



## **RESUMES DES COMMUNICATIONS**

XIII<sup>ème</sup> CONGRES DE LA SOCIETE MALGACHE DE PEDIATRIE  
22 et 23 MAI 2025 – ANTANANARIVO

**" ACTUALITES PEDIATRIQUES EN 2025 "**

### **ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE**

#### **PLACE DE LA NUTRITION DANS LA PREVENTION DE LA CARENCE EN FER**

Ravelomanana L

*Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfants  
Ambohimandra*

La carence en fer représente le trouble nutritionnel le plus courant dans le monde, plus de deux milliards de personnes sont atteints et dont la majorité se trouvent en Afrique et en Asie du Sud. La carence en fer est responsable d'une anémie sur deux et soixante pour cent des enfants de moins de 5ans sont anémiés. Les conséquences de la carence en fer peuvent apparaître à court et à long terme : mis à part l'anémie, une perturbation de la croissance et une altération du développement cérébral et psychomoteur sont les plus fréquentes. La meilleure stratégie de lutte est le dépistage sélectif mais la confirmation diagnostique reste le dosage de la ferritinémie.

La mise en application des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) doit être stricte et effective afin de prévenir et lutter efficacement contre la carence en fer.

**Mots-clés** : Carence ; Enfant ; Fer ; Nutrition ; Prévention.

#### **CARENCE EN FER CHEZ L'ENFANT : DEFIS ET PERSPECTIVES**

Ategbo SJ

*Département de Pédiatrie de la Faculté de Médecine de  
Libreville*

*Pôle Enfant – Centre Hospitalier Universitaire Fondation  
Jeanne Ebori*

L'anémie est un état pathologique caractérisé par un nombre insuffisant de globules rouges, empêchant ainsi les tissus de l'organisme de recevoir l'oxygène nécessaire.

Elle peut être causée par une carence en fer, la carence en micronutriments la plus courante dans le monde. En cas de carence en fer, les concentrations d'hémoglobine (Hb) diminuent en dessous des niveaux optimaux, entraînant une anémie ferriprive (IDA), le type d'anémie le plus courant chez les enfants. Le diagnostic et la prévention de l'anémie ferriprive pendant la petite enfance sont cruciaux, car ils permettent d'éviter des altérations de la fonction neurocognitive et du développement du cerveau.

La référence pour le diagnostic de la carence en fer et de l'anémie est l'analyse de sang. Cependant, les prélèvements sanguins présentent des limites car ces tests sont invasifs et coûteux, et ne sont de fait pas réalisés de façon systématique pour un dépistage chez les nourrissons et jeunes enfants. La survenue tardive des symptômes de l'anémie, ayant par ailleurs une forte probabilité d'être négligés ou associés à d'autres conditions, ne permet pas la mise en œuvre de mesures préventives en temps opportun.

En 2024, une étude clinique nationale a été menée au Gabon afin de développer un modèle de dépistage non invasif des enfants à risque de carence en fer et d'anémie. L'objectif était de favoriser l'intégration du dépistage de routine dans les politiques de santé publique à travers une approche systémique. Ce projet a été conduit en partenariat avec la société Gabonaise de pédiatrie, le Ministère de la Santé du Gabon, l'Unité de Recherche en Epidémiologie des Maladies

Chroniques Santé et Environnement (UREMSCSE) et l'entreprise Blédina.

Un dispositif médical permettant d'estimer le taux d'hémoglobine dans le sang (Masimo rad 67) a été associé à un court questionnaire sur la consommation de groupes alimentaires riches en fer afin de permettre le dépistage précoce et non invasif des enfants à risque de carence en fer. Le recrutement était effectué à domicile et dans les centres de santé/hôpitaux. Les parents avaient participé à une enquête CAP concernant la carence en fer. Environ 38 000 enfants ont été dépistés et 70 000 familles sensibilisées au cours de l'étude.

La prévalence de l'anémie, les habitudes alimentaires vis-à-vis de l'apport en fer ont été étudiées. Les stratégies de contrôle de la carence ont été abordées ainsi que les interactions de la supplémentation en fer sur le microbiote intestinal.

Ce programme a pour objectif ultime de permettre une transformation systémique des pratiques dans les centres de santé, en intégrant le dépistage de l'anémie par carence en fer dans le parcours de soins de routine, aux côtés de la vaccination.

**Mots-clés :** Anémie ; Carence en fer ; Dépistage ; Nourrisson

## CIRCONCISION : DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE EN TROIS COUPES

Raherison AR

*Professeur agrégé en Chirurgie Pédiatrique*

*Faculté de Médecine – Université de Toamasina*

La circoncision est une chirurgie largement pratiquée dans le monde. Son indication initiale était d'ordre rituel et religieux. Les bénéfices médicaux ont été élucidés récemment. En effet, la circoncision joue un rôle protecteur contre les infections sexuellement transmissibles, certaines infections urinaires, les cancers du gland et du col.

A cause de sa fréquence, la circoncision est banalisée. Elle est souvent réalisée par une personne n'ayant pas de formation chirurgicale adéquate. Des complications et des erreurs techniques peuvent ainsi survenir. Les complications les plus graves sont les amputations partielles ou totales de la verge. Les erreurs techniques concernent surtout les erreurs de niveau de coupe de la peau et de la muqueuse responsables de la perte de certains avantages médicaux.

La technique de circoncision en « trois coupes » a été récemment inventée par une équipe Malagasy pour prévenir les complications et les erreurs techniques. Elle nécessite une connaissance très basique de l'anatomie de la verge. Elle se base sur la coupe séparée et à visus de la peau et de la muqueuse du prépuce. Le niveau de coupe est aisément identifiable et adaptable en fonction de la taille du pénis. Le gland est totalement épargné tout au long de la chirurgie. Cette technique offre une sécurité maximale et optimise les avantages

médicaux de la circoncision. Elle est facile à comprendre et à apprendre.

La technique de posthectomie en trois coupes est fiable. Son inconvénient réside sur la nécessité d'anesthésie générale pour sa bonne réalisation.

**Mots-clés :** Circoncision ; Complications ; Prépuce

## FIEVRE CHEZ LE NOUVEAU-NE

Rabesandratana HN

*Service de néonatalogie, Centre Hospitalier*

*Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga*

*Faculté de Médecine- Université de Mahajanga*

La fièvre chez le nouveau-né, définie par une température axillaire  $\geq 37^{\circ}5C$  ou rectale  $\geq 38^{\circ}C$  chez les moins de 28 jours, est un signe d'alerte majeur pouvant évoquer une infection bactérienne grave. Elle peut entraîner une déshydratation et/ou une convulsion. La prise en charge est urgente, compte tenu de l'immaturité immunitaire, de la sensibilité accrue aux infections, et de l'exposition à des agents pathogènes spécifiques.

Il est important d'identifier et de rechercher les facteurs de risque périnataux (chez la mère et chez l'enfant) d'une infection bactérienne.

Plusieurs signes cliniques peuvent évoquer une infection. Par contre, ils ne sont pas spécifiques.

Les principaux agents infectieux bactériens sont les germes Streptocoque B et *Escherichia coli*. Les principales pathologies infectieuses bactériennes à rechercher sont la méningite, l'infection urinaire, la septicémie et l'ostéo-arthrite. Les infections virales possibles sont dues au Virus Respiratoire Syncytial

(VRS), à l'herpès, à l'entérovirus et au Cytomégalovirus (CMV).

Les causes non infectieuses sont le plus souvent la déshydratation dans un contexte de montée laiteuse insuffisante retentissant sur l'allaitement, le bébé trop couvert, et l'asphyxie périnatale.

Tout nouveau-né fébrile doit être hospitalisé pour une évaluation médicale approfondie. Un bilan hospitalier doit être envisagé au moindre doute. Une antibiothérapie probabiliste avec utilisation d'une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération associée à un aminoside doit être instaurée, si possible après prélèvements bactériologiques, lorsque la cause bactérienne est suspectée.

**Mots-clés :** Fièvre ; Infection ; Nouveau-né.

## REANIMATION NEONATALE

Ranosiarisoa ZN

*Service de Réanimation Néonatale*

*CHU de Gynécologie -Obstétrique Befelatanana*

Bien que la grande majorité des nouveau-nés ne nécessitent pas d'intervention pour effectuer la transition de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine, en raison du grand nombre total de naissances, un nombre important d'entre eux nécessiteront un certain degré de réanimation. Environ 10% des nouveau-nés nécessitent une assistance respiratoire dès la naissance. Moins de 1% nécessite des mesures de réanimation importante. L'anticipation, une préparation adéquate, une évaluation précise et une

mise en place rapide des soins sont essentielles à la réussite de la réanimation néonatale.

Le Comité International de Liaison sur la Réanimation (ILCOR) a publié un nouveau document répondant aux questions controversées liées à la réanimation néonatale. Un consensus a été établi sur le rôle de l'oxygène supplémentaire, la prise en charge périnatale du méconium, les médicaments, et les considérations relatives à la suspension et à l'arrêt de la réanimation.

Une gestion optimale de l'oxygène pendant la réanimation néonatale devient particulièrement importante, car il est prouvé qu'une oxygénation insuffisante ou excessive peut être nocive pour le nouveau-né. L'administration d'oxygène doit uniquement intervenir dans des indications strictes. En cas d'inhalation méconiale, l'aspiration trachéale n'est pas nécessaire chez les nourrissons vigoureux présentant un liquide méconial. Par contre, la dépression respiratoire doit faire bénéficier d'une aspiration trachéale immédiatement après la naissance et avant la stimulation. L'administration de naloxone n'est pas recommandée dans le cadre des premiers soins de réanimation en salle d'accouchement pour les nouveau-nés souffrant de dépression respiratoire. Il est recommandé d'administrer l'épinéphrine par voie intraveineuse.

L'établissement d'une ventilation efficace est l'objectif principal de la prise en charge du nouveau-né apnéique ou en bradycardie en salle d'accouchement.

La réanimation néonatale est standardisée suivant différentes étapes qui doivent être suivies pour sauver des vies.

**Mots-clés** : Nouveau-né ; réanimation ; recommandation

**CONDUITE DE L'ALLAITEMENT  
MATERNEL POUR LES ENFANTS  
ATTEINTS  
DE FENTE LABIALE ET/OU PALATINE**

Rakotoarimanana NN<sup>1</sup>, Tsifiregna RL<sup>1</sup>,  
Ramamonjirinina TP<sup>2</sup>, Rakotomalala RLH<sup>3</sup>,  
Raveloharimino NH<sup>4</sup>, Zakarias E<sup>5</sup>, Andriatahina  
TN<sup>6</sup>

1. *Service de Pédiatrie et Néonatalogie, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo*
2. *Service de Pédiatrie, CHU Andrainjato Fianarantsoa*
3. *Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna, Antananarivo*
4. *Service de néonatalogie, CHUPZAGA Mahajanga*
5. *Opération Smile Madagascar*
6. *Service de Pédiatre, CHU Analankinina Toamasina – Faculté de Médecine, Université de Toamasina*

Les fentes labiales et/ou palatines constituent les malformations congénitales les plus fréquentes de la face. Elles compromettent l'intégrité des structures oro-faciales nécessaires à la succion et à la déglutition, rendant l'allaitement difficile, voire impossible, dès les premières heures de vie. Ces troubles peuvent entraîner une alimentation inefficace, un risque de fausses routes, des infections respiratoires, une malnutrition et une croissance pondérale insuffisante si une prise en charge adaptée n'est pas rapidement instaurée.

Malgré ces défis techniques liés à la succion, le lait maternel demeure l'aliment de choix pour ces enfants, en raison de ses propriétés immunologiques, anti-infectieuses et nutritionnelles. Il est donc essentiel d'optimiser les stratégies d'alimentation afin de maintenir l'allaitement maternel.

Le rôle du médecin est central : dépister précocement la malformation, informer les parents et les accompagner dans l'adaptation de l'alimentation. Un positionnement adéquat du nourrisson, en semi-assis avec un bon soutien de la tête et du tronc, favorise une meilleure qualité de la prise du sein (latch) et ainsi une bonne coordination de la succion-déglutition-respiration. Il faut enseigner à la mère à reconnaître les signes d'une mauvaise prise du sein, notamment lorsqu'une grande partie de l'aréole n'est pas dans la bouche, ou en présence de bruits de claquement, de régurgitations fréquentes ou d'une prise de poids insuffisante.

