samen
Société algérienne de médecine néonatale

6ème Congrès National

Société Algérienne de Médecine Néonatale

Urgences **hématologiques** du nouveau-né &
Infections congénitales à **CMV** et à **toxoplasma gondii**

19 & 20 Novembre 2026
Hôtel Mercure Aéroport
الجزائر

Programme





En hommage au
Pr MS.Mazouni

samen
Société algérienne de médecine néonatale



MOT DE LA PRÉSIDENTE

Pr. M. Haridi
Présidente de la SAMEN

Les membres du bureau de la **Société algérienne de médecine néonatale (SAMEN)** et **moi-même**, avons le plaisir et l'honneur de vous adresser ce message à l'occasion de la tenue du **6ème Congrès national de la SAMEN** durant lequel nous aurons le privilège de nous rencontrer, de partager nos expériences, nos connaissances dans le cadre de ce que je considère comme une spécialité à part entière « La Médecine néonatale ».

Ce Congrès va avoir une dimension particulière puisqu'il sera une occasion pour rendre hommage à notre maitre le **Professeur Mazouni** qui a été le fondateur et le bâtisseur de la néonatologie en Algérie. Rendre hommage au Pr. Mazouni, dans le cadre d'un congrès de la SAMEN, était un devoir pour nous car on honore sa mémoire, son histoire, ses valeurs morales et professionnelles, ses compétences, sa rigueur scientifique exceptionnelle et son dévouement pour le nouveau-né.

Sur le plan scientifique, le programme de ce Congrès comportera deux tables rondes portant sur deux thématiques particulièrement importantes à savoir : « les urgences hématologiques du nouveau-né et les infections congénitales à cyto mégalo virus (CMV) et à toxoplasma Gondii. On pourra ainsi aborder les avancées diagnostiques et thérapeutiques, les difficultés de prise en charge et les stratégies permettant d'améliorer le pronostic vital, fonctionnel et sensoriel pouvant être mis en jeu chez ces enfants.

Des **symposium**, des **conférences**, des **ateliers pratiques**, des **communications orales** et **affichées** portant sur les pathologies du nouveau-né compléteront le programme et contribueront à la formation continue qui est un des objectifs de la SAMEN. Nous terminerons notre congrès par une **séance de simulation** consacrée à la réanimation du nouveau-né qui est devenu incontournable à chaque manifestation scientifique de la SAMEN car elle permet l'apprentissage du travail en équipe et représente un outil pédagogique essentiel pour renforcer nos compétences et assurer la qualité et la sécurité des soins.

Je tiens à remercier vivement les membres du bureau de la SAMEN, les conférenciers, tous les communicants, les modérateurs et tous ceux qui ont contribué à la préparation de ce congrès. Mes remerciements s'adressent également à tous nos partenaires pour leur soutien et leur contribution à la réalisation de cet événement.

Nous espérons avec les membres du bureau, vous retrouver avec plaisir, bientôt à ce rendez vous scientifique.

Pr. M. Haridi
Présidente de la SAMEN

samen
Société algérienne de médecine néonatale

LES COMITÉS D'ÉVALUATION DES POSTERS

P1 au P36

- Pr H. Boumaraf
- Pr S.A. Chalah
- Dr N.Messous

P37 au P71

- Pr H. Arfi
- Pr O. Benrabah
- Pr A. Reguieg

LES MEMBRES DU BUREAU DE LA SAMEN

Pésidente

- Pr HARIDI Messaouda

Vice-présidents

- Pr SADAOUI Fetta
- Pr BENBOUABDELLAH Malika
- Pr CHALAH Sid Ahmed
- Pr BOUMARAF Habiba

Secrétaire général

- Pr SMAHI Mohamed Chams Eddine

1ère Secrétaire adjointe

- Pr BENRABAH Ouahiba

2ème Secrétaire adjointe

- Dr SAARI Faiza Amel

Trésorier

- Pr BOUTAGHENE Noureddine

Trésorier adjointe

- Dr MESSOUS Nora

Membres

- Pr ARFI Hanifa
- Pr BOUREGHDA Rafik

samen
Société algérienne de médecine néonatale

6ème Congrès National

samen
Société algérienne de médecine néonatale

Jeudi 19 Novembre 2026
Hôtel Mercure Aéroport - Alger

08h00 – 08h45 **Accueil des participants**

SESSION 1

Salle 1 – Plénière

Session des communications orale

Modérateurs : *L. Oukrif, R. Mecifi, S. Mecheri*

08h45 – 08h55 Conception et évaluation d'une formation aux compétences non-techniques en néonatologie. *SA. Benmansour, Ch. Elmezouar, Ch. Boghari, MC. Smahi*

