 12,82%, aiguë suppurée avec péritonite dans 58,97%, chronique dans 17,94% et normale dans 10,25%.

Conclusion : L'appendicite touche surtout les enfants de plus de 5 ans avec une prédominance masculine. Les signes cliniques sont dominés par le tableau clinique d'appendicite aiguë. Toutefois, devant une douleur abdominale, il faut toujours chercher d'autres étiologies. Chez l'enfant, la plupart des appendicites sont compliquées de péritonite. La meilleure prévention de cette complication est de faire un diagnostic précoce.

Mots-clés : Anato-pathologie, appendicite, enfant, péritonite,

PLEURESIE CHEZ LE NOURRISSON ET L'ENFANT VUE AU CHU-JRA : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CYTOLOGIQUES

Andrianarison LH, Raivoherivony ZI, Andriambelo ZA, Randrianjafisamindrakotroka NS

UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU-JRA

Introduction : La pleurésie est une accumulation anormale ou excessive de liquide dans la cavité pleurale. Elle est grave par sa lourde morbidité et sa mortalité non négligeable chez l'enfant. L'origine infectieuse constitue la cause la plus fréquente. L'objectif de notre étude était de déterminer la place de la cytologie dans l'orientation étiologique des épanchements pleuraux.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive de liquides pleuraux chez les nourrissons et enfants (1mois à 15 ans) parvenus dans notre service pendant une durée de 5 ans allant de 2014 à 2018.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, le genre, le côté atteint et le diagnostic cytologique. Les étalements acellulaires étaient exclus de notre étude. **Résultats :** Nous avons colligé 65 cas et le sexratio était de 1,6. L'âge moyen était de 7,8 ans avec des extrêmes de 03 mois et 15 ans. Dans 29 % des cas, la pleurésie concernait le côté droit, 01,5% des cas étaient bilatéraux et dans 41,5 % des cas, le côté atteint n'était pas mentionné. L'examen cytologique révélait, dans 55,39% (n=36) des cas, une inflammation aiguë dont 40% (n=26) étaient suppurées. Une inflammation lymphocytaire était observée dans 13,8% (n=9) des cas dont 7,6% (n=5) évoquaient ou faisaient suspecter une sérite tuberculeuse. Le reste (soit 20 cas) était une inflammation polymorphe non spécifique. Aucune pleurésie maligne (primaire ou secondaire) n'était observée dans notre étude. **Conclusion :** Chez l'enfant, la cause la plus fréquente des pleurésies est l'infection. Le plus souvent, elle est d'origine bactérienne et est caractérisée par une inflammation aigue suppurée du liquide pleural. La tuberculose atteint surtout le grand enfant et est associée dans la plupart des cas à une atteinte parenchymateuse, médiastinale ou multifocale. La prise en charge des pleurésies chez l'enfant est multidisciplinaire et la recherche de la cause est nécessaire pour orienter le traitement.

Mots clés : cytologie, empyème, enfant, épanchement pleural

UN CAS DE REMISSION SPONTANEE D'UN GRANULOME A EOSINOPHILE DE LA TETE HUMERALE

Ralahy MF¹, Ramamonjirina TP¹, Razafimahefa J¹,
Andriamampionona F², Solofomalala GD³

1. Service de chirurgie orthopédique et réparatrice CHU
Andrainjato

2. Faculté de Médecine, Université de Fianarantsoa

3. Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo

Introduction : Le granulome à éosinophile est une maladie systémique très rare liée à une accumulation d'histiocytes ayant les caractéristiques de la cellule de Langerhans dans différents tissus. L'âge moyen de survenue est de 35 mois. Cette observation a pour objectif de rapporter un cas de granulome à éosinophile de la tête humérale.

