



RESUMES DES COMMUNICATIONS

XII^{ème} CONGRES DE LA SOCIÉTÉ MALGACHE DE PÉDIATRIE
30 et 31 MAI 2024 – ANTSIRANANA

"LES URGENCES PÉDIATRIQUES AU QUOTIDIEN"

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE

VIH CHEZ L'ENFANT

Andrianarimanana Kœcher D

CHUPZAGA Androva Mahajanga

Faculté de Médecine de Mahajanga

Dans le monde, des efforts pour prévenir la transmission verticale du VIH ont été effectués. Il y a eu 150 000 nouvelles infections pédiatriques en 2021 et environ 1,68 million d'enfants âgés de moins de 15 ans vivant avec le VIH. Par rapport aux adultes, les enfants ont toujours été moins diagnostiqués et traités. A Madagascar, l'épidémie de l'infection au VIH a été longtemps considérée comme une épidémie concentrée aux populations clés avec une prévalence avoisinant les 14% et dans la population générale à moins de 1%. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 66382 en 2022 dont 48,9% sont des femmes et 5,7% des enfants. Une augmentation du taux de positivité et des cas de VIH adultes et pédiatriques diagnostiqués à un stade tardif dans les hôpitaux ces dernières années font craindre une généralisation de l'épidémie ayant passé par la population passerelle.

Or, à Madagascar, seulement 25,7% des personnes infectées par le VIH connaissent leur statut et ce chiffre est encore moindre chez l'enfant. En 2023, des changements ont été effectués dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH pour inclure la population vulnérable comme les jeunes, les femmes enceintes et les enfants. Pour ces derniers, en complément des efforts sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME), une urgence de renforcement des connaissances concernant l'infection au VIH est donc nécessaire pour reconnaître rapidement les symptômes de l'infection chez l'enfant, proposer facilement le test de dépistage du VIH et augmenter le nombre d'enfants traités. Enfin, il est impératif de combler les lacunes dans l'épidémiologie de l'infection au VIH chez l'enfant à Madagascar.

Mots-clés : enfant; Madagascar; VIH

MANAGEMENT OF EPISTAXIS IN CHILDREN IN AN UNDER-EQUIPPED AREA

Ramavoaritiana MNA¹, Raelinantenaina VJ²,
Delagranda A³, Rakotoarisoa AHN^{1,2}

1. Place Kabary University Teaching Hospital, Antsiranana
2. University of Antsiranana
3. Clinique Saint Charles in La Roche-sur-Yon, Vendée, France

Epistaxis are rare under the age of two years. Most cases are due to minor trauma, local inflammation or infection. Epistaxis in children are scarcely life threatening, and seldom related to severe underlying diseases such as clotting disorders or tumors. However, any case may appear scary, and the healthcare provider should always fix the issue through the application of a quite simple guideline. Reassuring the child and the caregiver, and working in serenity, those are the main principles on how to manage the case. Any physician or any nurse, once confronted to an epistaxis should involve parents alike in the ongoing management and in the management of possible recurrences. In case of epistaxis, everybody, including the child if able, should practice the squeezing the soft part of the nose under the pinch between the forefinger and the thumb, for an interrupted duration of ten minutes.

Some medications are available in Antsiranana, the same for nasal packings and cauterization. More management techniques, such as the implementation of surgery or interventional radiology may be needed. Each technique will be completed according to its availability and its indication. Once the epistaxis controlled, simple efforts should be undertaken at home, such as clipping the

nails of the child, and encouraging the child to avoid picking or rubbing the nose. If gravity signs occur, or the epistaxis recurs over weeks or months, a referral is mandatory for further investigations and management.

Key words: children ; epistaxis ; healthcare worker ; management

SOINS AUX PRÉMATURÉS ET AUX NOUVEAU-NÉS DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE (Recommandations de l'OMS)

Rabesandratana HN

*Complexe Mère et Enfant – CHU PZaGa Mahajanga
Faculté de Médecine – Université de Mahajanga*

Les nouveau-nés prématurés sont nés avant 37 semaines d'aménorrhée, tandis que les nouveau-nés de faible poids de naissance sont nés à moins de 2500g. La prématurité constitue la première cause de mortalité périnatale, de mortalité infantile chez les moins de 5 ans, et la première cause d'infirmité et de mortalité néonatale. Dans le monde, en 2020, 13,4 millions des bébés sont nés prématurés. A Madagascar, il y a eu 14% des nouveau-nés qui étaient prématurés et 16% avec un faible poids de naissance en 2016. Les prématurés et les bébés de faible poids de naissance ont un risque de mortalité de 2 à 10 fois plus élevé que les bébés nés à terme et ceux avec un poids de naissance normal. Environ 900.000 prématurés sont décédés en 2019, alors que trois quarts des décès pourraient être évités avec des interventions courantes et un bon rapport coût/efficacité.

Pour améliorer la survie et la santé des prématurés et des nouveau-nés de faible poids de naissance, l'OMS a publié en 2022 un document comprenant 25 recommandations (11 recommandations fortes et 14 recommandations dépendant des contextes et des conditions particuliers).

Parmi les recommandations, 11 sont nouvelles et 14 ont été mises à jour. Il y a d'abord les soins promotionnels et préventifs en particulier le soin kangourou immédiat à la naissance, la méthode mère kangourou, l'allaitement maternel, la nutrition entérale trophique, l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, et la supplémentation en fer (16 recommandations). Ensuite, la prise en charge des complications (prise en charge de la détresse respiratoire par CPAP ou Pression Positive Continue, et caféine si apnée) est représentée par 6 recommandations. La participation de la famille et son soutien de l'hôpital jusqu'à son domicile sont aussi préconisés (3 recommandations). Le congé parental est une nouvelle déclaration de bonnes pratiques.

Mots-clés : faible poids de naissance ; prématurité ; recommandations.

TRIAGE-EVALUATION- TRAITEMENT D'URGENCE (TETU) OUTIL VISUEL

Andrianadison Z¹, Robinson AL²

1. Service de Pédiatrie, CHUJRB

2. Faculté de Médecine Université d'Antananarivo

Le taux de mortalité néonatale au cours des 24 premières heures et le taux de morbi-mortalité infantile au cours de 59 premiers mois sont élevés à Madagascar.

Ce phénomène est expliqué en partie par un délai prolongé entre l'arrivée des enfants malades dans un établissement de santé et le moment où ils reçoivent un traitement approprié. De plus, la plupart des formations sanitaires ne disposent pas d'un système de triage permettant de classer et trier les enfants devant recevoir des soins d'urgence ou prioritaires.

Afin de permettre un continuum de soins répondant aux besoins fondamentaux de l'enfant du niveau communautaire jusqu'au Centre Hospitalier, l'approche Tri- Évaluation- Traitement d'Urgence (TETU) devrait être généralisée dans tout le système de santé à Madagascar. Cette approche est illustrée dans le document de l'OMS « Soins hospitaliers pédiatriques 2^{ème} édition ».

Le triage est le processus permettant aux enfants malades de bénéficier rapidement d'une évaluation à leur arrivée à l'hôpital. Les points à identifier sont les signes d'urgence nécessitant un traitement immédiat, les signes de priorité qui classent les enfants malades nécessitant des attentions particulières et les cas non urgents qui ne présentent ni signes d'urgence ni signes de priorité.

Le traitement commence dès lors que tout signe d'urgence a été identifié après une bonne évaluation et un triage rapide. Un outil visuel a été élaboré par la SOMAPED, le Ministère de la Santé Publique et les Partenaires pour faciliter le triage et démarrer au plus vite le traitement d'urgence si nécessaire.