Lorsque l'allaitement direct au sein est inefficace, des méthodes alternatives sont recommandées : expression manuelle du lait et alimentation à la tasse, à la cuillère, ou utilisation de biberons et tétines spécialisés.

Enfin, l'implication des pères et de la famille dans le soutien à l'allaitement augmente significativement les chances de succès. L'approche doit être multidisciplinaire et centrée sur le bien-être nutritionnel et affectif du nourrisson.

**Mots-clés** : Allaitement maternel ; Fente labiale ; Fente palatine ; Méthodes d'alimentation ; Troubles de la succion

## TROUBLES DES APPRENTISSAGES CHEZ L'ENFANT

Tsifiregna RL<sup>1</sup>, Rajaonarison LA<sup>2</sup>,

Robinson AL<sup>3</sup>, Tehindrazanarivelo AD<sup>2</sup>

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

2. Unité de Soin Formation et Recherche de Neurologie Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana - Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo

3. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna – Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo

Les troubles des apprentissages chez l'enfant regroupent un ensemble de difficultés durables qui affectent l'acquisition et l'utilisation des compétences scolaires. Ils ne sont pas liés à un déficit intellectuel, ni à un manque de stimulation, ni à des troubles émotionnels, mais résultent d'un dysfonctionnement neurodéveloppemental. Parmi les troubles les plus courants, on trouve la dyslexie, la dysorthographe, la dyscalculie, la dysphasie et la dyspraxie. Le repérage précoce est essentiel pour limiter les conséquences scolaires et psychologiques.

Le médecin joue un rôle clé dans la détection initiale. Premier interlocuteur des familles, il évalue l'histoire du développement de l'enfant, écoute les préoccupations des parents. L'utilisation de grilles de développement ou de courbes d'évolution permet de situer l'enfant par rapport aux normes attendues. Il élimine d'éventuelles causes médicales, des troubles neurologiques, l'existence d'une déficience intellectuelle et neurosensorielle (audition et vision) ou de difficultés psychiatriques, d'environnement

social pouvant retentir sur les apprentissages.

L'entretien avec l'enfant et ses parents, l'examen clinique et la passation de tests de dépistage permettent de formuler des hypothèses diagnostiques, d'éliminer les diagnostics différentiels, de rechercher les causes possibles de difficulté scolaire et d'orienter l'enfant vers la prise en charge la mieux adaptée.

Une prise en charge précoce par des rééducations appropriées, un accompagnement des parents, des adaptations pédagogiques et un soutien psychologique sont essentiels pour l'enfant et son entourage familial. La scolarisation sera adaptée en fonction des possibilités d'aides scolaires et rééducatives au niveau local, du degré de sévérité de ses troubles et de ses troubles associés. Elle permettra à l'enfant de mieux vivre ses difficultés et de développer tout son potentiel.

**Mots-clés :** Diagnostic précoce ; Échec scolaire ; Enfant; Prise en charge pluridisciplinaire ; Troubles de l'apprentissage

## IMAGERIE EN PEDIATRIE :

### LA PARTICULARITE

Andrianah EPG<sup>1</sup>, Randrianalison ML<sup>2</sup>,

Rajaonarison NOLHN<sup>1</sup>, Ranoharison HD<sup>3</sup>, Ahmad

A<sup>1</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Andrianavalona, Antananarivo

2. Centre Hospitalier Universitaire Analakinina, Toamasina

3. Centre Hospitalier Universitaire de Toliara

L'imagerie pédiatrique possède des particularités par rapport à l'imagerie des adultes, pour des raisons de spécificités physiologiques, anatomiques et physiopathologiques des enfants.

En imagerie pédiatrique, il faut tenir compte de la sensibilité accrue aux radiations ionisantes des enfants, liée au développement cellulaire rapide, d'où l'importance de réduire la dose délivrée dans les examens utilisant les rayons X et d'optimiser les examens.

Sur le plan anatomique, leurs organes internes sont plus petits et les structures osseuses sont plus malléables, nécessitant un ajustement dans la technique. Pour avoir une bonne qualité d'image, afin d'éviter les artéfacts et les répétitions des examens, une collaboration et gestion de l'enfant sont nécessaires pour préserver son immobilité durant les examens radiographique scanographique ou remnographique. Ces méthodes font appel à l'utilisation de sédation effectuée par des personnels dédiés ou la distraction. Mais il y a aussi, les préparations psychologiques des enfants, l'implication des parents et des accompagnateurs, pour réduire leurs stress et anxiétés, à l'aide des informations données par les cliniciens demandeurs et équipe de l'imagerie.

Quant aux autorisations, elles dépendent du caractère usuel ou non usuel, urgent ou non de l'examen et le type d'acte à réaliser.

Par rapport, au choix de la modalité d'imagerie, certaines sont plus adaptées aux enfants, comme l'échographie, non irradiante, facile à l'accès et reproductible, utilisée pour l'exploration abdominale, rénale, cardiaque, partie molle et cérébrale. L'imagerie par résonance magnétique est

très utile dans l'exploration cérébrale, musculaire, des tissus mous et est sans irradiation. Quant aux examens utilisant les rayonnements ionisants, il faut optimiser les doses et les protocoles.

Au total, l'imagerie pédiatrique nécessite une démarche spécialisée en rapport à la vulnérabilité des enfants face aux radiations, de la particularité de leur anatomie en développement et des défis comportementaux liés à leur âge.

**Mots-clés :** Imagerie ; Pédiatrie ; Protocole ; Technique d'Imagerie.

## **L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DE L'ENFANT EN MILIEU TROPICAL**

Abasse S.

*Cardiopédiatre*

*Centre Hospitalier de Mayotte*

L'insuffisance cardiaque est définie comme l'incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour garantir une oxygénation correcte des organes. Bien qu'il s'agisse d'une situation rare en pédiatrie, elle représente une cause majeure de morbi-mortalité lorsqu'elle survient. Sa reconnaissance précoce est donc essentielle.

Contrairement à l'adulte, le diagnostic d'insuffisance cardiaque chez l'enfant est souvent difficile à poser. Les signes cliniques initiaux sont fréquemment peu spécifiques et peuvent être confondus avec ceux de pathologies pédiatriques courantes (infections respiratoires, troubles digestifs, malnutrition...). Cela en fait un véritable défi pour le clinicien.

Les étiologies sont variées. Les malformations cardiaques congénitales restent la première cause d'insuffisance cardiaque en pédiatrie. Toutefois, dans les pays tropicaux, il est impératif de ne pas négliger les cardiopathies acquises, telles que celles liées au rhumatisme articulaire aigu ou au béri-béri d'origine carencielle.

La prise en charge constitue une urgence médicale. Elle repose à la fois sur un traitement symptomatique visant à stabiliser l'enfant, et sur la recherche étiologique, à la quête d'une cause potentiellement curable.

Comment penser et s'orienter dans les différentes étiologies ? Quels examens complémentaires permettent d'évoquer rapidement le diagnostic ? Quels traitements initier et selon quelles priorités ?

**Mots-Clés :** Insuffisance cardiaque ; Etiologies ; Milieu tropical ; Parcours diagnostique ; Traitement.

## **LA CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE A MADAGASCAR : OU EN EST-ON ?**

Ravaoavy H<sup>1</sup>, Behamby N<sup>2</sup>, Miandrisoa RM<sup>1</sup>,  
Randriamihangy NA<sup>3</sup>, Rabearivony N<sup>4</sup>,  
Rakotoarimanana S<sup>4</sup>

*1. Service de cardiologie, Centre Hospitalier de Soavinandrianina*

*2. Service de cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana*

*3. Service de cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Mahavoky Atsimo Mahajanga*

*4. Faculté de Médecine - Université d'Antananarivo*

La cardiologie pédiatrique est une spécialité médicale dédiée à la prise en charge des maladies cardiaques et partiellement du système circulatoire chez les enfants depuis la période fœtale jusqu'à l'âge de 18 ans, incluant les cardiopathies congénitales et acquises. La prévalence à l'échelle mondiale des cardiopathies congénitales est de 1% des naissances.

Ainsi, à Madagascar, on estime que 720 enfants naissent chaque année avec une cardiopathie congénitale. À cela s'ajoutent les cardiopathies acquises pour lesquelles nous ne disposons pas de données épidémiologiques. La gestion des cardiopathies pédiatriques à Madagascar fait face à plusieurs défis, allant du diagnostic au traitement, en passant par le suivi des patients. Parmi les principaux obstacles figurent le manque de connaissance des symptômes caractéristiques des cardiopathies, le coût élevé des soins associés à ces affections, ainsi que le nombre insuffisant de médecins spécialisés dans ce domaine. D'où cette présentation qui va rappeler les manifestations des cardiopathies infantiles ainsi que leurs prises en charge, et discuter du projet futur de cette spécialité à Madagascar en résumant la situation existante actuelle.

Le souffle cardiaque, le retard pondéral, le squatting, la fatigabilité à l'effort, la détresse respiratoire, les signes d'insuffisance cardiaque droite et la cyanose constituent les principaux signes révélateurs des cardiopathies chez les enfants. Devant ces signes cliniques, ces enfants devraient être adressés et pris en charge chez un cardiopédiatre.

A Madagascar, le coût élevé des soins de ces cardiopathies infantiles nous amène à faire appel à des associations en collaboration avec le Centre Hospitalier de Soavinandriana pour la prise en charge de ces enfants qu'elle soit chirurgicale, interventionnelle ou le suivi médical.

**Mots-clés :** Cardiologie pédiatrique ; Diagnostic ; Signes révélateurs ; Traitement.

## ACTUALITES SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME DE L'ENFANT

Ranivoson AH<sup>1,2</sup>, Robinson AL<sup>1,2</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant

Tsaralalàna Antananarivo

2. Faculté de médecine – Université d'Antananarivo

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente de l'enfant. Malgré les avancées thérapeutiques, il demeure responsable de décès pédiatriques évitables principalement dans les pays de faibles ressources. The Global Initiative for Asthma ou GINA met à jour tous les ans les informations scientifiques pour la prise en charge de cette pathologie. De nombreuses autres sociétés savantes, conscientes de cet enjeu de santé publique, travaillent activement à l'élaboration de recommandations actualisées pour optimiser la prise en charge de l'asthme de l'enfant.

Nous proposons de partager les actualités et les messages clés des dernières recommandations dans la prise en charge de cette pathologie. Mais également, nous proposons une réflexion sur les possibilités d'adaptation de ces recommandations

aux réalités des pays à ressources limitées, afin d'optimiser la prise en charge dans nos contextes.

**Mots-clés :** Asthme ; enfant ; recommandations de consensus

## TOUX ET VOMISSEMENTS DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT : EST-CE GRAVE DOCTEUR ?

Andrianirina ZZ

Centre Hospitalier de Soavinandriana

Faculté de Médecine - Université d'Antananarivo

Ces deux symptômes sont les premiers motifs de consultation en pédiatrie. La toux est un réflexe ou acte volontaire qui a pour résultat l'expulsion violente de l'air et des contenus des voies respiratoires.

L'étiologie la plus fréquente est l'infection virale des voies aériennes. Cependant, il ne faut pas passer à côté des pathologies telles que la bronchiolite, l'asthme, les corps étrangers intra bronchiques. Nous vivons chaque jour les effets de plus en plus palpables de la pollution de l'air.

Les vomissements font partie des troubles fonctionnels digestifs. L'interrogatoire et un bon examen clinique permettent dans la majorité des cas de préciser les signes associés dont la fièvre. Il faut toujours rechercher la présence de signe neurologique et les retentissements sur l'état général de l'enfant. La pertinence du traitement en dépend.

**Mots-clés :** Enfant ; Nourrisson ; Toux ; Vomissement.

## **SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL DE L'ENFANT : CE QU'IL FAUDRAIT SAVOIR**

Ranivoson AH<sup>1,2</sup>, Robinson AL<sup>1,2</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant  
Tsaralalàna Antananarivo
2. Faculté de médecine – Université d'Antananarivo

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est un trouble respiratoire du sommeil fréquent chez l'enfant, avec une prévalence estimée entre 1 et 5%. Souvent méconnu ou banalisé, il peut entraîner des répercussions significatives sur le développement neurocognitif, le comportement, la croissance, la qualité de vie mais aussi des complications cardiovasculaires.

Nous proposons de sensibiliser les médecins au repérage précoce du SAOS chez l'enfant, rappeler les principaux signes cliniques, les outils diagnostiques recommandés et les stratégies thérapeutiques validées à travers une revue de la littérature récente, les dernières recommandations des sociétés savantes.