Observation : Il s'agit d'une fillette de 30 mois qui a consulté pour une douleur de l'épaule droit. Les radiographies successives avaient noté une ostéolyse rapidement évolutive de l'extrémité supérieure de l'humérus de l'épaule droit. Une biopsie était réalisée et a montré des fragments cérébroïdes dont l'examen microscopique notait une prolifération de cellules de Langerhans associée à une infiltration de cellules inflammatoires qui posait le diagnostic de « granulome à éosinophile ». Après un épisode de poussée aigue, on notait, à 6mois de recul sans aucun traitement spécifique, une rémission complète associée à une reconstruction de la tête humérale.

Conclusion : L'évolution d'un granulome à éosinophile monoculaire est insidieuse et la prise en charge reste controversée.

Mots-clés : Enfant, histiocytose, humérus, tumeur.

ASPECTS CLINIQUES DE LA PESTE PULMONAIRE DE L'ENFANT OBSERVES DANS LES SERVICES DE PEDIATRIE D'ANTANANARIVO

Randriamanga L, Mihary SK, Rakotomalala L, Robinson AL

CHU Mère Enfant Tsaralalàna

Introduction : A Madagascar, la peste constitue une maladie infectieuse aigue endémique hautement contagieuse. Le diagnostic d'une peste pulmonaire, qui est la forme la plus fréquente, reste difficile chez l'enfant du fait de l'absence de signes cliniques spécifiques. Peu de données sont disponibles concernant le tableau clinique de la peste pulmonaire de l'enfant, d'où l'objectif principal de notre étude d'identifier les signes cliniques d'appel de la peste pulmonaire chez l'enfant.

Méthodes : Une étude rétrospective cas-témoins a été réalisée dans quatre services de pédiatrie d'Antananarivo sur une période de 5 mois allant du 1er Septembre 2017 au 31 Janvier 2018. Les cas étaient constitués par les enfants âgés de 0 à 15 ans suspectés cliniquement de peste avec un test de diagnostic rapide (TDR) et un examen par PCR positifs et les témoins étaient constitués par les enfants âgés de 0 à 15 ans suspectés cliniquement de peste mais avec un TDR et examen par PCR négatifs.

Résultats : Nous avons relevé 52 cas de peste pulmonaire avec une prédominance masculine (57%). La plupart d'entre eux étaient âgés de 13 à 60 mois. Le lieu de provenance des cas

confirmés était dans 90% urbain. Plusieurs signes cliniques d'appel ont été retrouvés : fièvre (17,3% OR=0,5 [CI95%]=[0,08-3,01]), toux (38,5% OR=2,27 [CI95%]=[0,77-6,69]), altération de l'état général (42,3 OR=0,42 [CI95%]=[0,13-1,31]), crises convulsives (13,5% OR=0,37 [CI95%]=[0,02-6,34]), diarrhée (1,9%), vomissement (3,8% OR=0,67 [CI95%] [0,02-18]), dyspnée (9,6% OR=0,26 [CI95%] [0,02-3,02]) , hémoptysie (9,6%), douleur thoracique (1,9%), gémissement (1,9%). Aucun n'a été spécifique de la peste pulmonaire. Concernant l'évolution, l'issue était fatale dans 3,8 % des cas.

Conclusion : Les résultats de cette étude ne nous ont pas permis de conclure à l'existence de signes spécifiques de la peste pulmonaire chez l'enfant. Le diagnostic reste ainsi basé sur des faisceaux d'arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques.

Mots-clés : Clinique, diagnostic, enfant, épidémiologie, peste pulmonaire

DEVENIR NEONATAL EN CAS D'ANOMALIES DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL AU CHUGOB

Rakotomalala NZ¹, Fanomezantsoa JE¹, Ramarokoto MPM¹, Raveloharimino H¹, Andrianampanalinarivo HR², Randaoharison PG¹

1. Complexe mère enfant CHU PZaGa MAHAJANGA
2. CHU de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

Introduction : L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est un outil de surveillance du

bien-être fœtal de première ligne durant le travail.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective transversale des cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtale sur grossesses à terme et avec fœtus en présentation céphalique vus au CHU de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana entre le 1^{er} janvier 2015 au 31 Mai 2015.