Mots-clés : évaluation ; pédiatrie ; traitement ; triage ; urgence.

LES URGENCES CARDIOLOGIQUES NEONATALES

Abasse S.

Centre Hospitalier de Mayotte

Les cardiopathies congénitales, représentent les malformations congénitales les plus fréquentes de l'enfant. Elles touchent environ 1 nouveau-né sur 100. Le diagnostic prénatal des cardiopathies congénitales a amélioré la survie des patients par l'optimisation de la prise en charge médico-chirurgicale dès la période néonatale. Les urgences cardiologiques néonatales sont relativement fréquentes, et doivent être connues par tout pédiatre néonatalogue. En effet, la moitié des cardiopathies congénitales vont nécessiter une intervention soit chirurgicale soit interventionnelle (cathétérisme), et environ 20% nécessiteront une intervention urgente en période néonatale. Les signes d'appel en maternité sont le souffle, la détresse respiratoire, l'apparition d'une cyanose, l'abolition des pouls fémoraux...

Souvent, il peut exister une période de latence après la naissance, ou le nouveau-né reste asymptomatique malgré l'existence d'une cardiopathie grave. Une fois le diagnostic posé, la prise en charge doit se faire en lien avec un centre médico-chirurgical cardiopédiatrique.

Mots-clés : cardiopathie, cathétérisme, chirurgie, diagnostic prénatal, nouveau-né, urgence.

PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE DES NOURRISSONS ET DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

(Nouvelles lignes directrices de l'OMS)

Andriatahina TN

Faculté de Médecine Toamasina

Plus de 45,4 millions de nourrissons et d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'émaciation chaque année. Le risque d'émaciation et d'œdème nutritionnel chez les nourrissons et les enfants, en particulier dans les contextes à haut risque où les indicateurs sanitaires et socio-économiques sont les plus faibles, est accru par les crises actuelles, notamment le changement climatique, la pandémie de COVID-19 et les conflits.

La nouvelle ligne directrice de l'OMS publiée en 2023 comprend des recommandations et des énoncés de bonnes pratiques fondés sur les meilleures données probantes disponibles pour la prévention et la prise en charge de l'émaciation et de l'œdème nutritionnel. Elle comprend quatre domaines d'intérêt, à savoir les nourrissons de moins de 6 mois exposés à un risque de croissance et de développement insuffisants, l'émaciation modérée chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois, l'émaciation sévère et l'œdème nutritionnel chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois, et la prévention de l'émaciation et de l'œdème nutritionnel du point de vue de la santé de l'enfant.

Un groupe d'élaboration des lignes directrices a été créé, composé de 27 experts externes ayant des compétences et des points de vue variés, afin de déterminer les questions prioritaires des lignes directrices,

d'examiner les données probantes et de formuler des recommandations et des déclarations de bonnes pratiques. Le nouveau guide 2023 comprend 21 recommandations (14 nouvelles et 7 mises à jour) et 12 déclarations de bonne pratique.

Mots-clés : malnutrition aiguë ; prévention ; prise en charge ; organisation mondiale de la santé.

MENINGITE BACTERIENNE DU NOUVEAU-NE, DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

Rakotomalala L.

*CHU Mère Enfant Tsaralalàna - Faculté de Médecine -
Université d'Antananarivo*

La méningite bactérienne est une inflammation des enveloppes cérébrales due à une bactérie qui s'y développe, entraînant des anomalies du liquide cébrospinal. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique et est à l'origine d'une morbi-mortalité considérable dans le monde avec un taux de mortalité globale de 5 à 15%.

A Madagascar, une étude menée au CHU Mère Enfant Tsaralalàna de 2016 à 2020 a montré une prévalence hospitalière de la méningite bactérienne de l'ordre de 17,1% avec un taux de létalité de 16,1%. Elle peut toucher les enfants à tout âge mais les symptômes diffèrent selon qu'il s'agisse d'un nouveau-né, d'un nourrisson ou d'un enfant. Le syndrome méningé est fréquent chez l'enfant.

La ponction lombaire en vue d'un examen cytochimique et bactériologique du liquide céphalo rachidien constitue l'examen clé pour la confirmation diagnostique. Les germes en cause chez le nouveau-né sont : Streptocoque B, *Escherichia coli* rarement *Listeria monocytogenes*. Chez le nourrisson et l'enfant, les étiologies sont dominées par le pneumocoque et le méningocoque, beaucoup moins *Haemophilus influenzae b* depuis l'administration du vaccin. Le traitement curatif repose sur une antibiothérapie empirique basée sur la céphalosporine de 3^{ème} génération adaptée secondairement à l'antibiogramme dont la durée varie selon le germe en cause, associée à la gentamicine chez les nourrissons âgés de moins de trois mois. La corticothérapie est indiquée dans la méningite à pneumocoque et à *Haemophilus influenzae B* afin de prévenir les séquelles neurosensorielles.

La méningite bactérienne est mortelle en l'absence de traitement mais même bien et précocement traitée peut évoluer vers le décès, entraîner des complications ou laisser des séquelles neurosensorielles. La vaccination reste la meilleure prévention.

Mots - clés : antibiothérapie ; méningite bactérienne ; pédiatrie ; ponction lombaire ; syndrome méningé.

POUR UN DIAGNOSTIC PRECOCE DU CANCER DE L'ENFANT : LES SIGNES CLINIQUES D'APPEL

Ratovondrasoa NM¹, Rakotomahefa Narison ML^{1,2}

1. Unité d'Oncologie Pédiatrique CHUJRA ANTANANARIVO

2. Faculté de Médecine, UNIVERSITE DE FIANARANTSOA

Les cancers pédiatriques constituent une réalité à Madagascar et continuent à avoir une mortalité élevée. Le rétinoblastome, les lymphomes, les néphroblastomes, la maladie de Hodgkin et les leucémies sont les cancers les plus fréquents. Pour toutes ces maladies, le diagnostic précoce constitue un élément clé pouvant contribuer à l'améliorer leur pronostic et ainsi porter le taux de guérison à plus de 80%.

A Madagascar, comme dans tout pays à bas revenu, l'oncologie pédiatrique fait face à de nombreux problèmes comme le retard du diagnostic, la fréquence élevée des formes métastatiques et des formes non résecables. Quand le diagnostic est tardif et le stade très avancé, le pronostic est très réservé ; le traitement sera lourd, long, plus toxique et plus cher. L'objectif de cette présentation est de rappeler les éléments cliniques qui doivent faire penser à un cancer chez l'enfant tels qu'une adénopathie asymétrique, ferme et persistante ; un strabisme et surtout une leucocorie, des douleurs osseuses diffuses ; une augmentation de volume de l'abdomen ou une masse abdominale ; une asymétrie récente de la face ; une invagination intestinale aiguë chez un enfant de plus de 2 ans ; un syndrome tumoral associé à un syndrome anémique.

Le diagnostic précoce ainsi qu'un traitement efficace conduit sur la base d'un protocole thérapeutique approprié sont le garant d'une approche globale

pourvoyeur de succès thérapeutique important. Pour aider à augmenter le taux de guérison, un plan de sensibilisation au diagnostic précoce des cancers pédiatriques est proposé, ciblant à la fois le grand public et les professionnels de santé.

Mots-clés : adénopathie ; cancer ; dépistage ; enfant, leucocorie ; masse abdominale.