08h55 – 09h05 Naître trop tôt à Sidi Bel Abbès : état des lieux et perspectives (EHS Mère-Enfant, 2022–2024). *D. Bouabida et al.*

09h05 – 09h15 Coqueluche néonatale : épidémiologie, facteurs de risque et fenêtre d'immunité avant la primo vaccination. *M. Haridi*

09h15 – 09h25 Devenir des prématurés au CHU d'Oran : profil épidémiologique, clinique et facteurs de mortalité. *A. Reguieg, Z. Belakhdar, R. Mecifi*

09h25 – 09h35 VRS : Mises à jour virologique. *S. Belkalem, F. Derrar*

09h35 – 09h45 Discussion.

Sessions parallèles : Ateliers

08h45 – 09h45	**Salle 2 Atelier 1**	**Alimentation entérale du prématuré.**	*S. Bicha, H. Boumaraf*
08h45 – 09h45	**Salle 3 Atelier 2**	**Doppler cérébral :** quel apport dans les pathologies néonatales ?	*N. Boutaghene, F. Bouakaz*
08h45 – 09h45	**Salle 4 Atelier 3**	**La néonatologie au quotidien :** un cas, un enseignement.	*Y. Sadi, F. Sadaoui*

Salle 1 – Plénière

09h45 – 10h05 **Symposium** sanofi
Particularités du VRS en néonatologie. *O. Benrabah*

Modérateurs : *A. Laraba, A. Bensenouci, S. Laalaoui*

10H05 – 10H20 **Cérémonie d'ouverture** *M. Haridi*
Hommage au Pr M. Mazouni par *Pr A.Bensenouci* et *Pr A.Chergui*

10h20 – 10h50 **Pause-café et Visite des posters (N°1 au N°36)**

SESSION 2

Modérateurs : *M. Achir, M. Benbouabdellah, A. Maoudj*

Salle 1 – Plénière

Table ronde : Les urgences hématologiques en Néonatologie

Coordinateurs : *MC. Smahi, O. Benrabah, H. Arfi, A.F. Saari*

10h50 10h56	**Introduction.**	*MC. Smahi*
10h56 11h09	**Anémie du nouveau-né à la naissance :** Comprendre le mécanisme pour ne pas manquer l'urgence.	*R. Haoulani, A.F. Saari*
11h09 11h22	**Thrombopénie néonatale d'origine immunologique :** Démarche diagnostique et prise en charge.	*D. Ouamri, F. Sadaoui*
11h22 11h35	**Hémorragie par déficit en vitamine K.**	*Ch. Boghari, A. Reguieg, N. Ghamnia*
11h35 11h50	**Transfusions de produits sanguins labiles (PSL) :** De la preuve Scientifique à la décision thérapeutique.	*K. Zegrar, W. Nait Saidi*
11h50 12h00	**Messages clès et perspectives.**	*O. Benrabah*
12h00 12h20	**Discussion.**	

12h20 – 13h00 **Symposium : Synagis bilan d'expertise et perspectives d'évolution dans la prise en charge des nouveau-nés éligibles à la prévention du VRS.** AstraZeneca — *SA. Chalah*



13h00 – 14h00 **Pause-Déjeuner**

SESSION 3

Modérateurs : *S. Laribi, A. Chergui, Y. Sadi*

Salle 1 – Plénière

14h00 – 14h20 **Symposium : SMA : Révolution thérapeutique et enjeux du diagnostic précoce.** NOVARTIS — *A. Mekki*

14h20 – 14h50 **Conférence :** Mise en condition médicale du grand prématuré avant le transfert "Quelques réflexes utiles pour optimiser la prise en charge en attendant le SMUR néonatal." — *M. Rouabah*

SESSION 4

Salle 1 – Plénière

Session des communications orale

Modérateurs : ***L. Cheriet, S. El Hallak, N. Boutaghene***

14h50 – 15h00 **Maladies héréditaires du métabolisme chez le nouveau-né : savoir évoquer, reconnaître et agir en urgence.** *B. Sadaoui, O. Benrabah, N. Boutaghane, N. Djabali, A. Zedek, A. Mekki*