Résultats : Nous avons recensé 47 cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (2,7% des cas) dont celles à faible risque d'acidose pour 26 cas (55,3%), à risque d'acidose pour 17 cas (36,2%) et à risque important d'acidose pour 4 cas (8,5%). Le type à risque majeur d'acidose était absent. Seize cas ont présenté une dystocie, 5 une hyperthermie, et 4 une hypertension artérielle. Le liquide amniotique était méconial dans neuf cas et en purée de pois dans 25 cas. La césarienne a été réalisée chez 24 parturientes (51,1%). Le délai moyen entre apparition de l'anomalie et l'extraction fœtale était de 62 minutes (p=0,0013). Les complications néonatales étaient représentées par une asphyxie néonatale (17,1%), une encéphalopathie (10,6%), une infection néonatale (4,3%), un trouble métabolique (4,3%) et un décès (24,3%). Trente bébés ont nécessité une hospitalisation en Service de Néonatalogie dont six durant au moins sept jours.

Conclusion : L'anomalie du rythme cardiaque fœtal n'est pas toujours synonyme d'asphyxie périnatale. Le pronostic vital est lié au type d'anomalie et au délai d'expulsion fœtale.

Mots-clés : Anomalie du rythme cardiaque fœtale, asphyxie, césarienne, complications

ASPECTS ECHOGRAPHIQUES D'UNE CHOLECYSTITE AIGUE DE L'ENFANT LIEE A L'HEPATITE A

Tomboravo C, Andrianah EPG, Rasolohery H, Rajaonarison Ny Ony NLH, Andrianjakamanana TH, Ahmad A

Centre d'Imagerie Médicale, CHUJRA

Introduction : La cholécystite aigue alithiasique est une expression extra-hépatique de l'hépatite virale A. C'est une entité fréquemment rencontrée dans les pays endémiques. Notre objectif est de décrire les aspects échographiques de la cholécystite aigue alithiasique liée à l'hépatite A.

Observation : Nous rapportons sept cas de cholécystite aigue alithiasique vue à l'échographie abdominale chez des enfants de moins de 12 ans. La moyenne d'âge était de 6,42 ans avec des extrêmes d'âge de 4 et 12 ans. Les motifs d'examen étaient dominés par l'ictère et la douleur du flanc droit. A l'examen clinique, la triade de Caroli a été retrouvée dans 3 cas. A l'échographie hépatique, nous avons trouvé une hépatomégalie homogène dans 6/7 cas. La vésicule biliaire n'était pas distendue, mais présentait un épaississement pariétal hétérogène. Un épanchement liquidien périvésiculaire était visualisé dans 4/7 cas. Le signe de Murphy échographique était présent chez tous les enfants. Nous n'avons pas observé de cas d'abcès vésiculaire ni de lithiase intra-vésiculaire. La sérologie de l'hépatite virale A après les échographies était positive chez tous les enfants.

Conclusion : L'échographie abdominale est une technique intéressante pour poser le diagnostic de cholécystite aigue alithiasique et d'orienter son origine virale.

Mots-clés : Cholécystite aigue alithiasique, enfant, échographie, hépatite A

ASPECTS SCANOGRAPHIQUES DES SINUSITES INFECTIEUSES CHEZ L'ENFANT

Razafindraibe KA¹, Tomboravo C¹, Ranoharison DH², Ny Ony Rajaonarison LH¹, Ahmad A¹

1. Centre d'Imagerie Médicale CHU JRA
2. CHU Andohatapenaka

Introduction : Les sinusites aiguës ou chroniques sont des complications des infections des voies respiratoires supérieures. L'objectif de ce travail est de décrire les aspects scanographiques des sinusites et de dépister les facteurs de risque anatomiques favorisant l'infection.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive de 03 mois, portant sur 120 scanners cérébraux, au sein du CHUJRA. Les paramètres de l'étude étaient : l'âge, l'aspect des sinusites, la présence ou non de variantes anatomiques.