URGENCES METABOLIQUES CHEZ LES NOUVEAU-NES ET LES NOURRISSONS

Carlos G. Ramos

Division of Neonatology, University of California San Diego

Contexte : Les erreurs innées du métabolisme ne sont pas rares en tant que groupe. Elles surviennent collectivement dans 1 cas sur 1000 à 5000 naissances. Elles sont souvent traitables si elles sont diagnostiquées à temps, mais la tâche la plus difficile pour les cliniciens est de savoir quand considérer une urgence métabolique, quels tests prescrire pour l'évaluation et quel traitement, le cas échéant, peut être proposé dans des contextes à faibles ressources.

Contenu : Dans cet exposé, nous aborderons brièvement les urgences métaboliques les plus courantes, leur prise en charge et nous considérerons que d'autres diagnostics tels que la septicémie, l'hémorragie intracrânienne et l'hémorragie pulmonaire peuvent accompagner ou imiter les urgences métaboliques.

Présentation en ligne

COMMUNICATIONS ORALES

FACTEURS LIÉS À LA NON POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL AU-DELÀ DU 12^{ème} MOIS CHEZ LES FEMMES QUI TRAVAILLENT

Razafiarisoa HM¹, Ranaivo NAR², Ratovondrasoa NM³,
Rakotojoelimaria EH⁴, Ravelomanana Razafiarivao N⁵

1. Centre Hospitalier Régional du District Anosy Avaratra
2. Service de pédiatrie - Centre Hospitalier Universitaire PZaGa Mahajanga
3. Faculté de Médecine d'Antananarivo
4. Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Tsaralalàna
5. Faculté de Médecine d'Antananarivo, Université d'Antananarivo.

Introduction : Nombreux facteurs contribuent à l'incapacité des mères à allaiter ou à poursuivre l'allaitement. Jongler l'allaitement avec le travail pourra remettre en question le succès de l'allaitement. Notre objectif était d'identifier les facteurs associés à la non poursuite de l'allaitement maternel au-delà du 12^{ème} mois chez les femmes qui travaillent.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale analytique réalisée chez les mères biologiques d'un enfant âgé de 24 à 36 mois et ayant une activité professionnelle.

Résultats : Trois cent quatre-vingt-quatre mères ont participé à l'enquête. Travailler dans le domaine libéral constituait un facteur de poursuite de l'allaitement au-delà du 12^{ème} mois avec OR [IC95%] = (0,17 [0,07-0,36] ; p<0,001). L'horaire du travail plus de 8 heures par jour OR [IC95%] = (2,27 [1,39-3,72] ; p = 0,001), l'absence d'un coin allaitement OR [IC95%] = (3,70 [2,30-5,97] ;

p<0,001), un allaitement maternel non exclusif pendant les six premiers jours de vie OR [IC95%] = (8,27 [4,25-16,10] ; p<0,001), une diversification alimentaire précoce OR [IC95%] = (3,26 [2,08-5,10] ; p<0,001), la présence d'une complication liée à l'allaitement OR [IC95%] = (2,20 [1,37-3,53] ; p<0,001), une méconnaissance des mères sur les avantages de l'allaitement maternel OR [IC95%] = (4,49 [1,96-10,31] ; p<0,001) ainsi que l'avis du conjoint « indifférent » OR [IC95%] = (2,79 [1,53-5,10] ; p<0,001) constituaient des facteurs associés à la non poursuite de l'allaitement maternel au-delà du 12^{ème} mois chez les femmes allaitantes actives.

Conclusion : Une bonne sensibilisation des mères ainsi qu'une adaptation de l'environnement de travail à l'allaitement pourront optimiser la pratique de l'allaitement maternel chez les femmes actives.

Mots-clés : allaitement maternel ; femme ; mères ; nourrissons ; profession.

BIOMETRIE THYROÏDIENNE DU NOUVEAU-NE DANS LA REGION DIANA

Herinirina NF¹, Ratsimbao NA², Rafamatanantsoa JF³,
Randriambololona DMA⁴, Rakotoarisoa AHN⁴

1. Service Imagerie Médicale au Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I Antsiranana,
2. Service Imagerie Médicale au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona,
3. Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé publique Analakely
4. Faculté de Médecine d'Antsiranana

Introduction : A l'échographie, l'estimation du volume thyroïdien et la comparaison avec les valeurs de référence sont utilisées pour le diagnostic de l'hypertrophie ou de l'hypoplasie de la glande thyroïde. Aucune étude similaire antérieure n'a été réalisée ; d'où l'objectif de cette étude qui a été de déterminer les valeurs de référence du volume thyroïdien dans notre région.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective et analytique réalisée au CHU Tanambao I portant sur 144 nouveau-nés dont 62 filles et 82 garçons, sur une période de 6 mois. Nous avons réalisé une échographie thyroïdienne au cours de la première semaine de vie et mesuré les dimensions et le volume de la glande thyroïde.

Résultats : L'âge moyen des nouveau-nés lors de la réalisation de l'échographie était de 1,12 jour. La valeur moyenne de la largeur, de l'épaisseur, de la hauteur et du volume thyroïdien mesurait respectivement 0,69 mm, 0,72 mm, 1,73 mm et $0,77 \pm 0,15$ ml à droite ; 0,66 mm, 0,66mm, 1,64mm et $0,35 \pm 0,13$ ml à gauche. Aucune corrélation n'a été observée entre les dimensions thyroïdiennes moyennes et le genre. Nous n'avons pas trouvé également de corrélation entre le volume thyroïdien et l'âge gestationnel, le poids, la taille et la surface corporelle. Il existait une différence significative entre le volume du lobe droit et du lobe gauche au sein d'un individu.

Conclusion : Les volumes normaux de la thyroïde chez les nouveau-nés varient selon les différentes régions. Les valeurs de référence locales doivent être utilisées dans l'évaluation du volume thyroïdien. Nos résultats sont en accord avec la littérature et peuvent être utilisés comme valeurs de référence pour notre région.

Mots-clés : biométrie ; échographie ; nouveau-né ; thyroïde.

FACTEURS DE RISQUE DE MORTALITE DES NOUVEAU-NES DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE AU CHU JOSEPH RASETA BEFELATANANA

Rasoanaivo NV¹, Andrianadison ZL¹, Randrianaivo N¹,
Zefo NH¹, Rakotomahefa NML²

1. CHU Joseph Raseta Befelatanana
2. Faculté de médecine. Université de Fianarantsoa

Introduction : Les nouveau-nés de faible poids de naissance sont constitués par les nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 2500g quel que soit l'âge gestationnel. Le risque de décès est augmenté chez ces nouveau-nés. Cette étude a pour objectif de déterminer les facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés de faible poids de naissance.

Méthodes : Une étude cas-témoins était menée dans le service de Néonatalogie du CHU Joseph Raseta Befelatanana du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023. Les cas étaient constitués par les nouveau-nés de faible poids de naissance décédés. Les témoins étaient représentés par les nouveau-nés de faible poids de naissance sortis vivants, sélectionnés aléatoirement et appariés aux cas selon le genre et l'âge avec un ratio de 1 cas pour 2 témoins.

Résultats : Trente cas étaient comparés à 60 témoins. Le *sex ratio* était de 1,5. L'âge moyen des cas était de 1,87 jours. Le poids de naissance moyen était de 1695 ± 448 g. Le risque infectieux chez la mère, la détresse respiratoire, le trouble neurologique et l'hypothermie chez le nouveau-né constituaient les facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés de faible poids de naissance avec respectivement OR=7[2,64-18,56] et $p=0,000$; OR=6,43[2,29-18,11] et $p=0,000$; OR=5[1,69-14,80] et $p=0,003$, et OR=2,94[1,13-7,63] et $p=0,03$.