Les symptômes nocturnes évocateurs sont principalement les ronflements persistants, les pauses respiratoires, l'agitation, et l'énurésie. Les symptômes diurnes incluant les troubles attentionnels, la somnolence, l'hyperactivité ou le retard staturo-pondéral. La polysomnographie constitue l'examen de référence pour le diagnostic.

La prise en charge doit être pluridisciplinaire pour une efficacité optimale dont le pédiatre en est l'acteur central.

**Mots-clés :** Enfant ; Polysomnographie ; Ronflement ; Syndrome d'apnée obstructive du sommeil

## **PLACE ET ACTUALITÉ DE LA KINÉSITHÉRAPIE EN PÉDIATRIE ET EN NÉONATOLOGIE**

Ratovondriaka NO<sup>1,2</sup>, Robinson AL<sup>1,2</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant  
Tsaralalàna
2. Faculté de Médecine – Université d'Antananarivo

Cette mise au point rappelle le rôle fondamental de la kinésithérapie dans la prise en charge des enfants en néonatalogie et en pédiatrie. Cette discipline intervient dans des champs d'action variés, visant à promouvoir le développement moteur, sensoriel et fonctionnel des jeunes patients. Les interventions kinésithérapiques sont structurées autour de plusieurs axes spécifiques.

En néonatalogie, la kinésithérapie poursuit des objectifs précis tels que l'amélioration de la ventilation pulmonaire, la prévention des déformations orthopédiques liées à l'immobilité, ainsi que la stimulation du développement neuro-moteur des prématurés. Ces interventions incluent notamment la facilitation des acquisitions motrices, l'activation des réflexes archaïques et la prévention des séquelles consécutives à la prématurité ou à d'autres pathologies néonatales.

En pédiatrie générale, les champs d'application de la kinésithérapie sont étendus.

Elle contribue au soutien du développement psychomoteur, à travers l'accompagnement des acquisitions motrices, l'amélioration de la coordination et du tonus musculaire. Elle intervient également dans les processus de rééducation suite à des traumatismes, des malformations congénitales ou des pathologies neuromusculaires, ainsi que dans la gestion des troubles sensoriels ou des retards de développement.

La kinésithérapie en pédiatrie et en néonatalogie connaît depuis quelques années des avancées significatives. L'évolution des équipements, des aides techniques et les innovations technologiques comme la réalité virtuelle et l'intelligence artificielle s'intègrent de plus en plus dans la pratique pour enrichir les prises en charge.

En somme, l'intervention kinésithérapique doit être individualisée, en tenant compte des besoins spécifiques de chaque enfant et nourrisson.

Elle se caractérise par une approche à la fois ludique, rassurante et évolutive, en étroite collaboration avec les familles. Elle adopte une démarche multidisciplinaire. C'est un processus visant à favoriser un développement harmonieux, à prévenir les complications et à accompagner de manière optimale la croissance des enfants tout en respectant leur vulnérabilité.

**Mots clés :** Développement moteur, Kinésithérapie, Néonatalogie, Pédiatrie, Prématurité

## COMMUNICATION PARENT-SOIGNANT-ENFANT

Robinson AL

*Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant*

*Tsaralalàna*

*Faculté de Médecine – Université d'Antananarivo*

Dans le milieu médical, la communication est une conduite psychosociale visant à transmettre une information par l'emploi du langage, des gestes, des attitudes ou des mimiques. Il s'agit pour le soignant de faire contribuer son savoir, son savoir-faire et son savoir-être pour que les informations soient comprises. Les valeurs « d'humanité » doivent être mises en avant grâce à l'empathie et le « prendre soin ».

La particularité en pédiatrie est qu'il y a d'un côté l'enfant avec son âge qui conditionne en partie son développement, son environnement social et culturel spécifique, sa capacité de compréhension et ses besoins. De l'autre côté se situent les parents avec leur inquiétude, leur angoisse, leur désarroi et leur envie de protéger ou surprotéger leur enfant.

Comme dans toute communication, il y a un émetteur, un récepteur, un canal de transmission, un feedback ou rétroaction qu'il faudra savoir décoder. C'est ainsi que la notion de « codage » prend tout son sens car pour qu'il y ait une réelle interaction, les protagonistes doivent utiliser un même codage ou un langage commun.

Le soignant a pour mission d'identifier le codage adapté, de mettre en place les conditions propices, de s'armer de patience tout en gardant bien en vue ses objectifs (annoncer un diagnostic, un pronostic ou un traitement lourd ...) tout en

s'adaptant à son ou ses interlocuteur(s) enfant ou adulte(s). Il doit vérifier si les informations passées ont été bien comprises. Pour les maladies chroniques, il est souvent nécessaire de faire passer à petites gouttes et de façon répétée les informations. Il peut même être appelé à devenir un catalyseur devant une situation où parent et enfant sont confrontés à une épreuve lourde alors que chacun cherche à protéger l'autre.

**Mots-clés :** Communication ; Enfant, Malade ; Médecin ; Parent ; Soignant

## LES DEFIS DE LA VACCINATION PRATIQUE EN PEDIATRIE

Andriatahina TN

*Faculté de Médecine – Université de Toamasina*

La vaccination est l'un des outils les plus efficaces pour prévenir les maladies évitables et réduire la mortalité infantile. Dans les pays en développement, elle représente un pilier essentiel des systèmes de santé. Cependant, sa mise en œuvre rencontre des défis spécifiques liés aux contextes socio-économiques, culturels et logistiques.

À Madagascar, la vaccination des enfants constitue un enjeu majeur de santé publique dans la lutte contre la mortalité infantile. Le Programme élargi de vaccination (PEV), soutenu par le gouvernement malgache avec l'appui de partenaires internationaux comme l'UNICEF, l'OMS et Gavi, a été mis en œuvre depuis 1976 et couvre toute la République de Madagascar. Ce programme vise à protéger tous les enfants malgaches contre des

maladies mortelles mais évitables par la vaccination. Les objectifs de couverture sont de vacciner au moins 90% des enfants de moins de 12 mois contre la rougeole, la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la tuberculose, l'hépatite B, la méningite et la pneumonie à *Haemophilus influenzae* de type b, la méningite et la pneumonie à pneumocoque, et la diarrhée à Rotavirus. Les activités de vaccination sont intégrées dans toutes les formations sanitaires.

Pour optimiser la couverture vaccinale, le renforcement de la formation continue du personnel de santé sur la vaccination pratique est nécessaire pour améliorer les compétences en gestion de la vaccination et en communication avec les communautés. Parmi les défis, la compréhension de l'hésitation vaccinale doit être soulevée à tous les niveaux pour déceler les facteurs de réticence à la vaccination.

**Mots-clés :** Communauté ; Compréhension ; Défis ; Réticence ; Vaccination

## TRANSFUSIONS SANGUINES EN PÉDIATRIE : PARTICULARITÉS ET PRECAUTIONS

Rakotomahefa M<sup>1</sup>, Rakoto Alson O<sup>2</sup>

*1. Faculté de Médecine - Université de Fianarantsoa*

*2. Faculté de Médecine - Université d'Antananarivo*

La transfusion sanguine est une thérapie complétive, consistant à compenser les pertes ou les insuffisances en un ou plusieurs constituants du sang total et ou de ses dérivés.

Sur une étude réalisée au CHU de Fianarantsoa, 10,4% des patients transfusés étaient âgés de 0 à 10 ans.

Le contexte de la transfusion sanguine dans les pays en développement est caractérisé par un environnement épidémiologique et socioculturel particulier et une situation économique difficile, qui ne favorise pas une sécurité transfusionnelle optimale. Le risque est immunologique, infectieux ou métabolique. A cela s'ajoute les problématiques des transfusions particulières en pédiatrie : la pratique de l'immunohématologie pédiatrique, le problème de seuil et l'efficacité des transfusions et la très grande variabilité des recommandations qui ne sont pas toujours applicables dans notre contexte. Notre objectif est de décrire les particularités de la transfusion sanguine en pédiatrie dans notre pratique, d'expliquer les risques transfusionnels, de donner un aperçu des mesures immédiates en cas d'incidents transfusionnels ou de transfusion mal tolérée. La prise en charge transfusionnelle de l'enfant doit tenir compte de l'âge de l'enfant pour lequel les modalités d'information doivent être adaptées, de son statut de mineur juridique, mais aussi de ses particularités physiologiques qui nécessitent de modifier les règles habituelles de prescription ou les caractéristiques des produits sanguins labiles couramment disponibles.

L'espérance de vie de l'enfant, potentiellement plus longue que celle de l'adulte, justifie une attention particulière aux risques, avérés ou potentiels, et à long terme de la transfusion. C'est un geste "facile" et bien toléré mais des abus sont fréquents. La Coopération entre équipes pédiatriques et Centre de Transfusion Sanguine assure une Sécurité optimale de ce geste à risque.

**Mots-clés** : Enfant ; Produits sanguins labiles ; Sécurité transfusionnelle.

## DIARRHÉES AIGÜES DE L'ENFANT

Raveloharimino NH<sup>1</sup>, Rabesandratana HN<sup>1</sup>

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

2. *Faculté de Médecine - Université de Mahajanga*

La diarrhée aiguë de l'enfant se définit par l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides par jour, sur une durée inférieure à 7 jours. Les causes principales sont d'origine virale, notamment le rotavirus, et plus rarement bactérienne ou parasitaire. La prise en charge repose avant tout sur une réhydratation orale précoce à l'aide de solutés de réhydratation orale (SRO), proposés en petites quantités fréquentes, même en cas de vomissements. L'allaitement maternel ou l'alimentation habituelle doit être poursuivi.

L'hospitalisation est réservée aux cas de déshydratation sévère, de vomissements incoercibles, ou de contexte familial précaire. Les médicaments antidiarrhéiques (comme le racécadotril) ne sont plus recommandés en première intention. En revanche, la supplémentation en zinc est préconisée, surtout dans les pays à ressources limitées.

La vaccination contre le rotavirus est fortement recommandée pour prévenir les formes sévères. L'accent est mis sur la prévention par l'hygiène (lavage des mains) et l'éducation des parents sur les signes d'alerte justifiant une consultation rapide.

**Mots-clés** : Diarrhée aiguë ; Réhydratation ; Rotavirus ; Prévention

## LES SOINS DE LA PEAU DU NOUVEAU-NÉ

Sendrasoa FA, Ramarozatovo LS,  
Rapelanoro Rabenja F

*USFR de Dermatologie, CHU Joseph Raseta  
Befelatanana, Antananarivo*

Les soins de la peau du nouveau-né restent un sujet peu exploré, souvent étranger au médecin, où la routine et les habitudes prennent le pas sur une réelle démarche scientifique. Actuellement, le marché de la cosmétologie de l'enfant connaît un développement fulgurant. En marge des prescriptions médicales, il existe un véritable marché du cosmétique de l'enfant, source d'auto-prescriptions et de risques de mauvaise utilisation, voire de sensibilisation. La multiplication des produits cosmétiques destinés aux enfants, dès le plus jeune âge, la pression des parents et de l'industrie cosmétique obligent le médecin et l'équipe soignante à une meilleure connaissance des produits, à savoir conseiller les parents et à définir des règles de cosmétovigilance dès le premier âge. Pourtant, il est difficile de trouver des recommandations claires sur les soins de la peau du nouveau-né car il n'existe pas de consensus international. L'objectif de cette présentation consiste à offrir aux professionnels de santé les meilleures preuves sur lesquelles leurs conseils et leurs pratiques sur les soins de la peau du nouveau-né seront fondés. Une revue de la littérature sur les soins de la peau du nouveau-né a été faite pour

atteindre cet objectif.

Mis à part quelques soins spécifiques, les soins d'hygiène cutanée relèvent de simples principes de bon sens : produits utilisés non toxiques, peu ou pas irritants, non sensibilisants et efficaces. L'hygiène, à cet âge, doit être soigneuse mais sans excès, car une hygiène excessive peut perturber l'homéostasie cutanée, favoriser l'apparition de dermatoses irritatives et aggraver une pathologie dermatologique sous-jacente.

L'attitude raisonnable et logique vis-à-vis de l'hygiène cutanée du nouveau-né est, malgré tout, parfois en contradiction avec le désir parental d'une peau parfaite.