Résultats : Nous avons colligé 40 cas de sinusite. L'âge moyen des enfants était de 8,5 ans avec des extrêmes de 1 et 15 ans, et un sex ratio de 2,33. Les indications principales du scanner étaient des céphalées et des rhinites à répétition. Les pansinusites ont été retrouvées dans 40 % des cas, suivies des sinusites

maxillaires isolées dans 32,5 % des cas; de l'atteinte bi-cavitaire dans 20 % et de l'éthmoïdite isolée dans 5 % des cas. Les aspects scanographiques de sinusite aiguë prédominaient avec 57,5 % des cas. Nous avons noté la présence de variantes anatomiques à risque infectieux dans 30% des cas dont la majorité était la procidence des cellules de la bulle (25 %). L'association de deux variantes anatomiques différentes, a été retrouvée dans 25 % des cas. La Concha bullosa ; la déviation septale et la cellule de Haller représentaient chacune 16,6% des cas. Aucune complication loco-régionale n'a été retrouvée.

Conclusion : La détermination scanographique des variantes anatomiques des cavités sinusiennes est primordiale dans la prise en charge des sinusites infectieuses.

Mots-clés : Enfant, scanner, sinusite, variantes anatomiques.

CONDUITE DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE AU COURS DE LA BRONCHIOLITE AIGUE DU NOURRISSON AU CHU JOSEPH RASETA BEFELATANANA

Andriantseho A, Bemena MM, Rakotomahefa NML

Service de Pédiatrie CHUJR Befelatanana

Introduction : La nutrition fait partie des prises en charge de première ligne dans la détresse respiratoire aiguë (DRA) de l'enfant. La présence de DRA au cours de la bronchiolite aiguë du nourrisson (BAN) constitue une contrainte à la nutrition entérale (NE).

Par les interfaces des supports ventilatoires ou par crainte d'une mauvaise tolérance, son démarrage est souvent retardé. Notre objectif est de décrire la conduite de la prise en charge nutritionnelle au cours de la BAN.

Méthodes : Nous avons mené une étude prospective descriptive au CHU Joseph Raseta Befelatanana allant du 15 Janvier 2019 au 15 Avril 2019. Nous avons inclus les nourrissons de 1 à 24 mois, admis pour un premier épisode de bronchiolite aiguë. Ont été recueillis les données démographiques, anthropométriques, cliniques et nutritionnelles.

Résultats : Cent neuf nourrissons ont été colligés. L'âge moyen était de $6,1 \pm 5.1$ mois dont 58.7% âgés de moins de 6 mois. Le sex ratio était de 0,57. La bronchiolite aiguë sévère représentait 38,5% des cas. Une aggravation respiratoire au cours de l'hospitalisation était constatée dans 7,3% des cas. Vingt-huit pourcent des enfants étaient mis sous ventilation non invasive par Pression Expiratoire Externe Positive. La NE était apportée par gavage gastrique discontinu avec sonde nasogastrique dans 62,3% des cas. La NE était précoce chez 87,2% des enfants. L'arrêt alimentaire a été observé dans 11% des cas dont la durée moyenne étant à $1,2 \pm 0,4$ jours. L'autonomie alimentaire était acquise en $3,4 \pm 2,7$ jours. Une perte de poids au cours de l'hospitalisation était constatée (-4.4 ± 43.2 grammes). Chez les moins de 6 mois, le déficit calorique cumulé durant les 72 premières heures était de 30 ± 28 kcal/kg/j par rapport aux recommandations nutritionnelles.

Conclusion : La majorité des enfants ont eu une NE précoce. La perte de poids est expliquée par l'insuffisance d'apport au cours du séjour hospitalier. D'où l'intérêt de la mise en place d'un protocole nutritionnel.