Conclusion : Les facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés de faible poids de naissance étaient constitués de symptomatologies pour lesquelles certaines mesures préventives pouvaient être mises en place.

Mots-clés : faible poids de naissance ; mortalité ; nourrisson, nouveau-né ; risque.

FACTEURS ASSOCIES A

L'HYPONATREMIE EN NEONATOLOGIE

Zefo NH¹, Andrianadison ZL¹, Randrianaivo N¹,

Rasoanaivo NV¹, Rakotomahefa Narison ML²

1. Pédiatrie, CHU Joseph Raseta Befelatanana

2. Faculté de médecine, Université de Fianarantsoa

Introduction : L'hyponatrémie est un trouble ionique caractérisé par une baisse anormale du taux de sodium dans le sang. C'est une situation fréquente en période néonatale. Il peut mettre en jeu le pronostic vital à court terme et responsable de séquelles neurologiques à long terme. Cette étude est réalisée afin de mettre en évidence les facteurs associés à l'hyponatrémie chez les nouveau-nés hospitalisés.

Méthodes : C'est une étude analytique, cas témoins et rétrospective. Nous avons inclus tout nouveau-né hospitalisé du janvier 2022 au décembre 2023, dans l'unité de néonatalogie du Service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana Antananarivo, ayant reçu un ionogramme sanguin au cours de leurs premières semaines de vie.

Résultats : Nous avons recruté 240 nouveau-nés avec un *sex ratio* de 1,28. Le groupe d'étude était composé de 60 nouveau-nés avec hyponatrémie et 180 témoins. La

fréquence de l'hyponatrémie était de 24,29%. Le terme moyen des nouveau-nés était de 36 SA et 6 jours selon la date des dernières règles avec un écart type de 3 SA. Une association significative a été identifiée entre l'hyponatrémie et la prématurité avec des termes inférieurs à 32SA OR= 2,120 [1,03-4,35], au nouveau-né avec un faible poids de naissance moins de 2500g OR= 1,77[1,02-3,09] et la bradypnée OR= 1,95 [1,10-3,45].

Conclusion : L'hyponatrémie est une situation courante et grave en néonatalogie. La prescription à temps d'un ionogramme sanguin permet de prévenir les complications inattendues.

Mots-clés : hyponatrémie ; facteur associé ; ionogramme sanguin ; nouveau-né, séquelles neurologiques.

ALIMENTATION DES MALNUTRIS

MOINS DE 6 MOIS PORTEURS

DE FENTE LABIALE ET/OU PALATINES

Tsifiregna RL¹, Rakotoarimanana NN¹, Ramamonjirinina TP²,

Zakarias E³, Robinson AL⁴

1. Service de Pédiatrie et Néonatalogie, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo

2. Service de Pédiatrie, CHU Andrainjato Fianarantsoa

3. Opération Smile Madagascar

4. Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo

Introduction : Un nourrisson avec une fente labiale et/ou palatine, peut avoir des difficultés à s'alimenter. L'objectif de ce travail était de décrire le mode d'alimentation des nourrissons malnutris âgés de moins de 6 mois porteurs de fentes labiale et/ou palatine

Méthodes : Une étude rétrospective à partir de la base de données des patients porteurs de fentes labiale et/ou palatine et suivis dans le programme nutritionnel d'Opération Smile Madagascar a été réalisée. L'analyse concernait la période d'octobre 2021 à décembre 2023. Les caractéristiques des patients et leur mode d'alimentation ont été étudiés. Le Z-score de l'OMS pour le rapport poids pour l'âge a été utilisé pour la classification de la malnutrition.

Résultats : Au total, 522 nourrissons atteints de fente labiale et/ou palatine ont été recrutés. Parmi eux, 266 (50,96%) étaient âgés de moins de 6 mois. Le *sex ratio* était de 1,23. Une naissance prématurée a été objectivée chez 46 nourrissons (17,29%). Une fente labio-palatine unilatérale a été présente chez 142 enfants (62,56%). Cent cinquante et un nourrissons (57%) souffraient de malnutrition aiguë sévère. Quatre-vingt-dix-sept nourrissons (44,50%) n'ont jamais reçu du lait maternel et 89 (33,46%) étaient sous allaitement maternel exclusif. L'alimentation était faite de lait pour préparation du nourrisson 67,78% (n=122), lait de vache pour 20,30% (n=54). Les principales plaintes des parents étaient la difficulté de prise de sein, l'insuffisance de lait maternel, le coût des laits infantiles.

Conclusion : Le taux d'allaitement maternel était faible. La mise en œuvre d'un programme de soutien à l'allaitement pour ce groupe de nourrisson est nécessaire.

Mots-clés : nourrisson ; fente labiale ; fente palatine ; méthodes d'alimentation.

UN CAS D'ANEMIE FOETALE NEONATALE SEVERE

Andrinirina R¹, Abasse S²

1. Service de réanimation néonatale CH de Mayotte
2. Cardiologue Pédiatre, Chef de service de réanimation néonatale CH de Mayotte

Introduction : L'anémie fœtale néonatale a une définition complexe car elle est dépendante du taux d'hémoglobine selon l'âge gestationnel et les causes sont multiples. La présence d'anasarque fœto-placentaire est associée à un mauvais pronostic. L'objectif de ce travail était de rapporter un cas vu dans le service de réanimation néonatale du CH de Mayotte.

Observation : Il s'agissait d'un garçon né d'une mère de 19 ans, primipare et sans évènement provoquant immunisant. Aucune échographie anténatale n'était réalisée et les sérologies sans particularité. L'échographie obstétricale réalisée en urgence à la maternité révélait un fœtus en état d'anasarque. Devant ce tableau et la présence d'anomalie du rythme cardiaque fœtal, l'accouchement était par césarienne à 36 semaines d'aménorrhée et 6 jours, l'enfant avait un score d'Apgar à 1/10 passé à 4/10 à la 5^{ème} minute de vie. Il a bénéficié d'une réanimation en salle de naissance nécessitant une ventilation invasive. A l'examen, il présentait une pâleur extrême sans ictère cutané et un œdème généralisé. Les gaz du sang au cordon ont révélé un taux approximatif de l'hémoglobine à 3g/dl confirmée à la numération sanguine avec un taux à 5,1g/dl. La transfusion de culot globulaire de groupe O Rhésus négatif était réalisée au service. L'échographie cardiaque montrait une cardiomyopathie hypertrophique globale cause de trouble hémodynamique important.

Les bilans étiologiques étaient revenus non contributifs mis à part la mise en évidence d'un placenta hydropique en faveur d'anémie fœtale. Le nouveau-né était sorti de la néonatalogie sans séquelles neurologiques patents.

Conclusion : La prise en charge périnatale d'une anémie fœtale néonatale nécessite une coordination obstétrico-pédiatrique. Les explorations à visée étiologique sont essentielles mais ne doivent pas retarder la transfusion sanguine.

Mots-clés : anasarque foeto-placentaire ; anémie néonatale ; transfusion d'érythrocyte.