15h00 – 15h10 **Séquence Pierre Robin et prise en charge orthophonique précoce : Stratégies et outil cliniques.** *S. Bouakkaze*

15h10 – 15h20 **La prématurité sur 5 ans au service de néonatologie du CHU Mustapha : Tendances, défis et perspectives.** *F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, S. Abdessalem, L. Oukrif*

15h20 – 15h30 **Cathéters centraux insérés par voie périphérique (PICC) chez le nouveau-né : expérience du CHU Beni Messous, indications, devenir et complications.** *R. Haoulani, A. Saari, A. Ladjouze*

15h30 – 15h40 **L'oralité du nouveau-né prématuré : Prévenir, repérer et prendre en charge les troubles.** *Ch. Boghari, S.A. Benmansour, MC. Smahi*

15h40 – 15h50 **Discussion.**

15h50 – 16h20 **Symposium : Dès la naissance, changer la trajectoire de l'hémophilie : HVEN 7 en pratique.** Roche — O. Gacem

Sessions parallèles : Ateliers

15h00 – 16h00	**Salle 2 Atelier 4**	**Erreurs innées du métabolisme en Néonatologie :** de la réflexion clinique à l'orientation diagnostique.	*M. Benchekroun, D. Ouamri, F. Sadaoui*
15h00 – 16h00	**Salle 3 Atelier 5**	**Démarche diagnostique devant une anomalie de développement sexuel en néonatologie.**	*S. Bellouti, R. Dahmoune*
15h00 – 16h00	**Salle 4 Atelier 6**	**Dysmorphie néonatale :** une porte d'entrée vers les maladies rares.	*R. Bendaoudi, D. Bouabida*

SESSION 5

Salle 1 – Plénière

Session des communications orale

Modérateurs : *D. Bouabida, C. Boghari , F. Ladjani*

08h30 – 08h40 **Dépistage Précoce des Cardiopathies Congénitales Critiques (CCHD) chez le Nouveau-né.** *G. Akaba, W. Bourida*

08h40 – 08h50 **Morbi- mortalité des nouveau-nés outborn au CHU Douéra : état des lieux et devenir hospitalier.** *K. Kouchih, D. Ouamri, M. Benchekroune, H. Abassa, H. Oumsad, F. Sadaoui*

08h50 – 09h00 **Nouveau-né de mère basedowienne : de la stratification du risque à la prise en charge.** *R. Dahmoune, A. Maoudj*

09h00 – 09h10 **Évaluation clinique et prise en charge des nouveau-nés à risque de syndrome de sevrage : expérience du service de néonatalogie Hussein Dey.** *S. Bellouti, A. Benidiri, S. kaddour, A. Maoudj*

09h10 – 09h20 **Approche diagnostique des tumeurs congénitales et grossesse.** *R. Mecifi*

09h20 – 09h30 **Discussion.**

SESSION 6

Modérateurs : *A. Tayebi, M. Rouabah, K. Boudhar*

Salle 1 – Plénière

09h30 – 10h00 **Symposium : Vaccination maternelle :** Quel impact sur la morbidité maternelle. Pfizer *A. Dammene Debbih*

Table ronde : Infection congénitale à CMV

Coordinateurs : *F. Sadaoui, SA. Chellah, R. Boureghda*

10h00 – 10h05 **Infection à congénitale à CMV (cCMV) :** un défi pour la médecine périnatale. *F. Sadaoui*

10h05 – 10h15 **Grossesse et risque fœtal :** facteurs de risque, évaluation et stratégies prévention. *A. Nechachda*

10h15 – 10h25 **Diagnostic précoce de l'infection cCMV :** quand suspecter, comment confirmer ? *SA. Chalah, A. Djaffer Khodja*

10h25 – 10h35 **Prise en charge thérapeutique de l'infection cCMV en 2026.** *R. Boureghda*

10h35 10h45	**Séquelles audives et neurodéveloppementales :** dépistage précoce et suivi.	*Y. Sadi*
10h45 10h52	**Messages clés et perspec ves en Algérie.**	*F. Sadaoui*
10h52 11h00	**Discussion.**	