Mots-clés : bronchiolite aigüe, nutrition entérale

CONSOMMATION PRE-HOSPITALIERE D'ANTIBIOTIQUES CHEZ LES ENFANTS ADMIS AU SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU-TAMBOHOBE FIANARANTSOA

Rakotondravelo SM¹, Ramiadamanana C¹, Ramamonjirinirina TP¹, Rakotoson JL¹, Robinson AL²

1. CHU Tambohobe Fianarantsoa

2. Faculté de Médecine Antananarivo

Introduction : La consommation d'antibiotiques est en hausse. Ceci est source d'augmentation de résistance bactérienne et de menace pour la santé publique avec un nombre croissant d'impasse thérapeutique. L'objectif de cette étude est ainsi d'étudier la consommation pré-hospitalière d'antibiotiques chez les enfants admis au service de pédiatrie du CHU Tambohobe Fianarantsoa.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale durant une période de 06 mois au service pédiatrie CHU-Tambohobe Fianarantsoa, incluant tous les enfants admis avec prise d'antibiotiques avant leur hospitalisation durant la maladie actuelle. N'ont pas été inclus les enfants ayant reçu des antibiotiques prescrits par un médecin exerçant en milieu hospitalier pédiatrique.

Résultats : Nous avons inclus 105 enfants (27,5% des patients hospitalisés). L'âge des patients variait de 0 à 180 mois avec un âge médian de 24 mois. Les sites infectieux motivant la prescription d'antibiotiques étaient prédominés par le foyer respiratoire (27,6%) et le foyer ORL (24,5%). Une automédication a été constatée dans 11,4% des cas, et 88,6% avaient consulté dans un centre de santé et 76,1% des prescripteurs étaient des médecins. L'antibiotique n'était indiqué que dans 44,8% des cas. L'antibiotique utilisé n'était pas adapté au site infectieux dans 54,3% des cas. La dose était insuffisante dans 48,3%. L'antibiotique le plus prescrit était l'Amoxicilline (37,93%), suivi du Cotrimoxazole (15,9%). L'évolution était marquée par l'absence d'amélioration motivant l'hospitalisation de l'enfant.

Conclusion : Cette étude a montré une consommation inappropriée d'antibiotiques. Des formations continues sur l'utilisation rationnelle des antibiotiques ainsi que la mise en place des protocoles d'antibiothérapie sont nécessaires.

Mots-clés : Antibiotique, consommation, pédiatrie, prescription

COUVERTURE VACCINALE ET FACTEURS DE NON COMPLETUDE VACCINALE DANS LA VILLE DE MORAMANGA MADAGASCAR

Andiatahina TN¹, Ratovonjanahary FR¹, Ratsimbazafy ABA², Rabesandratana HN³

1. Service de Pédiatrie. Centre Hospitalier de District de Moramanga

2. Service de Pédiatrie. Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina

3. Service de Pédiatrie. Centre Hospitalier Universitaire PZaGA Mahajanga

Introduction : L'immunisation est une des mesures les plus efficaces pour prévenir la mortalité, la morbidité et les complications des maladies infectieuses chez l'enfant. Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée dans les formations sanitaires publiques de la ville de Moramanga du 1er janvier au 28 février 2019. L'objectif était d'évaluer le taux de couverture vaccinale dans ces formations sanitaires et de déterminer les raisons de non vaccination.

Résultats : Nous avons interrogé 215 mamans. La complétude vaccinale était de 78,6% variant de 95,4% pour le BCG à 79,1% pour le vaccin antirougeoleux. Les raisons de non-vaccination étaient surtout le manque d'intérêt (26,1%) et l'éloignement (23,9%). Toutes les mères interrogées déclarent avoir été informées sur la vaccination. Au moins une maladie du Programme Elargi de Vaccination était citée par 85,1% des mères, la rougeole dans 75,4% et la poliomyélite dans 55,4%. Le statut de complétude vaccinale de l'enfant était associé au rang de naissance, le premier enfant recevant le maximum de nombre de doses ($p=0.0001$) ; au niveau de scolarité des mères ($p=0.0000$) et au niveau de scolarité du père ($p=0.0001$), les enfants de parents plus instruits étant les mieux vaccinés.