Résultats : Deux cents soixante-deux élèves étaient inclus dans l'étude. L'âge moyen était de $8,89 \pm 2,07$ ans. La prévalence du retard de croissance était de 28,6% (n=75) dont 5% (n=13) présentaient la forme sévère. L'âge compris entre 10 à 14 ans (AOR=9,89[4,9-19,9] ; p=0,0001), l'absence de déparasitage ou un déparasitage annuel (AOR=2,4[1,20-5,09] ; p=0,014) et le score de consommation alimentaire acceptable (AOR=0,32[0,15-0,71] ; p=0,005) étaient significativement associés à un retard de croissance.

Conclusion : Les enfants au début de l'adolescence étaient les plus touchés. La mise en place des stratégies pour réduire la fréquence du retard de croissance avant cette période s'avère nécessaire.

Mots-clés : âge scolaire ; facteur associé ; prévalence ; retard de croissance.

PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES AU RETARD DE CROISSANCE DANS LES ECOLES PRIMAIRES PUBLIQUES A MAHAJANGA I, MADAGASCAR

Ramanampamonjy MTM¹, Ranaivo NAR¹,
Rahariniainasoa A¹, Rabarison HZO¹, Andrianarimanana KD²
*1. Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire
Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga, Madagascar
2. Faculté de Médecine de Mahajanga, université de
Mahajanga*

Introduction : Le retard de croissance est un bon indice à long terme de l'état nutritionnel des enfants. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés au retard de croissance chez les élèves des écoles primaires publiques.

Méthodes : Une enquête transversale a été menée sur une période de 4 mois au sein de 4 écoles primaires publiques dans la ville de Mahajanga I. Les élèves de 5-14ans étaient inclus.

PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE ET ETIOLOGIQUE DES CONVULSIONS NEONATALES DANS LES CHU DE FIANARANTSOA

Ramamonjirina TP, Razafimanantsoa HA,
Ratovondrasoa NM, Rakotomahefa NML
Service de Pédiatrie, CHU Andrainjato Fianarantsoa

Introduction : Les convulsions néonatales sont une situation assez fréquente en néonatalogie. C'est une entité très hétérogène sur le plan symptomatologique et étiologique. Ce travail avait pour objectif de déterminer l'incidence, l'aspect clinique, les étiologies et le devenir immédiat des convulsions néonatales dans les services de néonatalogie des CHU de Fianarantsoa.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, étalée sur 5 ans, allant de juin 2017 à juin 2022. Ont été inclus tous les nouveau-nés admis dans les services pour convulsion ou ayant présenté secondairement une convulsion au cours de leur hospitalisation.

Résultats : Nous avons colligé 254 cas avec une prévalence hospitalière de 10,3%. L'âge moyen était de $2,3 \pm 1$ jour avec un *sex ratio* à 1,6. L'âge moyen des mères était de 26,7 ans dont 57% étaient des primipares. Les nouveau-nés prématurés constituaient 11% des cas. Trente-quatre pourcent des bébés étaient nés asphyxiés. Vingt-huit pourcent des convulsions ont eu lieu dans les premières heures de vie dont des convulsions frustrées chez 69% des cas. Au cours de l'hospitalisation, 48% des nouveau-nés ont eu plus de 2 crises. L'examen neurologique était anormal chez 53% des cas, représenté principalement par une hypotonie généralisée (45,5%). Les causes infectieuses (38,9%) et anoxiques (11%) étaient les 2 principales étiologies identifiées. Un long séjour hospitalier était décrit chez 60% des bébés. La durée d'évolution des signes de moins d'une heure ($p=0,03$), les causes infectieuses ($p=0,00$) et l'utilisation d'anticonvulsivants ($p=0,01$) étaient significativement associés à un prolongement de la durée d'hospitalisation. Le taux de décès relevé était de 14,9%. Le lieu de l'accouchement ($p=0,02$) et l'état neurologique ($p=0,01$) influençaient significativement l'issue des nouveau-nés.

Conclusion : Les convulsions néonatales sont très particulières sur le plan clinique. L'étiologie la plus fréquente reste les pathologies infectieuses. La mortalité demeure non négligeable alors que certaines étiologies sont évitables.

Mots-clés : convulsions néonatales ; encéphalopathie anoxo-ischémique ; étiologie ; infection néonatale ; mortalité.

PRONOSTIC DE LA MENINGITE BACTERIENNE PEDIATRIQUE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MERE ET ENFANT TSARALALANA

Randrianjafimalala Z¹, Rakotomalala RLH¹,
Tsifiregna RL², Robinson AL¹

*1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalana,
Antananarivo, Madagascar*

*2. Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de
Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar*

Introduction : La méningite bactérienne est fréquente en service de pédiatrie. Elle constitue une urgence médicale. L'objectif de cette étude était de déterminer le pronostic de la méningite bactérienne de l'enfant.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 5 ans, du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2020 au CHUMET, incluant tous les enfants avec méningite bactérienne confirmée et décapitée.

Résultats : Quatre-vingt-sept cas (17,1%) de méningite bactérienne ont été diagnostiqués parmi les 507 cas suspectés. La tranche d'âge de 1 à 24 mois a été la plus touchée (86,2%), avec un *sex ratio* à 1,17. Les signes cliniques ont été dominés par la convulsion (87,3%). Des signes de gravité ont été notés chez 66,6% des patients et des séquelles neurologiques chez 6,8%. La mortalité a été de 16,1%. L'âge de moins de 24 mois ($p=0,001$), l'état comateux ($p=0,04$), la survenue d'hypertension

intracrânienne ($p=0,04$), le délai d'admission dépassant 6 jours ($p=0,03$) et d'administration d'antibiotique de plus de 5 jours ($p=0,01$), la durée d'hospitalisation au-delà de 7 jours ($p=0,00003$), la pléiocytose ≥ 10 éléments/mm³ ($p=0,01$), la protéinorachie $> 0,45$ g/l ($p=0,01$), la glycorachie $< 2,5$ mmol/l ($p=0,04$) et la nécessité de remplissage ($p=0,03$) ont été les variables associées au mauvais pronostic rencontré.

Conclusion : La méningite bactérienne reste une affection grave avec un taux de morbi-mortalité et de séquelles élevées.

Mots-clés : méningite bactérienne ; mortalité ; neurologie ; pédiatrie ; pronostic.

CARACTÉRISTIQUE DE L'ÉPILEPSIE DE L'ENFANT AU CENTRE DE NEUROLOGIE D'ANTANANARIVO

Raharimaminjatovosoa DA¹, Ratovonjanahary FRE², Lemahaka JG³, Fidiarison MP⁴, Tehindrazanarivelo DA⁵

1. Centre de Neurologie d'Antananarivo, Université d'Antananarivo, Madagascar.

2. Service de pédiatrie Befelatanana, Université d'Antananarivo, Madagascar.

3. Service de Neurologie, CHU Antanambao Toliara, Université de Toliara, Madagascar

4. Université d'Antananarivo, Madagascar.

5. Service de Neurologie, CHU Joseph Raseta Befelatanana, Université d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Rares sont les études faites sur la description de l'épilepsie de l'enfant à Madagascar. Ce travail visait à décrire les caractéristiques clinico-

paracliniques et l'aspect thérapeutique des enfants épileptiques.

Méthodes : Une étude rétrospective descriptive était menée au Centre de Neurologie d'Antananarivo sur une période de 6 mois. Elle incluait les enfants âgés de 1 à 11 ans ayant effectué un électroencéphalogramme et diagnostiqués épileptiques.