**Mots-clés** : Hygiène soigneuse ; Homéostasie cutanée ; Nouveau-né ; Peau

## COMMUNICATIONS AFFICHEES

### **UN CAS D'HYDROCEPHALIE DU NOURRISSON ASSOCIEE A UNE DEXTROCARDIE ET UN SITUS INVERSUS TOTAL**

Dizano F<sup>1</sup>, Rasolonjatovo EC<sup>1</sup>,

Mampiandranosy TH<sup>1</sup>, Ratovondrainy W<sup>2,3</sup>,

Rabarijaona M<sup>1,3</sup>, Andriamamonjy C<sup>4</sup>

1. Service de neurochirurgie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo
2. Service de neurochirurgie, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo
3. Faculté de Médecine – Université de Fianarantsoa
4. Faculté de Médecine – Université d'Antananarivo

**Introduction :** L'hydrocéphalie est un trouble hydrodynamique du liquide cérébro-spinal à l'origine de l'augmentation de volume ventriculaire. Elle est la première pathologie observée en neurochirurgie pédiatrique à Madagascar. Dans une dextrocardie, le cœur est placé dans la moitié droite du thorax, l'apex orienté vers la droite. Le situs inversus est une malformation congénitale rare caractérisée par la position inversée des organes thoraciques et abdominaux par rapport au plan sagittal. L'objectif de cette étude de cas était de rapporter le premier cas d'association d'hydrocéphalie, dextrocardie et situs inversus total observé à Madagascar.

**Observation :** Il s'agissait d'un nourrisson de 5 mois, du genre féminin, admise dans le service de neurochirurgie CHU-HJRA le 20 mars 2025 pour macrocraînie. La maladie remontait depuis l'âge de 4

mois par une augmentation progressive du périmètre crânien associée à un état d'irritabilité, sans vomissement ni fièvre. Elle est née à terme par opération césarienne sur grossesse bien suivie. L'examen neurologique trouvait un enfant tonique, réactif et ne présentant pas de déficit neurologique. L'examen de l'extrémité céphalique identifiait une fontanelle antérieure bombée et la présence de circulation collatérale du scalp. Le périmètre crânien était de 46cm. Le scanner cérébral objectivait une hydrocéphalie triventriculaire et une sténose de l'aqueduc de Sylvius. La radiographie thorax de face, dans le cadre de bilan préopératoire, identifiait une dextrocardie associée à une position inversée du foie et de l'estomac. L'échodoppler cardiaque évoquait également un cœur situé à droite, sans anomalie structurale du cœur ni signes d'hypertension artérielle pulmonaire. Une dérivation ventriculo-péritonéale pour traiter l'hydrocéphalie était réalisée. L'évolution était favorable avec la disparition de l'irritabilité et du bombement de la fontanelle.

**Conclusion :** Les malformations les plus habituelles associées à l'hydrocéphalie sont les dysraphismes. Pour ce cas, c'est une forme atypique avec association dextrocardie et situs inversus.

**Mots-clés :** Chirurgie ; Dextrocardie ; Hydrocéphalie ; Situs inversus.

## ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL HEMORRAGIQUE CHEZ L'ENFANT : LE CAS D'UN ENFANT CARDIAQUE

Herilantoniaina JH<sup>1</sup>, Ralitera A<sup>1</sup>, Rakotozafy NA<sup>2</sup>,  
Rabarijaona M<sup>1,3</sup>, Andriamamonjy C<sup>4</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo
2. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo
3. Faculté de Médecine de Fianarantsoa – Université de Fianarantsoa
4. Faculté de Médecine d'Antananarivo – Université d'Antananarivo

**Introduction :** Les cardiopathies congénitales sont des malformations du cœur ou des vaisseaux sanguins qui surviennent au cours du développement fœtal. Elles restent les malformations congénitales les plus fréquentes. L'espérance de vie et le pronostic fonctionnel diffèrent en fonction du type de malformation et de sa prise en charge. Les cardiopathies congénitales sont le plus souvent une cause chez l'enfant d'un accident vasculaire cérébral ischémique.

**Observation :** Contrairement à cela, le cas d'un accident vasculaire cérébral hémorragique était rapporté. Il s'agissait d'un garçon de 8 ans ayant présenté tous les signes d'une cardiopathie chronique : cyanose, hippocratisme digital et souffle cardiaque. Il avait une hémorragie cérébrale spontanée avec un hématome très volumineux. Le scanner cérébral confirmait le diagnostic. Les causes principales pourraient être la méningite ou le trouble de l'hémostase idiopathique ou leur association. Le traitement était chirurgical. Une évacuation de

l'hématome intra-parenchymateux à partir d'une craniotomie et un volet osseux étaient effectués. Le volet osseux a été remis parce que la détente cérébrale a été satisfaisante. L'évolution était spectaculaire. L'enfant était passé d'un score de Glasgow 7 à un score de Glasgow 11 après 2 heures d'intervention. Il était extubé après 6 heures de l'intervention. La suite post opératoire était simple. Il reposait sur la prévention des Aggressions Cérébrales Secondaires d'Origine Systémique (ACSOS) en tenant compte de la cardiopathie.

Il était transféré dans un service de pédiatrie pour la suite de prise en charge de la cardiopathie.

**Conclusion :** La cardiopathie congénitale chez l'enfant peut entraîner un accident vasculaire hémorragique. Le traitement était chirurgical. Le pronostic était favorable.

**Mots-clés :** Accident vasculaire cérébral ; Chirurgical ; Hématome ; Méningite.

## DÉTERMINANTS DU DÉCÈS NÉONATAL EN PÉDIATRIE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ANALANKINININA TOAMASINA

Inkoraka MG<sup>1</sup>, Razafindrakoto AC<sup>1</sup>, Rakotomalala  
RLH<sup>2,3</sup>, Rakotoarisoa H<sup>1</sup>, Andriatahina TN<sup>1,4</sup>

1. Faculté de Médecine – Université de Toamasina
2. Faculté de Médecine – Université d'Antananarivo
3. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna, Antananarivo
4. Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Analankininina Toamasina

**Introduction :** La mortalité néonatale reste une préoccupation majeure dans les pays en voie de développement. Malgré une amélioration sensible, le taux de mortalité néonatale demeure élevé alors qu'il constitue une mesure fondamentale du progrès d'un pays. L'objectif principal de la présente étude était d'identifier les facteurs de risque du décès néonatal.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude cas témoins, réalisée dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Analankininina Toamasina allant du 1<sup>er</sup> février 2023 au 31 juillet 2023.

Les cas étaient représentés par les nouveau-nés de 0 à 28 jours hospitalisés et décédés dans le service. Un cas était apparié à deux témoins.

**Résultats :** Parmi les 526 nouveau-nés admis, le taux de mortalité était de 14,4% (n=76). Les principaux facteurs de risque de décès néonatal identifiés étaient le concubinage (47,3%) avec OR=2,1[1,1-4,0] ; p=0,01, l'absence de consultation prénatale (9,2%) avec OR=3,1[1,1-8,7] ; p=0,03, la prise d'alcool (2,6%) avec OR=12,0[1,3-105,5] ; p= 0,02, la prise de décoction (11,8%) avec OR=2,4[1,0-5,5] ; p=0,03 et la nécessité de réanimation à la naissance (47,3%) avec OR=2,4[1,3-4,3]; p=0,002. La profession formelle des mères (40,6%) avec OR=0,1[0,0-0,5] ; p=0,002, ainsi que l'autoréférence (35,5%) avec OR=0,3[0,2-0,7] ; p=0,004, étaient des facteurs protecteurs contre le décès néonatal. Les principales causes de décès étaient l'asphyxie néonatale dans 39,4% des cas, les infections dans 31,5% et la prématurité dans 27,6%.

**Conclusion :** Le bilan de la mortalité néonatale était lourd dans le site étudié. L'éducation des gestantes, la référence à temps, les consultations prénatales de

qualité et l'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés contribueraient à la réduction de leur mortalité.

**Mots-clés :** Asphyxie néonatale ; Etiologie ; Infection ; Mortalité néonatale.

## ERYTHEME PIGMENTE FIXE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE TROIS CAS

Rakotonandrasana F<sup>1</sup>, Ralimalala VN<sup>2</sup>, Desana S<sup>2</sup>, Razafimaharo TI<sup>2</sup>, Sata M<sup>3</sup>, Raharolahy O<sup>2</sup>, Andrianarison M<sup>2</sup>, Sendrasoa FA<sup>2</sup>, Ramarozatovo LS<sup>2</sup>, Rapelanoro Rabenja F<sup>2</sup>, Ranaivo IM<sup>1</sup>

1. Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Place Kabary Antsiranana
2. USFR Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana Antananarivo
3. USFR Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Morafeno, Toamasina

**Introduction :** L'érythème pigmenté fixe (EPF) est une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse. Trois cas d'EPF observés dans le service de Dermatologie du CHU Place Kabary Antsiranana ont été rapportés.

### Observations

Cas 1 : Un garçon de 4 ans, drépanocytaire, a présenté depuis 1 an une macule hyperpigmentée bien limitée sur la commissure labiale droite. L'introduction de paracétamol pour une fièvre, une semaine auparavant a entraîné une récurrence des mêmes lésions aux mêmes localisations.

Cas 2 : Une fille de 3 ans est amenée en consultation pour des lésions pigmentées bien circonscrites,

prurigineuses au niveau orbitaire droit, commissure labiale droite, tronc, cou et des membres supérieurs, évoluant depuis 1 an. Ces lésions sont réapparues 8 jours après introduction de sulfaméthoxazole-triméthoprimine pour une fièvre.

**Cas 3 :** Un garçon de 10 ans a consulté pour des lésions prurigineuses, récidivantes depuis 6 mois. Il a présenté des plaques pigmentées surmontées de bulles flasques à contenu clair sur la face antérieure du bras gauche et la face postéro-externe de la cuisse gauche. Ces lésions ont surgi 12 heures après la prise de paracétamol.

Le diagnostic d'érythème pigmenté fixe a été posé dans les trois cas sur la base de la chronologie d'apparition des lésions après la prise médicamenteuse et leur caractère récidivant.

**Conclusion :** La récurrence d'une même lésion au même site est pathognomonique d'un EPF. Il nécessite un arrêt du médicament responsable et une notification à la pharmacovigilance.

**Mots-clés :** Dermatose vésico-bulleuse ; Erythème ; Pédiatrie.

## ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIÉS A LA VACCINATION DES ENFANTS DE MOINS DE DEUX MOIS DANS LA REGION D'ANALAMANGA

Rafamatanantsoa JF<sup>1,2</sup>, Andrianantoandro VT<sup>1</sup>,  
Ramiaramanana J<sup>1</sup>

1. Université Catholique de Madagascar

2. Faculté de Médecine - Université d'Antananarivo

**Introduction :** La deuxième cible de l'objectif de développement durable numéro trois vise à éliminer les décès évitables chez les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans. La vaccination constitue l'une des stratégies essentielles pour atteindre cet objectif en prévenant les maladies infectieuses. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés à la vaccination des enfants de moins de deux mois dans la région d'Analamanga.

**Méthodes :** Une étude transversale analytique était menée auprès de mères d'enfants âgés de moins de deux mois ou ayant accouché dans les deux mois précédant la collecte des données, réalisée d'octobre à décembre 2024. L'odds ratio ajusté (ORA) et son intervalle de confiance à 95% ont été utilisés pour identifier les facteurs associés à la vaccination des enfants de moins de deux mois.

Le seuil de signification statistique était fixé à  $p \leq 0,05$ .

**Résultats :** Au total, 246 mères étaient recrutées. Durant cette période, 89,84% des enfants étaient vaccinés. Les facteurs significativement associés à la vaccination étaient : la présence d'un appareil de communication dans le ménage (ORA [IC95%] = 5,40 [1,00-29,01]), un nombre de consultations prénatales supérieur ou égal à quatre (ORA [IC95%] = 21,29 [1,19-38,56]), la réalisation de l'ensemble des consultations prénatales dans un même établissement de santé (ORA [IC95%] = 13,80 [1,25-51,37]), la réalisation des soins prénatals en dehors du personnel de santé qualifié (ORA [IC95%] = 13,56 [3,07-59,92]) et l'accouchement eutocique (ORA [IC95%] = 7,16 [4,11-12,44]).

**Conclusion :** Les résultats de cette étude mettent en évidence le rôle clé des consultations prénatales en tant que facteurs associés à la vaccination des enfants de moins de deux mois. Ainsi, la sensibilisation durant ces périodes apparaît ainsi comme une stratégie essentielle.