Conclusion : La couverture vaccinale était basse pour le vaccin antirougeoleux mais proche de l'objectif pour les autres antigènes. Le

renforcement et l'amélioration de l'éducation des parents sont à intensifier pour contribuer à la réduction du taux de morbidité et de mortalité lié aux maladies évitables par la vaccination.

Mots-clés : couverture vaccinale, complétude vaccinale

EPISODES DE NEUTROPENIE FEBRILE VUS AU SERVICE D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE CHUJRA

Rasamoely KE¹, Rasolofo JA¹, Andriamihaja A¹, Rakotomahefa NML¹, Robinson AL²

1. Service d'oncologie pédiatrique

2. Faculté de Médecine Antananarivo

Introduction : La neutropénie fébrile est une situation à la fois urgente et fréquente en oncologie pédiatrique. Cette situation expose à un risque infectieux majeur greffé de haut risque de mortalité nécessitant une hospitalisation avec instauration d'une antibiothérapie à large spectre.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, incluant tous les épisodes de neutropénie fébrile vus au Service d'Oncologie Pédiatrique CHUJRA depuis son ouverture en décembre 2017 au mois de mars 2019. L'objectif était d'en décrire les particularités épidémiocliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Vingt-sept patients ont présenté 34 épisodes de neutropénie fébrile avec une médiane d'âge de 66 mois. Le cancer sous-jacent a été dominé par les hémopathies (88%). Vingt quatre cas sont survenus au cours d'une chimiothérapie dont le délai moyen de survenue

par rapport à la dernière cure était de 7 jours. La durée médiane de la neutropénie a été de 24 jours. L'infection n'a été documentée que dans 26,4% des cas et les germes étaient dominés par les bacilles à gram négatif (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Enterobacter sp*, *Serratia marcescens*) et les cocci à gram positif (*Streptocoque*, *Staphylocoque*). L'antibiothérapie probabiliste utilisée était surtout la céftriaxone en monothérapie ou associée à la gentamycine (69%). Au moins une adaptation de l'antibiothérapie initiale a été faite dans 55,9%. L'issue a été favorable dans la majorité des cas.

Conclusion : La neutropénie fébrile demeure une situation grave et urgente en oncologie pédiatrique mais l'évolution est souvent favorable sous bonne antibiothérapie. Toutefois, une connaissance de l'écologie bactérienne est nécessaire pour une meilleure prise en charge.

Mots clés : Antibiothérapie, cancer, fièvre, neutropénie

PROFIL EPIDEMIOCLINIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES BACTERIENNES EN PEDIATRIE AU CHU ANOSIALA

Samena HSC¹, Rakotondravelo SM¹, Andriatahirintsoa EJP¹, Andriamanantena M¹, Solofomalala GD¹, Robinson AL²

1. CHU Anosiala

2. Faculté de Médecine Antananarivo

Introduction : Les infections nosocomiales demeurent une hantise à chaque hospitalisation.

L'objectif de cette étude a été de décrire le profil épidémioclinique et évolutif des infections nosocomiales bactériennes dans le service de Pédiatrie du CHU Anosiala.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur toutes les admissions dans le service depuis sa création en Juin 2015 à Mars 2019.

Résultats : Les infections nosocomiales bactériennes ont eu une prévalence de 3,8%. Une prédominance masculine a été notée avec un sex ratio de 1,2. Les nouveau-nés les plus touchés (71,4%). Parmi ces nouveau-nés, les patients admis pour prématurité (42,9%) et pour troubles neurologiques (23,2%) ont été les plus concernés. Une perfusion à l'admission et une utilisation de sonde nasogastrique ont été retrouvés chez respectivement 96,4% et 80,3% des cas. Parmi les 56 cas d'infections nosocomiales, 28,6% ont été des cas suspects, 58,9% des cas probables, 12,5% des cas confirmés. *Enterobacter* a été le germe responsable de 75% des cas confirmés. L'association Ciprofloxacine-Amikacine a été prescrite pour le traitement dans 76,8% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 15,4 ±15,6 jours. Le taux de létalité de l'infection nosocomiale bactérienne a été de 50%.