Résultats : Trois cent quarante-quatre enfants ont été retenus. L'âge moyen était de 4,8 ans $\pm 2,8$ avec un *sex ratio* de 1,4. Cent quarante enfants (41%) ont commencé leur crise avant l'âge de 1 an. Celles-ci étaient à début généralisé chez 171 enfants (49,7%). Selon l'électroencéphalogramme, 341 enfants (99%) présentaient des anomalies critiques et/ou intercritiques. L'épilepsie était de type focal chez 170 enfants (49,4%). Le syndrome épileptique le plus trouvé chez les moins de 5 ans était la convulsion fébrile plus anciennement appelée convulsion fébrile complexe ($n=11$; 15%) et l'épilepsie généralisée tonico-clonique chez les plus de 5 ans ($n=10$; 13%). L'étiologie était structurelle chez 45 cas (13,1%). Elle était présumée génétique chez 41 cas (11,9%). Les causes restantes demeuraient inconnues ($n=258$; 75%). Le valproate de sodium constituait l'antiépileptique le plus prescrit et en monothérapie chez 296 cas (83%).

Conclusion : Une étude multicentrique serait intéressante pour mieux caractériser l'épilepsie de l'enfant à Madagascar afin d'améliorer la prise en charge.

Mots-clés : enfant ; épilepsie ; Madagascar ; syndrome

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINICO-
SCANOGRAPHIQUES
DES TRAUMATISMES CRANIENS AIGUS
CHEZ LES ENFANTS AU CHUJRA**

Andrianah EPG¹, Botrazandry AV¹,
Andriamihajariana R¹, Rajaonarison Ny Ony LHN¹,
Ranoharison HD², Ahmad A¹.

1. Centre d'Imagerie Médicale, CHU Joseph Ravoahangy Andrianaivalona, Université d'Antananarivo, Madagascar
2. Service de Radiologie, CHU Andohatapenaka, Université d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Le traumatisme crânien chez l'enfant est un motif fréquent de consultation. Le scanner cérébral est un examen de référence pour le diagnostic des lésions intracrâniennes en urgence. L'objectif de l'étude était de décrire les aspects clinico-scanographiques des traumatismes crâniens chez les enfants pendant le premier trimestre 2024.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale menée au Centre d'Imagerie Médicale du CHU Joseph Ravoahangy Andrianaivalona, durant le premier trimestre 2024. Il a été inclus les scanners des enfants indiqués pour traumatisme crânien.

Résultats : Parmi 1853 scanners effectués durant cette période, 80 cas de traumatisme crânien chez des enfants de 0 à 15 ans ont été enregistrés (4,3%) avec un âge moyen de 5,7 ans. Il y avait une prédominance masculine (*sex ratio* de 1,66). Ils étaient bénins (58,7%), modérés (27,5%) et graves (13,7%). Les céphalées (51,25%), les pertes de connaissance initiales (43,75%) et les vomissements (16,25%) étaient les signes fonctionnels les plus enregistrés. Au scanner, les lésions intracrâniennes comme les contusions œdémato-hémorragiques (26,25%), les hématomes extraduraux (17,5%) et les

pneumencéphalies (13,75%) étaient les principales anomalies. Pour les lésions du contenant, les fractures simples (35%), les fractures complexes (25%), les embarrures (5%), les hématomes du scalp (32,5%) et les emphysèmes sous-cutanés (13,75%) étaient les plus rencontrés. Les engagements cérébraux (6,25%) étaient les principales complications. Les scanners revenaient normaux chez 35% des cas.

Conclusion : Durant le premier trimestre 2024, les traumatismes crânio-encéphaliques chez les enfants sont moins fréquents par rapport aux adultes au CHUJRA. Ils intéressent notamment les petits garçons. Le scanner est un outil idéal dans leur prise en charge mais doit être utilisé à bon escient.

Mots-clés : enfant ; scanner ; traumatisme crânien.

COMMUNICATIONS AFFICHEES

VENTILATION NON INVASIVE ET BRONCHIOLITE AIGUE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ANALAKINININA TOAMASINA

Anjarimanana THS¹, Bemena M¹

Ramananjatovo SE¹ Andriatahina TN²

1. Pédiatrie, CHU Analankinina Toamasina

2. Faculté de Médecine, Université de Toamasina

Introduction : La ventilation non invasive est actuellement une technique d'assistance ventilatoire en plein développement en pédiatrie dans la prise en charge des bronchiolites aiguës modérées à sévères. L'objectif principal de l'étude était de rapporter les résultats préliminaires d'une étude sur la pratique de la ventilation non invasive dans la prise en charge des cas de bronchiolite aiguë en pédiatrie.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive réalisée du mois de décembre 2023 au mois d'avril 2024 au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Analakininina Toamasina.

Résultats : Trente enfants ont été inclus avec un *sex ratio* de 0,42. L'âge moyen était de 4,1 mois +/- 2,5. La dyspnée était le principal motif de consultation (100%). L'atopie familiale était trouvée chez 63,3% des cas et le contexte de contage viral chez 66,6% des cas. La vaccination était correcte chez 86% des enfants. La forme sévère de la bronchiolite était de 56,6% et la forme modérée de 43,3%. Le Virus Respiratoire Syncytial était détecté chez 18 enfants (60%). La durée médiane de l'hospitalisation était de 3,8 jours +/- 1,3. La bonne évolution des signes cliniques (signes de lutte et fréquence respiratoire) a été notée au bout de 4 heures de

ventilation non invasive. Le mode CPAP était le mode utilisé. La durée médiane de la séance de ventilation non invasive était de 4,5 heures [4-6]. Tous les enfants étaient guéris à la sortie et aucun décès n'a été noté.

Conclusion : La ventilation non invasive a eu une efficacité sur la diminution du travail ventilatoire et les signes cliniques de détresse respiratoire. Le mode CPAP était le mode le plus facile à utiliser et constitue la référence en matière d'assistance respiratoire pour la prise en charge des bronchiolites aiguës.

Mots clés : bronchiolite ; CPAP ; nourrisson ; ventilation non invasive ; VRS.

UN CAS RARE DE SYNDROME DE PARRY-ROMBERG

Jaofeno DA¹, Rakotondrabe RA¹, Ranivoson AH¹,

Rakotomalala RLH¹, Ravelonarivo M¹, Robinson AL²

1. CHU Mère Enfant Tsaralalàna, Antananarivo

2. CHU Mère Enfant Tsaralalàna, Faculté de Médecine - Université d'Antananarivo

Introduction : Le syndrome de Parry-Romberg est une maladie rare caractérisée par une hémiatrophie faciale progressive, se manifestant dans la petite enfance, avec un arrêt spontané et une rémission à l'adolescence. Nous rapportons un cas rare dont le diagnostic et la prise en charge constitue un défi dans le contexte malgache.

Observation : Il s'agissait d'une fille de 14 ans présentant depuis de l'âge de 7 ans une tâche mal définie de l'œil droit associé à une atrophie progressive de l'hémiface droite avec perte des sourcils et des cheveux du côté de la région frontale droite. A l'âge de 13 ans, un affaissement

de la joue gauche est apparu. Progressivement, il était noté à droite une hyperpigmentation cutanée associée à une atrophie du front étendue vers le cuir chevelu, une perte du tiers interne des sourcils puis une alopecie « en coup de sabre » latéro-frontale droite et une atrophie de la narine droite. Elle présente un retard psychomoteur. L'examen ophtalmologique était normal. Le bilan fonctionnel électroencéphalographique était normal, et l'imagerie cérébrale était sans anomalie.