**Mots-clés :** Facteurs temps ; Périodes de péripartum ; Services de santé pour enfants ; Vaccination.

## **BRONCHIOLITE AIGUË DU NOURRISSON ET VENTILATION NON INVASIVE AU CHU MERE-ENFANT TSARALALANA**

Raherimananjara F<sup>1,2</sup>, Ranivoson AH<sup>1,2</sup>,  
Rakotomalala RLH<sup>1,2</sup>, Anjarimanana S<sup>1,2</sup>,  
Rakotojoelimaria EH<sup>2</sup>, Randrianjafimalala Z<sup>2,3</sup>,  
Robinson AL<sup>1,2</sup>

*1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna*

*2. Faculté de médecine - Université d'Antananarivo*

*3. Centre Hospitalier Universitaire-Gynécologie Obstétrique de Befelatanana*

**Introduction :** L'implémentation de la technique de ventilation non invasive (VNI) en pédiatrie à Madagascar dans le traitement de l'insuffisance respiratoire aiguë du nourrisson n'a été faite que récemment. L'objectif de cette étude était de décrire les premières expériences dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par l'utilisation de la VNI.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective sur 29 mois, de janvier 2022 à mai

2024, réalisée dans le Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna sur les premiers patients atteints de bronchiolite aiguë modérée à sévère ayant eu recours à la VNI.

**Résultats :** Sur 1532 cas, 13 cas de nourrissons sous VNI ont été recensés. Le sex ratio était de 0,44. L'âge moyen des patients était de 3,77 mois ( $\pm 3,06$  ET) avec des extrêmes de 1 mois et de 11 mois. Les 13 patients sous VNI présentaient une forme compliquée avec 61,5% des patients présentant au moins deux complications. Suivant le score de Wang, les patients s'étaient améliorés en 24 heures dans 38% des cas ; 30% ont connu une amélioration clinique au bout de 48 heures d'oxygénothérapie. En revanche, pour l'acquisition de l'autonomie alimentaire, 38% ont pu l'acquérir en moins de 7 jours et la durée d'hospitalisation moyenne était de 9,8 jours.

**Conclusion :** La VNI a permis une amélioration rapide de la sévérité de la détresse respiratoire et de la durée de l'oxygénothérapie contrairement à l'acquisition d'autonomie alimentaire et la durée d'hospitalisation. D'autres études avec un recrutement de plus de patients permettraient une meilleure évaluation de cette thérapeutique dans notre contexte.

**Mots-clés :** Bronchiolite aiguë ; Nourrisson ; Pédiatrie ; Thérapeutique ; Ventilation non invasive.

## PARCOURS DE SOINS DES NOUVEAUX- NES ADMIS AU SERVICE DE NEONATOLOGIE AU CHU TAMBOHOBE FIANARANTSOA

Ramamonjirinina TP<sup>1,3</sup>, Tiandraibe AF<sup>1,2</sup>, Zefo NH<sup>1,2</sup>, Rakotonindrina MA<sup>2</sup>, Rakotomanantsoa D<sup>1,2</sup>,  
Rakotomahefa ML<sup>2,3</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato Fianarantsoa
2. Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe Fianarantsoa
3. Faculté de médecine - Université de Fianarantsoa

**Introduction :** Les pathologies néonatales peuvent être fatales ou laisser des séquelles irréversibles d'où la nécessité d'une prise en charge urgente et correcte. L'objectif de ce travail était de décrire les parcours de soins des nouveau-nés durant leur hospitalisation.  
**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive menée de novembre à décembre 2024 au sein de l'unité de la Néonatalogie de la Maternité du CHU-Tambohobe à Fianarantsoa. Ont été inclus tous les nouveau-nés de moins de 28 jours de vie admis dans le service de néonatalogie.

**Résultats :** Vingt-deux nouveau-nés ont été inclus. Les diagnostics d'hospitalisation étaient l'asphyxie périnatale (36,4%), l'infection néonatale (36,6%), l'ictère néonatal (13,6%), la prématurité (9,1%) et la maladie hémorragique du nouveau-né (4,5%). Parmi les nouveau-nés inclus, 7 (31,8%) ont eu un parcours de soins non conforme. La non-conformité du parcours des soins portait sur le début de la prise en charge non immédiat à l'arrivée du nouveau-né pour 3 patients (42,8%), la non pertinence des examens réalisés pour un nouveau-né (14,3%), et

l'insuffisance des surveillances et contrôles cliniques pour 7(100%) nouveau-nés. La non-conformité du parcours de soins était corrélée à la survenue des troubles respiratoires secondaires ( $p= 0,02$ ) mais n'était pas associée à une hospitalisation prolongée ( $p=0,28$ ) ni à la survenue de décès ( $p= 0,45$ ).

**Conclusion :** Plusieurs formes de non-conformité ont été décrites. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge précoce et structurée en Néonatalogie.

**Mots-clés :** Nouveau-né ; Parcours de soins ; pathologies néonatales.

## PERSISTANCE DES DENTS DE LAIT ET INCLUSION MULTIPLE DES DENTS PERMANENTES : A PROPOS D'UN CAS

Andrianiaina FA, Ratsirarisoa T, Andrinjakarivony NN, Rakotoson M, Randrianarimanarivo HM  
*Département d'Orthopédie Dento-Faciale, IOSTM, Université de Mahajanga*

**Introduction :** L'inclusion dentaire est une affection courante, asymptomatique, découverte fortuitement lors d'un examen de routine. Elle est généralement diagnostiquée bien après le moment prévu de l'éruption de la dent. Sa fréquence varie entre 0,8% et 3,6%. L'objectif était de sensibiliser les parents et les spécialistes à motiver les enfants à faire une consultation orthodontique précoce.

**Observation :** Le cas d'une patiente de 16 ans, qui consultait pour un défaut esthétique lié à l'absence de plusieurs dents était rapporté. Elle présentait un antécédent d'amygdalectomie à l'âge de 8 ans.

L'examen endobuccal a révélé la persistance de plusieurs dents temporaires. La radiographie panoramique a mis en évidence une inclusion dentaire multiple des dents permanentes. L'analyse céphalométrique montrait une classe III squelettique. L'objectif du traitement était de mettre en place les dents incluses et de corriger l'occlusion dentaire.

**Conclusion :** L'inclusion d'une dent permanente doit être suspectée lorsqu'il existe un retard d'éruption, un manque d'espace, une anomalie des dents adjacentes ou une persistance des dents temporaires. Le diagnostic repose sur des radiographies rétroalvéolaire ou panoramique, mais les examens en 3D comme la Cone Beam Computed (CBCT) sont les plus fiables pour localiser précisément la dent incluse. Une exposition chirurgicale suivie d'un traitement orthodontique est recommandée avant la fermeture de l'apex radiculaire.

**Mots-clés :** Inclusion dentaire ; Eruption dentaire ; Traitement orthodontique ; Radiographie panoramique

### IMPACT DU NOUVEAU PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHIOLITE AIGUE AU CENTRE HOSPITALIER MERE ENFANT TSARALALANA

Tiandraibe F<sup>1,2</sup>, Ranivoson AH<sup>1,3</sup>, Rakotomalala RLH<sup>1,3</sup>, Rakotojoelimaaria EH<sup>3</sup>, Robinson AL<sup>1,3</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna Antananarivo

2. Faculté de médecine, Université de Fianarantsoa

3. Faculté de médecine - Université d'Antananarivo

**Introduction :** L'efficacité de l'utilisation de la nébulisation dans le traitement de la bronchiolite aiguë chez le nourrisson a fait l'objet de nombreuses études. Cette étude vise à comparer l'évolution à court terme des nourrissons hospitalisés pour bronchiolite avant et après l'adoption d'un nouveau protocole thérapeutique n'incluant pas la nébulisation de sérum salé hypertonique à 3%.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective comparative monocentrique de 2 ans, d'avril 2022 à mars 2024 menée au Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna, incluant les nourrissons de moins de 12 mois hospitalisés pour un premier épisode de bronchiolite aiguë. Deux groupes ont été comparés, un groupe avec nébulisation et un groupe sans nébulisation.

Résultats : Sur les 482 enfants recensés, 296 enfants étaient inclus dont 147 dans le groupe avec nébulisation et 149 dans le groupe sans nébulisation. Aucune différence significative n'a été trouvée concernant la survenue des complications, notamment la surinfection bactérienne OR [IC90%] = (1,14 [0,72-1,80] ; p= 0,56) ; l'épuisement respiratoire OR [IC90%] = (1,44 [0,73-2,85]; p= 0,28). La durée d'hospitalisation médiane des deux groupes ne présentait pas de différence significative (p=0,44). Leur taux de guérison était de 100%.

**Conclusion :** Le nouveau protocole de prise en charge de la bronchiolite du nourrisson excluant la nébulisation de sérum salé hypertonique 3% ne modifie ni leur évolution clinique, ni la survenue de complications ni leur durée d'hospitalisation, soutenant les recommandations récentes privilégiant une prise en charge sans nébulisation.

**Mots-clés** : Aérosolthérapie ; Bronchiolite ; Nourrisson.

## **PRONOSTIC A COURT TERME DE LA BRONCHIOLITE AIGUË AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ANALANKINININA TOAMASINA**

Rakotomalala RLH<sup>1</sup>, Tsifiregna R<sup>1</sup>,  
Andriamasimanjaka MM<sup>2</sup>, Rakotoarisoa H<sup>2</sup>,  
Andriatahiana T<sup>2</sup>.

1. Faculté de Médecine Toamasina

2. Faculté de Médecine Antananarivo

**Introduction** : La bronchiolite est l'une des principales causes d'hospitalisation des nourrissons entre 1 à 12 mois. L'objectif principal de cette étude était de déterminer le devenir à court terme des cas de bronchiolite aiguë hospitalisés.

**Méthodes** : Une étude de cohorte prospective du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 28 février 2024 a été menée dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina.

**Résultats** : Parmi 1256 enfants admis en hospitalisation, 238 cas de bronchiolite (18,8%) étaient inclus dans l'étude. Les principaux facteurs associés à une durée prolongée d'hospitalisation étaient l'âge compris entre 1 et 3 mois (RR = 5,79 [1,46-22,20] ; p = 0,01), le reflux gastro-œsophagien (RR = 4,33 [2,59-7,25] ; p = 0,000), les cardiopathies congénitales associées (RR = 2,63 [1,13-6,12] ; p = 0,025), la présence de signes de lutte (RR = 2,07 [1,02-4,20] ; p = 0,044) et la survenue de complications (RR = 2,11[1,14-3,92] ; p = 0,017).

Les principaux facteurs protecteurs identifiés étaient la nébulisation de salbutamol (RR = 0,30 [0,12-0,73] ; p=0,008), le sexe féminin (RR = 0,20 [0,14-0,30] ; p=0,000) et un deuxième épisode de bronchiolite (RR = 0,20 [0,15-0,26] ; p=0,00).

**Conclusion** : La présence d'une pathologie associée augmente la durée de séjour en cas de bronchiolite. La nébulisation de salbutamol et le fait que le nourrisson soit en 2<sup>ème</sup> épisode favorise une durée d'hospitalisation courte. L'asthme est suspecté dans cette situation.

**Mots-clés** : Bronchiolite aiguë ; Durée de séjour ; Hospitalisation ; Pronostic.

## **PRONOSTIC DES PRÉMATURÉS AVEC UNE DETRESSE RESPIRATOIRE EN REANIMATION NÉONATALE À MAYOTTE ET À MAHAJANGA**

Ramarijaona VI<sup>1</sup>, Andrinirina R<sup>2</sup>, Ranaivoson H<sup>2</sup>,  
Raveloharimino H<sup>1</sup>, Raherimananjara FFNF<sup>1</sup>,  
Couringa Y<sup>2</sup>, Velomahita P<sup>2</sup>, Razafilaza D<sup>1</sup>,  
Ratolojara JB<sup>1</sup>, Rasoanirina P<sup>1</sup>, Rakotomalala  
NAH<sup>1</sup>,  
Andrianjafinirina GC<sup>1</sup>, Abasse S<sup>2</sup>, Rabesandratana  
HN<sup>1</sup>

1. Unité de Néonatalogie – Centre Hospitalier Universitaire PZaGa Mahajanga

2. Unité de Néonatalogie – Centre Hospitalier de Mayotte

**Introduction** : Le syndrome de détresse respiratoire est la cause la plus fréquente de morbi-mortalité chez les prématurés. L'objectif de cette étude était de

décrire la prise en charge des nouveau-nés en détresse respiratoire dans deux centres hospitaliers, selon deux contextes différents.