Conclusion : L'infection nosocomiale bactérienne en pédiatrie est fortement létale. Ainsi, une surveillance épidémiologique ; une prévention globale, rigoureuse, multidisciplinaire s'avèrent nécessaires.

Mots-clés : Infections nosocomiales, pédiatrie, profil.

MORTALITE NEONATALE SUR 3 ANS VUE AU CME CHUPZAGA MAHAJANGA

*Raveloharimino NH, Fanomezantsoa MJE,
Mongarçon A, Mong-Dine D, Rabesandratana N*

Complexe mère enfant CHU PZaGa MAHAJANGA

Introduction : La mortalité néonatale demeure un problème de santé publique à Madagascar. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la mortalité néonatale au CHU PZAGA de Mahajanga et de rechercher ses causes.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive des dossiers des nouveau-nés hospitalisés et décédés en néonatalogie durant la période du 1er janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2017 (3 ans). . **Résultats :** Nous avons colligé 233 décès sur 5376 nouveau-nés hospitalisés, soit un taux de mortalité de 4,33% avec un sex ratio de 1,3. Les principales causes de décès étaient dominées par les complications liées à la prématurité (34,92%), suivies de l'encéphalopathie anoxo-ischémique (27,75%) puis des infections néonatales (13,39%). Le taux de mortalité néonatal précoce était de 3,87% et celui de la mortalité néonatale tardive était de 0,46%. Les facteurs liés étroitement au décès néonatal étaient l'accouchement à domicile ($p < 0,001$), le faible poids de naissance ($p < 0,001$), le mauvais score d'Apgar ($p = 0,012$), et l'âge gestationnel < 37 SA ($p < 0,001$).

Conclusion : La réduction de la mortalité néonatale nécessite une amélioration des mesures de prise en charge des femmes enceintes en passant par une meilleure

information, éducation et une consultation prénatale de qualité.

Mots-clés : Encéphalopathie anoxo-ischémique, infection néonatale, mortalité néonatale, prématurité,

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET ANATOMOPATHOLOGIQUE DES TUBERCULOSES EXTRAPULMONAIRES CHEZ L'ENFANT

*Andrianjafitrimo HT, Ranaivomanana VF,
Ranaivoson HVR, Randrianjafisamindrakotroka NS*

UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
du CHU-JRA

Introduction : La tuberculose est une infection qui sévit encore à l'état endémique dans les pays en voie de développement comme Madagascar. Selon l'OMS, l'ampleur de la tuberculose chez l'enfant est inconnue mais elle représente environ 6 % de tous les cas incidents. Leur diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive de tous les cas de tuberculose extra-pulmonaire diagnostiqués chez les enfants de 0 à 15 ans à l'Unité Paraclinique de Formation et de Recherche d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA durant une période de 2 ans (2017 – 2018).

Résultats : Nous avons colligé 31 cas. L'âge des patients variait de 7 mois à 15 ans avec une moyenne de 7,82 ans. Nous avons observé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,28. Selon la localisation, le ganglion était le

plus touché (87,10%) suivi par la plèvre (6,45%), la peau (3,22%) et les vertèbres (3,22%). Sur le plan histologique, dans 87,10% de cas, l'aspect morphologique était typique associant des granulomes épithélioïdes avec des cellules géantes et de la nécrose caséuse. Sur les 12,90% restants, les critères diagnostiques n'étaient pas complets mais l'aspect morphologique était compatible avec une tuberculose.

Conclusion : La tuberculose extra-pulmonaire est suspectée à la clinique et l'imagerie, mais la confirmation diagnostique revient à l'examen anatomopathologique. Dans notre étude comme celui de la littérature, c'est la localisation ganglionnaire qui est le plus souvent rencontré.

Mots-clés : Enfant, extra-pulmonaire, histologie, tuberculose