Conclusion : Le syndrome de Parry-Romberg est une maladie rare d'étiologie incertaine. Le diagnostic différentiel le plus proche est la sclérodémie qui sera confirmée par le dosage d'anticorps anti-nucléaire mais le tableau clinique est plus en faveur d'un syndrome de Parry-Romberg. Ce cas montre la difficulté du diagnostic pouvant retarder la prise en charge, d'où l'intérêt de connaître cette pathologie.

Mots-clés : alopecie, hémiatrophie faciale, hyperpigmentation.

ARTHRITE JUVENILE IDIOPATHIQUE AU CENTRE HOSPITALIER

JOSEPH RASETA BEFELATANANA

Andrianadison Z¹, Rakotonirainy OH², Monja AZ³,
Rakotomahefa NML³, Rapelanoro Rabenja F⁴

1. Service de Pédiatrie, CHU Joseph Raseta Befelatanana
2. Service de rhumatologie, CHU Joseph Raseta Befelatanana
3. Service de Pédiatrie, CHU Tambohobe Fianarantsoa
4. Service de Dermatologie, CHU Joseph Raseta Befelatanana

Introduction : L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est un rhumatisme inflammatoire chronique survenant avant

l'âge de 16 ans, de cause inconnue. Le diagnostic repose sur des critères de classification de l'International League of Association for Rheumatology (ILAR). L'objectif de cette étude était de décrire la fréquence hospitalière, les signes spécifiques et la prise en charge de cette pathologie.

Méthodes : C'est une étude descriptive rétrospective dans le service de pédiatrie et de l'unité de rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, s'étalant de janvier 2013 au juin 2021. Les enfants diagnostiqués comme AJI et répondant aux critères diagnostiques de l'ILAR ont été inclus.

Résultats : Ont été colligés 34 cas, avec un *sex ratio* de 0,42. La fréquence hospitalière de l'AJI est de 0,38%. L'âge moyen de début de la maladie était de 11 ans. Toutes les formes cliniques ont été individualisées. Le syndrome inflammatoire biologique était présent chez 60,13%. Le facteur rhumatoïde était positif chez 8,82% des patients. Le traitement reposait sur l'AINS (65%) et les corticoïdes (8,82%). Le traitement de fond par Méthotrexate a été institué chez 8,82% des cas. L'évolution était le plus souvent marquée par des poussées monocycliques avec de rares complications oculaires (2,94%) et des déformations articulaires (11,7%).

Conclusion : L'AJI est une pathologie rare. Le diagnostic positif avec ses différentes formes cliniques repose sur une bonne analyse de la sémiologie clinique. Un traitement adéquat prévient les complications.

Mots-clés : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; arthrite juvénile idiopathique ; enfant ; ILAR.

ASPECTS DIAGNOSTIQUES DE L'APPENDICITE AIGUE DE L'ENFANT

Rajaonarivony MFV¹, Mohsinaly LG²,
Rakoto Ratsimba HN³, Hunald FA²

1. Service de Chirurgie Pédiatrique, Centre Hospitalier de Soavinandriana
2. Service de Chirurgie Pédiatrique, CHUJRA
3. Service de Chirurgie Générale, CHUJRA

Introduction : L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale la plus fréquente en chirurgie pédiatrique. La présentation clinique atypique surtout chez les jeunes enfants est source de difficulté diagnostique qui peut amener à un retard de diagnostic d'une part et à une appendicectomie inutile de l'autre. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects diagnostiques de l'appendicite aiguë de l'enfant.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 5 ans, allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 de décembre 2020, réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Les paramètres étudiés concernaient le terrain, la clinique et les examens paracliniques.

Résultats : Soixante-douze (72) cas étaient retenus. Il y avait une prédominance masculine avec un *sex ratio* de 1,6. L'âge moyen était de 10,5ans avec des extrêmes de 4 ans et de 15 ans. Le délai de consultation moyen était de 4,5 jours. Les principaux symptômes étaient la douleur abdominale (100%), les nausées et vomissements (69,44%) et les troubles du transit (15,28%). Les signes généraux étaient principalement l'anorexie (16,67%) et la fièvre (62,50%). Les signes physiques étaient la défense abdominale (76,39%), le signe de Blumberg (83,33%), le signe de Rovsing (76,39%) et le psoïtis (44,44%). Le bilan biologique a objectivé une élévation de la protéine

C-réactive chez 72,22% et une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile chez 80% des cas. L'échographie abdomino-pelvienne montrait une augmentation du diamètre de l'appendice supérieur à 6mm chez 82,06% des cas et des signes indirects chez 90,48% des cas.

Conclusion : Le diagnostic était porté majoritairement sur des arguments d'éléments cliniques, biologiques et d'imagerie.

Mots-clés : appendicite ; diagnostic ; douleur abdominale ; enfant

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PARENTS SUR LA BRONCHIOLITE

Anagnostou NJ¹, Ramanarivo MSK¹,

Rasoambola MNA¹, Ravelomanana L¹, Robinson AL²

1. CHU Mère Enfant Ambohimandra
2. CHU Mère Enfant Tsaralalàna - Faculté de Médecine – Université d'Antananarivo

Introduction : Les épidémies de bronchiolite sont responsables d'importantes visites aux urgences et d'hospitalisations. Les parents jouent un rôle important dans la prévention de cette maladie. L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance des parents sur la bronchiolite.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Ambohimandra, pendant la période du 1^{er} février 2024 au 24 avril 2024.

Résultats : L'enquête a porté sur 136 parents. La bronchiolite était de cause non infectieuse pour 75,7% parents et non contagieuse pour 37,5%. Concernant les autres connaissances, 47,1% ne connaissaient pas les mesures de prévention et 68,4% ne connaissaient pas les facteurs qui aggravent la bronchiolite. La moitié (50%) ne connaissait pas les soins qu'ils peuvent donner aux nourrissons à domicile avant la consultation. Parmi les participants, 13,2% ont été informés sur la bronchiolite par un médecin, 11,8% par un pédiatre et 8,8% ont reçu les informations sur les réseaux sociaux. Il y a eu un lien significatif ($p=0,007$) entre la connaissance sur la prévention de la bronchiolite et le fait que le médecin soit la source de ces informations.

Conclusion : Beaucoup de parents ne reçoivent pas les informations importantes et pertinentes sur la bronchiolite. Chaque professionnel de santé a la responsabilité de renseigner, conseiller et sensibiliser les parents vis-à-vis de cette maladie.

Mots-clés : bronchiolite ; connaissance ; évaluation ; parents.

TROIS CAS D'ENCEPHALITE AIGUE PRIS EN CHARGE A FIANARANTSOA

Razafimanantsoa HA¹, Ramamonjirinina TP²,
Tsifiregna RL³, Rakotomahefa NML⁴

1. Service de Pédiatrie, CHU Andrainjato Fianarantsoa
2. Service de Pédiatrie et Néonatalogie, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo
3. Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Soavinandriana, Antananarivo
4. Service de Pédiatrie, CHU Tambohobe Fianarantsoa

Introduction : Les encéphalites sont des inflammations le plus souvent d'origine infectieuse du parenchyme cérébral. Elles sont rares et graves. Le but de ce travail était de rapporter 3 cas d'encéphalite pris en charge dans le service de Pédiatrie du CHU Andrainjato Fianarantsoa.