**Méthodes** : Il s'agissait d'une étude longitudinale, prospective, centrique, concernant deux centres de néonatalogie, un de Mayotte et un de Madagascar, incluant les prématurés présentant une détresse respiratoire lors de l'admission en réanimation néonatale.

**Résultats** : L'étude concernait 60 patients soit 30 cas pour chaque centre. La corticothérapie anténatale était réalisée chez 29 patients (96,7%) à Mayotte et 24 (80%) à Mahajanga. Le terme médian était de 32,03±2,78 semaines d'aménorrhée. Le poids de naissance médian était de 1643±522g. La totalité des patients était mise sous ventilation non invasive avec une durée moyenne de 4 jours à Mahajanga et 11,9 jours à Mayotte. La ventilation invasive était effectuée chez 6 patients (10%) à Mayotte dont 5 (8,3%) ayant reçu l'instillation intratrachéale de surfactant. L'autonomie alimentaire était acquise en moyenne au 14<sup>ème</sup> jour. La durée médiane du séjour hospitalier était de 21,5±16jours. Le poids de sortie médian était de 2074±549g. Le taux de létalité était de 16,7% à Mahajanga et 6,7% à Mayotte. Ce taux était inversement proportionnel à l'âge gestationnel pour l'ensemble de la population. Le décès était lié à la présence d'entérocolite ulcéro-nécrosante (p=0,000).

**Conclusion** : La prématurité associée à une détresse respiratoire entraîne des soins lourds et prolongés en réanimation néonatale.

**Mots-clés** : Détresse respiratoire ; Létalité ; Prématurés.

## ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE LA LEPRE DE L'ENFANT VUE A L'USFR DE DERMATOLOGIE DE BEFELATANANA ANTANANARIVO

Sata M<sup>1</sup>, Rakotoarisaona L<sup>2</sup>, Ramily L<sup>3</sup>, Raharolahy O<sup>3</sup>, Ratovonjanahary VT<sup>3</sup>, Sendrasoa FA<sup>3</sup>, Ranaivo IM<sup>4</sup>, Ramarozatovo LS<sup>3</sup>, Rapelanoro Rabenja F<sup>3</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Morafeno Toamasina
2. Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely Antanananarivo
3. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana Antanananarivo
4. Centre Hospitalier Universitaire Place Kabary Antsiranana

**Introduction** : Le taux de lèpre chez l'enfant constitue un bon reflet du niveau d'endémicité d'un pays. L'objectif de ce travail était de rapporter les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la lèpre de l'enfant vus à l'USFR de Dermatologie de Befelatanana Antananarivo.

**Méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 11 ans allant de janvier 2012 à décembre 2023. Les enfants âgés de moins de 15 ans ayant présenté une lèpre posée par un sénior en dermatologie ont été inclus.

**Résultats** : Le nombre total des patients atteints de lèpre durant la période d'étude était de 299 dont 16 cas infantiles, soit une prévalence de 5,35%. L'âge moyen était de 13 ans +/- 3,73 avec une prédominance (75%) de la tranche d'âge de 11 à 15 ans. Plus de la moitié des enfants, soit 9 cas (56,25%) avaient une lèpre paucibacillaire.

**Conclusion :** La lèpre de l'enfant indique une transmission active et récente. De la rapidité du diagnostic dépend la guérison sans séquelle sous polyantibiothérapie prolongée.

**Mots-clés :** Enfant ; Epidémiologie ; Lèpre.

### **PREVALENCE DES BACTERIES MULTI RESISTANTES DANS LA CAVITE RECTALE DES ENFANTS HOSPITALISES AU CHUMET D'ANTANANARIVO**

Raherimananjara F<sup>1,2</sup>, Andrianjakasolo AP<sup>1,2</sup>,  
Rahajamanana VL<sup>1,2</sup>, Rasamindrakotroka A<sup>2,3</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna

2. Faculté de médecine, Université d'Antananarivo

3. Laboratoire de Formation et de Recherche en Biologie Médicale LBM Faravohitra

**Introduction :** La résistance des bactéries aux antibiotiques est un problème mondial évident par l'absence d'effet thérapeutique de ces derniers. L'objectif de cette étude était ainsi de déterminer la prévalence de portage de bactéries multirésistantes dans la population pédiatrique permettant d'actualiser la base de données.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive prospective monocentrique. La période d'étude était de 15 mois. Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de tous les patients remplissant les critères d'inclusion. Les cas positifs ont été déterminés par une culture d'écouvillonnage rectal.

**Résultats :** Les cas positifs étaient de 38% à l'entrée

avec un sex ratio de 0,67, et de 43% à la sortie avec 20% de prélèvements de sortie non faits. La tranche d'âge la plus concernée était entre 29 jours et 2 ans. Parmi eux, les plus touchés étaient les enfants vaccinés, les patients avec un bas niveau de vie socioéconomique (28%), ceux ayant eu recours aux antibiotiques (34%), les dénutris (50%), les hospitalisés en Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (43%) avec des diagnostics de pneumopathies et gastro-entérite aiguë. La majorité des patients étaient sortis guéris avec peu de tableaux cliniques secondaires (34%).

Les germes généralement en cause étaient les Entérobactéries productrices de Bêta-Lactamase à Spectre Étendu (45%) puis secondairement en milieu hospitalier les Entérobactéries Productrices de Carbapénémase (5%).

**Conclusion :** Le portage de bactéries multi-résistantes est majoritairement d'origine communautaire selon cette étude. La prévalence sur le portage de bactéries multi-résistantes digestive a augmenté au Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalàna.

**Mots-clés :** Bactéries multi-résistantes ; Infection ; Pédiatrie ; Portage

### **PRÉVALENCE DE LA PERTE PRÉMATURÉE DE MOLAIRES DE LAIT CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 10 ANS**

Ratsirarisoa T, Andriniana FA, Rajaonasy TT,  
Randrianarimanarivo HM

Sous-section d'Orthopédie Dento-Faciale, IOSTM,  
Université de Mahajanga

**Introduction :** La perte prématurée de dent de lait se définit comme une exfoliation survenant au moins 1 an avant son exfoliation normale ou plus de 12 mois avant la période normale d'éruption de la dent de remplacement. La carie dentaire constitue l'étiologie la plus courante de cette perte prématurée. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence de la perte prématurée de molaires de lait chez les enfants.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive transversale menée en 2024 dans la ville de Moramanga sur un échantillon de 384 enfants âgés de 6 à 10 ans, scolarisés dans deux écoles publiques et deux écoles privées.

**Résultats :** La prévalence de la perte prématurée de molaires de lait était de 37%. Les premières molaires primaires étaient les dents les plus fréquemment perdues. La perte était principalement observée chez les garçons issus des écoles publiques. La perte prématurée de molaires de lait pouvait perturber les relations molaires dans le sagittal et les relations transversales des dents antérieures. La majorité des enfants présentaient une mastication unilatérale prédominante du côté opposé à l'édentement ainsi qu'une déglutition atypique de type 2.

**Conclusion :** La perte précoce de molaires de lait doit être prise en charge rapidement afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation de malocclusions préexistantes.

**Mots-clés :** Dent temporaire ; Molaire ; Perte dentaire ; Prévalence.

## ISSUE DES GRANDS PREMATURES VUS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE JOSEPH RASETA BEFELATANANANA

Bacar T<sup>1</sup>, Randrianantenaina JR<sup>1</sup>, Andrianadison Z<sup>1</sup>,  
Randrianaivo N<sup>1</sup>, Rabesandratana HN<sup>2</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Rasetta  
Befelatanana

2. Faculté de Médecine - Université de Mahajanga

**Introduction :** La grande prématurité est la naissance avant 32SA révolue. Les grands prématurés sont exposés à un risque élevé de décès, de complications voire de séquelles graves, en raison de l'immaturation des organes et d'un plateau technique de soins limité. Cette étude avait pour objectif de décrire l'issue et d'identifier les facteurs de décès de ces prématurés.

**Méthodes :** C'était une étude cas-témoin effectuée au CHUJRB incluant les prématurés de moins de 32SA hospitalisés, les complications à court terme étaient évaluées.

**Résultats :** Quatre-vingt-treize prématurés de moins de 32SA étaient inclus, soit une prévalence 5,90% avec un sex ratio de 1,58. Il n'y avait aucun suivi prénatal chez 15,05% des cas et 20,43% des grossesses étaient gémellaires. L'âge gestationnel moyen était de 29,32 SA+/-1,61. L'accouchement a eu lieu dans un CSB2 dans 41,94% des cas. Il y avait 33,3% des cas avec un poids de naissance de moins de 1000g. Ils étaient hypotrophes dans 17,20%. Le lait adapté pour les prématurés était utilisé par 53,76% des cas. Ils présentaient une détresse respiratoire (41,94%), une apnée (45,06%) et une hypothermie à l'entrée (39,78%). Une infection

nosocomiale était constatée chez 62,37% des grands prématurés. Le taux de mortalité était de 33,33%. La grossesse gémellaire avec OR=4,96 [IC95% (1,7-14,4) p=0,003], l'accouchement à domicile avec OR=5,71[IC95%(1,7-18,8) ; p=0,004], l'hypotrophie avec OR=3,21[IC 95% (1,06-9,7) ; p=0,03] et l'utilisation de lait adapté pour les prématurés avec OR=2,91 [IC95% (1,08-7,8) ; p=0,03] étaient les facteurs de risque de décès.

**Conclusion :** La grande prématurité reste à haut risque. La connaissance des facteurs de risque de décès permet d'optimiser la prise en charge.

**Mots-clés :** Décès ; Facteurs de risque ; Grande prématurité

## CHIRURGIE CARDIAQUE PEDIATRIQUE À CŒUR OUVERT AU CENHOSOA : PREMIÈRE ANNÉE D'ACTIVITE

Rasoambola MNA<sup>1,2</sup>, Ravaoavy HD<sup>1</sup>, Andrianirina ZZ<sup>1,2</sup>

*1 Centre Hospitalier de Soavinandriana*

*2 Faculté de Médecine – Université d'Antananarivo*

**Introduction :** L'incidence des pathologies cardiaques de l'enfant ne cesse de s'accroître et devient un problème de santé publique. Deux grandes familles dominent : les cardiopathies congénitales et les valvulopathies rhumatismales. L'opération à cœur ouvert a vu le jour au CENHOSOA en mai 2024 si les interventions à cœur

fermé étaient déjà de routine depuis 2016. L'objectif de l'étude était de décrire le profil épidémiologique des enfants opérés sous circulation extracorporelle (CEC) durant cette première année d'activité.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective sur une période de 12 mois (du 1<sup>er</sup> mai 2024 au 01<sup>er</sup> mai 2025) au CENHOSOA.

**Résultats :** Sur 38 enfants opérés, 12 ont été sous CEC. L'âge moyen était de 11,33ans ± 2,29 et la majorité (83,3%) était du genre masculin. La cardiopathie congénitale occupait 83% des cas dont 50% des communications interauriculaires (CIA), 42% des communications interventriculaires (CIV) et 8% des fuites mitrales. L'âge moyen de dépistage était de 7,1 ans ±3,2. Les signes révélateurs étaient : bronchites à répétition (41,6%), dyspnée d'effort (25%), dyspnée de repos (25%) et malaise (8,33%). Pendant l'intervention, le temps de CEC moyen était de 101 minutes et le temps de chirurgie moyen de 5 heures 30 minutes. Le séjour moyen en réanimation était de 5 jours ± 1,8 et le séjour moyen en hospitalisation de 4,6 jours ± 2,6. Soixante-quatre pourcent (64%) des enfants avaient des problèmes en réanimation tels que diarrhée et vomissements (16%), désaturation (16%), thrombus intra-cavitaire (8%), pneumothorax (16%), bloc de branche (8%). L'issue était favorable à 100%.

**Conclusion :** La prise en charge chirurgicale à cœur ouvert des cardiopathies de l'enfant est à son début dans notre centre. Elle est encore très limitée.

Des efforts soutenus seront nécessaires pour pérenniser les bonnes réalisations actuelles.