Table ronde : Infection congénitale à Toxoplasma Gondii

Coordinateurs : *M. Benbouabdellah, H. Boumaraf*

11h00 11h05	**Introduction.**	*M. Benbouabdellah*
11h05 11h11	**Physiopathologie.**	*R. Bensmira*
11h11 11h15	**Épidémiologie et prévention.**	*B. Abdelhak*
11h15 11h25	**Diagnostic prénatal et postnatal.**	*N. Makhoufi*
11h25 11h35	**Prise en charge thérapeutique.**	*H. Boumaraf*
11h35 11h42	**Suivi à long terme et pronostic.**	*F. Azi*
11h42 11h50	**Expérience clinique / cas pratique.**	*B. Sadaoui*
11h50 11h55	**Conclusion et recommandations.**	*M. Benbouabdellah, H. Boumaraf, B. Sadaoui*
11h55 12h00	**Discussion.**	

Ateliers et gestes pratiques

12h00 13h00	**Salle 2** **Atelier 7**	Pas à pas, traitement d'une déshydratation hypernatrémique chez le nouveau-né.	*K. Boudhar*
12h00 13h00	**Salle 3** **Atelier 8**	Voie veineuse centrale à insertion périphérique.	*A.F. Saari, R. Haoulani*
12h00 13h00	**Salle 4** **Atelier 9**	Hyperammoniémie néonatale, du diagnostic d'urgence aux premières mesures thérapeutiques.	*F. Benmati*



13h00 – 14h00 **Pause-café et Visite des posters (N°37 au N°72)**

14h00 15h30	**Séance de simulation en réanimation du nouveau-né en salle de naissance.**	*SA. Chalah, N. Messous, R. Sadouni, R. Boureghda*

Clôture du **6ème Congrès National de la Société Algérienne de Médecine Néonatale**

E-POSTERS
Communications affichées

P1 Hématome sous galéal chez le nouveau-né : à propos de 9 cas

N. Ghamnia, F. Djeghali, N. Makhloufi, B. Brikci, F. Saadellah, S. Ait mouloud, A. Dahmani, B. Abbes, L. Cheriet
EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

P2 Facteurs prédictifs d'échec de la CPAP dans la détresse respiratoire immédiate du nouveau-né à terme - Étude rétrospective analytique, n = 50 nouveau-nés, octobre 2025 à février 2026, Sidi Bel-Abbès

Guourari I., Kiari R., Bendaoudi R., Tsaki F., Kadoune F., Moulkhalwa A., Litimen S., Yousfi A., Larabi Z., Delaoui A., Al Horri A., Lahak F., Meksi A., Sebti A., Dekkar A., Argoube F., Yehya A., Bouabida D.
Service de pédiatrie (néonatalogie & soins intensifs), EHS Mère-Enfant Sidi Bel-Abbès, Algérie ; Faculté de médecine de Sidi Bel-Abbes

P3 Convulsions néonatales : diagnostic, étiologies et évolution

S. Mecheri ; F. Benmati ; K. Boudhar
Service de néonatologie et de réanimation néonatale - HMEA

P4 Souffrance fœtale et asphyxie périnatale : quels enjeux pour le pronostic néonatal ?

S. Mecheri ; F. Benmati ; K. Boudhar
Service de néonatologie et de réanimation néonatale - HMEA

P5 Étude des facteurs de risque de la mortalité tardive chez le prématuré « résultats d'enquête sur une année » au niveau de service de néonatalogie du CHU Constantine

S Hadjit, R Bensmira, R Bourgheda, N Zerrouki, H Boumaraf
Service de néonatalogie du CHU Constantine

P6 Étude des facteurs de risque de l'entérocolite ulcéro-nécrosante chez le prématuré au niveau du service de néonatalogie CHU Constantine

S Hadjit, R Bensmira, R Bourgheda, N Zerrouki, H Boumaraf
Service de néonatalogie du CHU Constantine

P7 Les pathologies gravidiques et la prématurité « résultats d'enquête sur une année » au niveau de service de néonatalogie du CHU Constantine

S Hadjit, R Bensmira, R Bourgheda, N Zerrouki, H Boumaraf
Service de néonatalogie du CHU Constantine

P8 Nouveau-né de mère diabétique : expérience et réalités, 54 cas en 4 mois de terrain Série rétrospective, N = 54 nouveau-nés, septembre à décembre 2025, EHS Mère-Enfant, Sidi Bel-Abbès