Observation : Le premier cas était une fille âgée de 4 ans présentant des épisodes de convulsions généralisées suivis de trouble de la conscience depuis deux semaines, évoluant dans un contexte fébrile. Le second, était un nourrisson de 22 mois, du genre masculin, référé dans le service pour suite de prise en charge d'un état de mal épileptique fébrile, associé également à un trouble de la conscience et à un syndrome déficitaire. Le troisième cas était une fille de 5 ans, consultant pour un syndrome ataxique évoluant depuis 3 mois, dans un contexte apyrétique et non traumatique, associé à une dysarthrie. Tous ces enfants n'avaient pas d'antécédent neurologique notable, avec un bon développement psychomoteur. Les bilans inflammatoires étaient positifs. Les diagnostics d'encéphalite étaient retenus suite aux résultats d'examen scannographiques et/ou électriques, après avoir éliminé les diagnostics différentiels. Une corticothérapie associée à des traitements symptomatiques était prescrite. Pour les deux premiers enfants ayant présenté des séquelles motrices, la récupération était progressive, aidée par des séances de kinésithérapie motrice et d'ergothérapie régulières. La dernière patiente était perdue de vue.

Conclusion : Le diagnostic repose sur des faisceaux d'arguments clinico-biologiques et d'imagerie médicale. Un traitement précoce assurera un meilleur pronostic.

Mots-clés : Céphalée fébrile ; convulsion fébrile ; encéphalite ; pédiatrie ; tomodensitométrie.

PARAMETRES ANTHROPOMETRIQUES DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE NAISSANCE A MAHAJANGA

Raveloharimino NH^{1,2}, Ramanampamonjy MTM¹,
Mbeumo SCM¹, Rabesandratana HN^{1,2}

1. Service de néonatalogie, Centre Hospitalier Universitaire
Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga

2. Faculté de médecine – Université de Mahajanga

Introduction : La biométrie à la naissance est un facteur important conditionnant la survie du nouveau-né. L'objectif était de décrire les caractéristiques anthropométriques des nouveau-nés à terme en salle de naissance dans les centres de santé de base à Mahajanga I.

Méthodes : Une étude rétrospective et descriptive était menée du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2021 dans 11 centres de santé publiques et privées de Mahajanga incluant tous les nouveau-nés à terme, de nationalité Malagasy.

Résultats : Au total, 4156 nouveau-nés étaient retenus. Le *sex ratio* était de 1,07. Le poids de naissance moyen était de 3072,71 ± 424g. La taille moyenne, le périmètre crânien moyen et le périmètre thoracique moyen étaient respectivement de 48,79±2cm, 33,33±1,6cm et 32,70±1,7cm. La voie basse était le mode d'accouchement chez 88,9% des cas. Le score d'Apgar était inférieur à 7 à la 5^{ème} minute chez 0,7% des nouveau-nés. L'allaitement maternel immédiat, l'administration de la vitamine K1 et le contact peau à peau étaient réalisés dans tous les centres d'accouchement. Les soins oculaires étaient administrés chez 35,8% des cas.

Conclusion : Les paramètres anthropométriques moyens des nouveau-nés dans les maternités de la ville de Mahajanga sont dans l'ensemble conformes aux normes

internationales.

Mots-clés : biométrie ; maternité ; naissance à terme ; nouveau-né ; soins.

EXPLORATION ECHOGRAPHIQUE DES DOULEURS ABDOMINALES AIGUES CHEZ L'ENFANT AU CHU MITSINJO BETANIMENA TOLIARA

Randriamarolahy AH¹, Razafindrahova PA¹,
Rasoamalala HJ¹, Ranoharison HD², Ahmad A³

1. Centre Hospitalier Universitaire Mitsinjo Betanimena
Toliara

2. Faculté de Médecine de Toliara

3. Faculté de Médecine d'Antananarivo

Introduction : L'échographie est l'examen de première intention chez l'enfant au cours des douleurs abdominales aiguës. L'objectif de cette étude était de décrire les anomalies identifiées lors cette exploration.

Méthode : Une étude rétrospective descriptive transversale était menée dans le service d'Imagerie Médicale du CHU Mitsinjo Betanimena Toliara, incluant les patients âgés de moins de 15 ans ayant bénéficié d'une échographie pour douleur abdominale aiguë du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023.

Résultats : Nous avons enregistré 59 cas constituant 2,24% des échographies réalisées durant cette période. L'âge des patients s'étalait de 3 à 14 ans. La tranche d'âge prédominante était celle de plus de 10 ans. Le *sex ratio* était de 0,7. Les douleurs étaient essentiellement diffuses ou localisées au niveau hypogastrique et de la fosse iliaque droite, représentant respectivement 40,67%,

25,42% et 11,86% des cas. Chez la majorité des patients, la douleur était isolée (69,49%). Les signes associés les plus fréquents étaient la fièvre ou d'ordre digestif, urinaire ou gynécologique. Cinq cas entraient dans le cadre d'un traumatisme. L'échographie était normale chez 21 des 59 patients (35,59%). Les anomalies principalement observées étaient les adénolymphites mésentériques, les appendicites, les lithiases urinaires et les épanchements péritonéaux. Des signes de complication étaient décelés tels la péritonite et l'hydronéphrose ainsi que des diagnostics inhabituels comme le néphroblastome et la grossesse.

Conclusion : Les douleurs abdominales aiguës chez l'enfant sont d'étiologies diverses. L'échographique est essentielle afin d'éliminer les pathologies nécessitant une prise en charge en urgence.

Mots-clés : douleur abdominale aiguë ; échographie ; enfant ; Toliara.

CARACTERISTIQUES DU SYNDROME NEPHROTIQUE DE MAUVAISE REPONSE A LA CORTICOTHERAPIE CHEZ L'ENFANT

Andrianadison Z¹, Ratovondrasoa NM¹,

Rabesandratana MN¹, Randrianaivo N¹, Robinson AL²

1. CHUJRB Service de Pédiatrie

2. CHU Mère Enfant Tsaralalàna - Faculté de médecine - Université d'Antananarivo

Introduction : Le syndrome néphrotique est une glomérulopathie la plus fréquente en pédiatrie. L'objectif de cette étude était de décrire le profil clinico-biologique, thérapeutique et évolutif des enfants hospitalisés pour

syndrome néphrotique ainsi que d'identifier les éventuels facteurs de mauvaise réponse aux corticoïdes.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 57 cas d'enfants présentant un syndrome néphrotique dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Joseph Raseta Befelatanana du 1^{er} janvier 2016 au 31 juillet 2022.

Résultats : Ont été colligés 57 cas d'enfants, soit 0,4% des admissions hospitalières. L'âge moyen était de $8,79 \pm 4,19$ ans et le *sex ratio* était de 1,28. Le tableau clinique était dominé par le syndrome œdémateux. Le traitement repose sur la corticothérapie. L'issue au traitement a révélé 32 cas de bonnes réponses à la corticothérapie soit 56,1% et 25 cas de mauvaises réponses à la corticothérapie soit 43,9%. Pour la mauvaise réponse, ont été notés 24,6% de cas de corticodépendance et 19,3% de cas de corticorésistance. Des cas de mauvaise réponse aux corticoïdes ont été beaucoup plus rencontrés chez les patients avec la prise de décoction, le syndrome néphrotique à caractère impur, la perte élevée de protéines dans les urines et la mauvaise observance au traitement.

Conclusion : La bonne participation et la coopération entre médecin-patient tiennent une grande importance dans le traitement d'une telle maladie chronique.

Mots-clés : Corticoïdes ; Enfant ; Néphropathie glomérulaire ; Syndrome néphrotique.