**Mots-clés :** Cardiopathies ; Circulation extracorporelle ; Congénital ; Pédiatrique.

**ASPECTS CLINIQUES,  
ECHOGRAPHIQUES ET INDICATIONS  
CHIRURGICALES DES  
CARDIOPATHIES DE L'ENFANT  
A FIANARANTSOA**

Zefo NH<sup>1</sup>, Ramamonjirinina TP<sup>2</sup>, Tiandraibe CAF<sup>1</sup>,  
Ranaivoson HMS<sup>2</sup>, Ravaoavy HD<sup>3</sup>, Rakotomahefa  
M<sup>4</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato Fianarantsoa
2. Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe Fianarantsoa
3. Centre Hospitalier Universitaire de Soavinandriana Antananarivo
4. Faculté de Médecine – Université de Fianarantsoa

**Introduction :** Les signes cliniques d'appel de la cardiopathie sont variables et l'échographie transthoracique est l'examen clé pour la confirmation diagnostique. Notre objectif était de décrire les aspects cliniques et échographiques des cardiopathies de l'enfant à Fianarantsoa.

**Méthodes :** C'était une étude transversale descriptive de la mission de la chaîne de l'espoir du 05 au 08 novembre 2025 à Fianarantsoa. Elle incluait tous les enfants âgés de moins de 15 ans, référés pour suspicion de cardiopathie.

Les données anamnestiques, cliniques et échographiques ont été recueillies.

**Résultats :** Quatre-vingt-quatre enfants (84) étaient inclus. La proportion des cardiopathies était de 19,1% (16 cas). L'âge moyen était de 5,93 ans avec un écart-type de 4,5 ans et le sex ratio était de 2,25. Les principaux motifs de référence étaient la dyspnée

(35,3%), la toux (35,3%) l'hypotrophie (12,9%) et la présence d'un souffle cardiaque (10,6%). L'évaluation clinique identifiait les principaux signes tels que polypnée (20,2%), souffle cardiaque (10,7%) et malnutrition (34,5%). Les résultats de l'échocardiographie montraient 16 cas de cardiopathie dont 81,2% (13 cas) de cardiopathies congénitales et 18,8% (3 cas) de cardiopathies acquises. Une prise en charge chirurgicale était proposée pour 25,0% (4 patients).

**Conclusion :** L'âge moyen de diagnostic était tardif, après 2 ans. Le tableau clinique était dominé par des signes respiratoires et des hypotrophies et la majorité des cas était des cardiopathies congénitales. La poursuite des formations des agents de santé serait nécessaire pour optimiser une prise en charge précoce.

**Mots-clés :** Cardiopathie ; Dépistage ; Enfant.

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES ET  
EVOLUTIFS DE LA TUBERCULOSE  
PULMONAIRE EN MILIEU  
HOSPITALIER  
A FIANARANTSOA**

Zefo NH<sup>1</sup>, Ramamonjirinina TP<sup>2</sup>, Tiandraibe CAF<sup>2</sup>,  
Jolson DX<sup>2</sup>, Rakotomahefa MN<sup>3</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe Fianarantsoa
2. Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato Fianarantsoa
3. Faculté de Médecine – Université de Fianarantsoa

**Introduction :** La tuberculose est une infection par un bacille appelé *Mycobacterium tuberculosis* qui se transmet par la gouttelette de Pflügge. Elle est responsable de mortalité et de morbidité élevées, surtout chez l'enfant. Cette étude avait pour objectif de décrire les aspects épidémio-cliniques et évolutifs de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant à Fianarantsoa.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée dans les services de pédiatrie des Centres Hospitaliers Universitaires de Fianarantsoa, incluant les cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqués durant la période étudiée allant de janvier 2019 à décembre 2023.

**Résultats :** Cent six patients étaient inclus dans cette étude donnant une prévalence de 3,92%. L'âge moyen des patients était de 58,3 mois  $\pm$  54,4 mois et le sex ratio de 1,6. Soixante-dix-huit virgule trente pour cent des enfants étaient malnutris et 88% ont reçu le vaccin antituberculeux. Le délai moyen d'évolutivité des symptômes était de 3,8 mois  $\pm$  0,95 mois. Les résultats d'examen bactériologique étaient positifs chez 31,1% des cas et 32% des enfants avaient une durée d'hospitalisation prolongée. Le délai de traitement tardif était corrélé à une durée d'hospitalisation prolongée ( $p=0,00$ ). Treize décès étaient recensés, donnant un taux de mortalité spécifique de 12,3%.

**Conclusion :** La prévalence de la tuberculose pulmonaire est importante et la mortalité est élevée. L'amélioration du taux de la couverture vaccinale et le renforcement de la capacité du personnel pour un diagnostic précoce sont nécessaires.

**Mots-clés :** Enfants ; Prévalence ; Tuberculose pulmonaire ; Vaccination.

## INTÉRÊT DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DU STRABISME DIVERGENT DE L'ENFANT : A PROPOS DE 1 CAS

Rakotoarisoa RTR<sup>1,3</sup>, Randrianarisoa HL<sup>1,3</sup>,  
Rafanomezantsoa R<sup>2,3</sup>, Raobela L<sup>1,3</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
2. Centre Hospitalier Universitaire Andohatapenaka
3. Faculté de Médecine - Université d'Antananarivo

**Introduction :** L'objectif de l'étude était de déterminer l'intérêt de la chirurgie du strabisme divergent de l'enfant.

**Observation :** Il s'agissait d'une fille de 4 ans présentant un strabisme divergent depuis l'âge de 1 an. Dans ses antécédents, il y a eu une notion d'hypertension artérielle durant la grossesse. Elle était née prématurément à 36 semaines d'aménorrhée, avec un poids à la naissance de 1700 grammes. Une notion de réanimation néonatale était notée. Aucune notion de strabisme dans la famille n'était observée. L'examen ophtalmologique montrait un strabisme divergent de grand angle avec absence de vision binoculaire. Une chirurgie de recul des deux droits latéraux ainsi qu'un recul du muscle oblique inférieur était réalisé. La suite post opératoire montrait une amélioration de la vision binoculaire et un alignement des yeux.

**Conclusion :** La prise en charge chirurgicale du strabisme divergent apporte un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant. La chirurgie améliore la vision binoculaire nécessaire à la lecture, l'écriture et l'apprentissage scolaire.

**Mots-clés :** Chirurgie ; Faible poids de naissance ; Prématurité ; Strabisme divergent ; Vision binoculaire.

## UN CAS DE SYNDROME DE RASSMUSSEN

Tiandraibe AF<sup>1,2</sup>, Zefo NH<sup>1,2</sup>, Ramamonjinirina  
TP<sup>1,2</sup>, Nomena RF<sup>1,2</sup>, Rakotomahefa M<sup>1,2</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato  
Fianarantsoa

2. Faculté de médecine - Université de Fianarantsoa

**Introduction :** L'encéphalite de Rasmussen est une étiologie rare d'épilepsie pédiatrique, souvent pharmaco-résistant, d'évolution progressive et dévastatrice. Un cas de syndrome de Rasmussen est rapporté.

**Observation :** Il s'agissait d'un nourrisson de genre féminin, âgée de 15 mois, admise pour crise convulsive hyperthermique complexe par son type myoclonique et partielle gauche. Elle n'avait pas d'antécédent périnatal particulier avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Des crises d'absence à répétition depuis l'âge de 4 mois étaient signalées et traitées par Dépakine®. Son développement psychomoteur était normal jusqu'à l'âge de 6 mois puis un déclin global du développement psychomoteur était constaté.

L'examen physique révélait une hyperthermie, un état de conscience normal et un déficit sensitivo-moteur droit associé à un syndrome pyramidal. La biologie était peu contributive. L'électroencéphalogramme était anormal avec un rythme de base désorganisé, des anomalies généralisées frontales bilatérales à type de pointes lentes et de ralentissement thêta diffus au repos et après activation. Le scanner cérébral sans injection objectivait une hémiatrophie de l'hémisphère cérébrale gauche avec dilatation marquée du ventricule latéral homolatéral, compatible avec un syndrome de Rasmussen. La poursuite de la Dépakine® associée à une corticothérapie et une rééducation fonctionnelle était préconisée.

**Conclusion :** Le diagnostic de syndrome de Rasmussen repose sur des faisceaux d'arguments cliniques, électroencéphalographique et radiologiques. Sa prise en charge reste multidisciplinaire.

**Mots-clés :** Épilepsie infantile ; Syndrome de Rasmussen ; Hémiatrophie cérébrale

## ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE DES URGENCES CHIRURGICALES CHEZ L'ENFANT DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE

Rajaonarivony MFV<sup>1</sup>, Andrianirina ZZ<sup>2</sup>, Mohsinaly  
G<sup>3</sup>, Rakotozafy T<sup>4</sup>, Andriamanarivo ML<sup>4</sup>

1. Service de Chirurgie Générale et Digestive. Centre  
Hospitalier de Soavinandriana

2. Service de Pédiatrie et de Néonatalogie. Centre Hospitalier de Soavinandriana

3. Service de Chirurgie Pédiatrique. CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona

4. Faculté de Médecine - Université d'Antananarivo

**Introduction** : Les urgences chirurgicales pédiatriques engagent le pronostic vital ou fonctionnel et nécessitent une évaluation diagnostique et un traitement chirurgical rapides. Dans les pays en voie de développement, leurs diagnostics sont souvent tardifs. L'objectif de l'étude était de décrire les aspects épidémio-cliniques et diagnostiques des urgences chirurgicales de l'enfant dans un service de Pédiatrie.

**Méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive dans le Service de Pédiatrie et néonatalogie du CENHOSOA pendant une période de 5 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2021.

La population étudiée était les enfants de 0 à 15 ans ayant présenté une urgence chirurgicale viscérale et urologique. Les variables étudiées étaient les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques.

**Résultats** : Cent soixante-deux cas urgents dont 144 urgences chirurgicales viscérales (88,89%) et 18 urgences chirurgicales urologiques (11,11%) étaient colligées. L'âge moyen était de 2,48 ans  $\pm$  1 avec un *sex ratio* de 2,8. Les nourrissons étaient concernés dans près de la moitié des cas (45%). Les principaux motifs de consultation étaient la tuméfaction inguinale douloureuse (40,7%) et la douleur abdominale (30,2%). Les étiologies des urgences viscérales étaient essentiellement les hernies

inguinales étranglées (45,8%), les appendicites simples (19,4%), les invaginations intestinales (9,7%). La torsion du cordon spermatique était la plus fréquente étiologie en urologie (88,9%). La mortalité était rare (3,09%).

**Conclusion** : Les pathologies courantes facilement diagnostiquées par l'examen clinique et les examens paracliniques habituelles constituent les plus fréquentes urgences chirurgicales pédiatriques.

**Mots-clés** : Diagnostic ; Épidémiologie ; Étiologies ; Urgences viscérales ; Urgences urologiques

## CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL À MAHAJANGA

Raveloharimino NH<sup>1,2</sup>, Soilihi H<sup>1</sup>,

Raherimananjara FFN<sup>1</sup>, Rabesandratana HN<sup>1,2</sup>

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

2. Faculté de Médecine- Université de Mahajanga

**Introduction** : L'allaitement maternel (AM) est essentiel et primordial pour la santé des mères et des enfants. Cependant, son taux de pratique reste faible dans de nombreuses régions. L'objectif était d'évaluer la connaissance, l'attitude et la pratique des mères sur l'allaitement maternel.

**Méthodes** : Une étude transversale descriptive était menée auprès de 849 mères se rendant dans des CSB II et du CME du CHU PZaGa de Mahajanga entre le 1<sup>er</sup> juillet 2024 au 30 septembre 2024 dont les

variables étudiées étaient le profil sociodémographique des parents et du dernier enfant ainsi que les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères sur l'allaitement maternel.

**Résultats :** Les mères interrogées avaient en moyenne 24 ans avec des extrêmes de 14 et 45 ans. Elles étaient primipares (n=381 ; 44,9%). La connaissance des mères sur l'allaitement maternel était moyenne dans 59,8% de cas. La pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) jusqu'à l'âge de 6 mois était faible (n=240 ; 28,3%). Les principaux obstacles à l'AME cités par les mères étaient la profession des mères (24,8%) et l'insuffisance de montée laiteuse (n=97 ; 24,4%). L'allaitement maternel immédiat (AMI) était pratiqué chez 50,9% des cas. La principale raison de non-pratique de l'AMI était la césarienne (n=170 ; 40,8%). Les mères ont donné le colostrum aux bébés (n=739 ; 87%). L'âge de sevrage de 2 ans à 6 ans des précédents enfants était de 58,3% (n=468). Les mères ont reçu une information sur l'AM pendant la grossesse (n=412 ; 48,6%) et leur principale source d'information était les sages-femmes (n=619 ; 72,9%).

**Conclusion :** Il faudrait intensifier les efforts de promotion sur l'AME à Mahajanga, en adoptant une approche globale qui prend en compte les spécificités culturelles et les difficultés rencontrées par les mères.

**Mots-clés :** Allaitement maternel ; Enfant ; Connaissance ; Attitude ; Pratique.

## FIÈVRE NÉONATALE À MAHAJANGA

Raveloharimino NH<sup>1,2</sup>, Rasolonjatovo NL<sup>1</sup>,  
Raherimananjara FFFN<sup>1</sup>, Rabesandratana HN<sup>1,2</sup>

1. Service de néonatalogie, Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga
2. Faculté de Médecine- Université de Mahajanga

**Introduction :** La prévalence et la prise en charge de la fièvre néonatale sont peu documentées à Mahajanga. Cette étude visait à décrire le profil épidémio-clinique des nouveau-nés fébriles au Complexe Mère Enfant de Mahajanga.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective menée sur une période de quatre ans, de janvier 2020 à décembre 2023 incluant tous les nouveau-nés présentant une fièvre à l'entrée.

**Résultats :** Sur 6904 admissions, 189 nouveau-nés ont présenté une fièvre néonatale (2,73%). L'âge moyen était de 6,53 jours +/- 6,61, avec une prédominance de garçons (59,02%), soit un *sex ratio* de 1,44. Il y avait 60,1% des mères qui ont présenté une infection urinaire et/ou génitale au cours de la grossesse. La température moyenne des nouveau-nés était de 38,57°C +/- 0,77. Les manifestations les plus fréquentes étaient neurologiques (n=88 ; 46,56%), cutanées (n=74 ; 39,15%) et respiratoires (n=62 ; 32,80%). Deux virgule dix-neuf pourcent de ces nouveau-nés ont bénéficié d'une ponction lombaire (n=4 ; 2,11%), d'un ECBU (n=6 ; 3,17%) et d'une hémoculture (n=6 ; 3,17%). Le taux de mortalité était de 13,22% (n=25). Le diagnostic principal était les infections bactériennes (n=171 ; 90,47%) et virales (n=4 ; 2,11%), ainsi que l'asphyxie périnatale (n=4 ; 2,11%) et la déshydratation liée à l'insuffisance d'apport laiteux (n=2 ; 1,06%).

**Conclusion :** La cause d'une fièvre néonatale est très variable allant d'une simple insuffisance d'apport alimentaire pouvant engendrer une déshydratation à une infection bactérienne sévère mettant en jeu le pronostic vital à court terme du nouveau-né. Il est nécessaire de renforcer les capacités diagnostiques et de standardiser la prise en charge de la fièvre néonatale. Des efforts sont également nécessaires pour améliorer l'accessibilité économique aux soins afin de réduire les disparités.

**Mots-clés :** Fièvre néonatale ; Infection bactérienne ; Ponction lombaire ; Hémoculture ; Nouveau-né.

## ASPECT ÉPIDÉMIO-CLINIQUE DE LA COQUELUCHE AU CHU MÈRE ENFANT TSARARALALANA

Ranaivoson N<sup>1,2</sup>, Ranaivoson AH<sup>1,2</sup>,  
Rakotomalala RLH<sup>1,2</sup>, Robinson AL<sup>1,2</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralalana, Antananarivo
2. Faculté de médecine – Université d'Antananarivo

**Introduction :** Depuis 2023, une résurgence des cas de coqueluche a été constatée partout dans le monde après la pandémie de Covid-19.

L'objectif de cette étude était de décrire l'aspect épidémio-clinique et évolutif de la coqueluche chez les enfants hospitalisés en pédiatrie.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective descriptive réalisée au CHUMET sur une période de 9 mois allant du mois de juin 2024 au mois de mars 2025 incluant les enfants hospitalisés pour infection

respiratoire aiguë avec un diagnostic de coqueluche à la clinique et une confirmation par PCR nasopharyngée. Les paramètres épidémio-cliniques, biologiques, radiologique étaient évalués.

**Résultats :** Dix-sept enfants étaient inclus, soit 6,1% des enfants admis pour difficulté respiratoire. L'âge médian était de 1[1-18] mois avec un sex ratio de 0,54. L'absence de vaccination était identifiée chez 11 enfants (68,75%) et 4 enfants (23%) n'avaient reçu qu'une dose de vaccin anticoquelucheux. Trois enfants étaient des anciens prématurés et un avec une cardiopathie. La toux cyanosante, la rhinorrhée et le refus de s'alimenter étaient présents respectivement dans 80%, 52% et 50% des cas. L'hyperlymphocytose était observée chez 11 enfants (64,7%). Tous les enfants avaient besoin d'une oxygénothérapie dont 75% sur lunette nasale. Une assistance respiratoire par pression expiratoire positive était nécessaire chez 25% des enfants. L'azithromycine était l'antibiotique le plus utilisé (88,2%). La durée moyenne d'hospitalisation était de  $18,5 \pm 8$  jours. Le taux de létalité était de 5,8%. Aucune corrélation entre l'âge de l'enfant et l'évolution de maladie n'a été identifiée ( $p=0,06$ ).

**Conclusion :** La vaccination est un élément essentiel de la prévention de la coqueluche. Une attention particulière doit être portée chez les petits nourrissons non encore éligibles à la vaccination dans le programme élargi de vaccination national.

**Mots clés :** *Bordetella parapertussis* ; *Bordetella pertussis* ; Coqueluche ; PCR Multiplex ; Vaccination

## ISSUE DES NOUVEAU-NÉS HOSPITALISÉS AU CENTRE HOSPITALIER MÈRE ENFANT TSARALALÀNA

Rasoanirina MCMR<sup>1,2</sup>, Nandrasamampihoby  
HEF<sup>1,2</sup>, Rakotomalala LH<sup>1,2</sup>, Robinson AL<sup>1,2</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant

Tsaralalàna

2. Faculté de Médecine – Université d’Antananarivo

**Introduction :** La mortalité et la morbidité néonatale demeurent une préoccupation de la santé publique. L’objectif de cette étude était de décrire l’aspect épidémiologique et l’issue des nouveau-nés hospitalisés.

**Méthode :** Il s’agissait d’une étude prospective descriptive réalisée au sein de l’unité de néonatalogie du CHU-Mère Enfant Tsaralalàna allant du 1<sup>er</sup> janvier 2025 au 31 mars 2025 incluant tous les nouveau-nés hospitalisés.

**Résultats :** Quarante-et-un cas sur 538 enfants admis ont été colligés (17%). Le sex ratio était de 1,2. L’accouchement à domicile représentait 34,8% des nouveau-nés, dont 28% effectués par des matrones. Les bébés étaient nés asphyxiés dans 43,6% et hypotrophes dans 35,38% des cas. Les motifs d’admission étaient dominés par l’absence de cri à la naissance (23%), le refus de téter (20%), l’hyperthermie (15%) et la détresse respiratoire (14%). Les pathologies fréquentes identifiées étaient l’infection néonatale bactérienne précoce (50,5%), l’asphyxie néonatale (24,2%) et la prématurité (6,5%). Parmi les nouveau-nés inclus, 51,6% étaient auto-référés. Le délai de consultation était de plus de 6 heures d’évolution chez 63% des cas.

La durée d’hospitalisation était de moins de 7 jours dans 82,2% des cas. Le taux de létalité était de 20%.

**Conclusion :** La consultation précoce des nouveau-nés malades améliore la survie et l’accès aux soins adéquats réduit le taux de mortalité néonatale.

**Mots-clés :** Asphyxie ; Infection ; Nouveau-nés ; Prématurité.

## DUPLICITÉ URÉTÉRALE BILATÉRALE ET ABOUCHEMENT ECTOPIQUE : UN CAS

Randrianandrasana C<sup>1</sup>, Ranaivoson AF<sup>1</sup>, Andrianah  
EPG<sup>1</sup>, Randrianalison ML<sup>1</sup>, Rajaonarison Ny Ony  
LHN<sup>1</sup>, Ranoharison HD<sup>3</sup>, Ahmad A<sup>1</sup>

1. Centre d’Imagerie Médicale, CHUJRA, Antananarivo,  
Madagascar

2. Service de Radiologie, CHU Analakininina, Toamasina,  
Madagascar

3. Service de Radiologie, CHU Toliara, Madagascar

**Introduction :** La duplicité urétérale est une malformation congénitale complète ou partielle, définie par la présence de deux uretères drainant le même rein. L’abouchement ectopique est un abouchement de l’uretère dans un autre organe que la vessie. Elles sont fréquentes, rencontrées notamment chez les filles. L’objectif de ce travail était de décrire ses aspects à l’imagerie.

**Observation :** Il s’agissait d’une petite fille âgée de 12 ans. Elle souffrait d’incontinence urinaire depuis l’âge de trois ans. Elle urinait normalement mais

présentait une fuite continue entre les mictions. Aucun traitement n'a été réalisé. L'odeur gênante et l'irritation des cuisses ont poussé les parents à consulter. Il n'y avait pas de fièvre.

Le bilan biologique était normal. L'échographie montrait une dilatation des cavités urinaires du rein gauche (urétéro-hydronephrose) de grade IV.

L'uroscanner confirmait une duplicité complète des uretères des deux côtés. L'uretère supérieur gauche était dilaté et se terminait dans le vagin, ce qui expliquait la fuite d'urine. Les autres uretères s'abouchaient normalement dans la vessie. La patiente attend une intervention chirurgicale.

**Conclusion** : La duplicité urétérale avec abouchement ectopique est une malformation fréquente chez les filles. Elle peut entraîner une incontinence persistante. Cette situation peut être confondue avec des troubles du comportement. L'échographie et l'uroscanner sont essentiels pour poser le diagnostic. Ils permettent d'identifier la malformation et de guider le traitement. La chirurgie est souvent nécessaire pour corriger l'anomalie.

**Mots-clés** : Duplicité urétérale ; Echographie ; Ectopie ; Uroscanner.

## SYNDROME D'OHTAHARA SUR ENCEPHALOPATHIE ANOXO- ISCHEMIQUE : A PROPOS D'UN CAS

Rajaonarison LA<sup>1</sup>, Tsifiregna RL<sup>2</sup>,  
Rakotomalala VH<sup>1</sup>, Rasaholiarison NF<sup>3</sup>,  
Randrianantoandro NR<sup>2</sup>,  
Andrianah EPG<sup>4</sup>, Injakanasy I<sup>1</sup>, Rakotoarijaona T<sup>1</sup>,  
Tehindrazanarivelo AD<sup>1</sup>

1. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana Antananarivo
2. Centre Hospitalier Universitaire Soavinandriana Antananarivo
3. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Andrainjato Fianarantsoa
4. Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Andrianavalona Antananarivo

**Introduction** : Le syndrome d'Ohtahara fait partie de l'entité des encéphalopathies épileptiques et développementales infantile précoce. Cette étude rapporte un cas sur une encéphalopathie anoxo-ischémique.

**Observation** : Il s'agit d'un nourrisson de 05 mois vu en consultation externe devant des crises focales à répétition sur hypotonie généralisée persistant sous valproate de sodium à 30mg/kg/j depuis l'âge de J14 de vie. On note une asphyxie néonatale avec une réanimation de 20 minutes à la naissance. Elle a été traitée pour une méningo-encéphalite sur infection néonatale tardive à l'âge de J2 de vie. L'examen neurologique mettait en évidence la répétition d'une hypertonie axiale et de l'hémicorps droit avec latéro-déviations du corps et de la tête ipsilatérale. Il n'y avait pas de dysmorphie crânio-faciale.

La tomodensitométrie cérébrale a montré une accentuation de l'hypodensité de la substance blanche diffuse plus marquée en fronto-pariétale avec un effacement des sillons et un amincissement cortical diffus avec des prises de contraste hétérogène. L'électroencéphalographie (EEG) a mis en évidence un microvoltage diffus avec des activités épileptiques paroxystiques. Nous avons ajouté une dose progressive de lamotrigine à notre patiente avec un suivi multidisciplinaire. A quatre mois du traitement, il y a eu une réduction du nombre des crises épileptiques avec un gain de poids de l'enfant.

**Conclusion :** Une crise focale pharmaco-résistante avec un début de crise en période néonatale devrait faire réaliser une imagerie cérébrale en urgence associée à un EEG. La prise en charge thérapeutique est difficile et reste toujours multidisciplinaire.

**Mots-clés :** Encéphalopathie anoxique-ischémique ;  
Enfant ; Epilepsie