Dinar, Guourari I., Kiari R., Bendaoudi R., Tsaki F., Kadoune F., Moulkhalwa A., Litimen S., Yousfi A., Larabi Z., Delaoui A., Al Horri A., Lahak F., Meksi A., Sebti A., Dekkar A., Argoube F., Yehya A., Bouabida D.
Service de pédiatrie (néonatalogie & soins intensifs), EHS Mère-Enfant Sidi Bel-Abbès, Algérie ; Faculté de médecine de Sidi Bel-Abbes

P9 Reconnaître le syndrome de Noonan dès la naissance : à propos d'un cas néonatal

H. Guellouh [1 2], N. Bouhentala [1], M. Boulounis [1], H. Khentouche [1], H. Yezza [1], A. Beddiaf [1], Z. Sabour [1], S. Boumechaal [1], C. Goumri [3], S. Smair[1], S. Boubguira [1 2], M. Khelifa [1 2], S. Boumaaraf [1], M. Haffad [1], I. Ouazani [1], S. Oulmi [1], F. Bendaoud [1]
[1] *Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna ;*
[2] *Faculté de médecine, Université Batna 2 ;*
[3] *Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna*

10 Syndrome de Bosma arhinia-microphthalmia (BAMS) : arhinie congénitale révélatrice avec implication endocrinienne - à propos d'un cas

H. Guellouh [1 2], H. Khentouche [1], N. Bouhentala [1], M. Boulounis [1], H. Yezza [1], A. Beddiaf [1], S. Smair [1], Z. Sabour [1], S. Boumechaal [1], C. Goumri [3], S. Boubguira [1 2], M. Khelifa [1 2], S. Boumaaraf [1], M. Haffad [1], S. Oulmi[1], I. Ouazani [1], F. Bendaoud [1 2]
[1] *Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna ;*
[2] *Faculté de médecine, Université Batna 2 ;*
[3] *Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna*

11 Du déséquilibre glycémique à la détresse respiratoire : morbidité des nouveau-nés de mères diabétiques

H. Guellouh [1 2], M. Boulounis [1], N. Bouhentala [1], H. Khentouche [1], A. Beddiaf [1], H. Yezza [1], Z. Sabour [1], S. Boumechaal [1], H. Yezza [1], K. Zegrar [1], C. Goumri [3], S. Boubguira [1], M. Khelifa [1], M. Haffad [1], S. Smair [1], I. Ouazani [1], F. Bendaoud [1 2]
[1] *Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna ;*
[2] *Faculté de médecine, Université Batna 2 ;*
[3] *Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna*

12 Syndrome de Prune-Belly à révélation néonatale : une uropathie malformative sévère à l'origine d'une insuffisance rénale aiguë

H. Guellouh [1 2], Z. Sabour [1], H. Yezza [1], M. Boulounis [1], N. Bouhentala [1], H. Khentouche [1], A. Beddiaf [1], S. Boumechaal [1], C. Goumri [3], S. Smair [1], S. Boubguira [1 2], M. Khelifa [1 2], S. Boumaaraf [1], M. Haffad [1], I. Ouazani [1], S. Oulmi [1], F. Bendaoud [1 2]
[1] *Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna ;*
[2] *Faculté de médecine, Université Batna 2 ;*
[3] *Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna*

13 Une coloration en deux temps : le phénomène du bébé arlequin en période néonatale, à propos de deux observations

H. Guellouh [1 2], A. Beddiaf [1], N. Bouhentala [1], H. Yezza [1], M. Boulounis [1], N. Bouhentala [1], H. Khentouche [1], Z. Sabour [1], S. Boumechaal [1], C. Goumri [3], S. Smair [1], S. Boubguira [1 2], M. Khelifa [1 2], S. Boumaaraf [1], M. Haffad [1], I. Ouazani [1], S. Oulmi [1], F. Bendaoud [1 2]
[1] *Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna ;*
[2] *Faculté de médecine, Université Batna 2 ;*
[3] *Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna*

P14 Apport de la Protéine C-Réactive et contribution de la Numération Formule Sanguine dans le diagnostic de l'Infection Néonatale Bactérienne Précoce : Expérience de l'EHS Nouar Fadéla d'Oran

N. Makhloufi ; F. Djeghali ; S. Ait Mouloud ; N. Ghamnia ; B. Brixi Sid ; F. Saadallah ; A. Dahmani ; B. Abbès ; M. Benbouabdellah ; L. Cheriet
EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

P15 Facteurs associés à l'introduction du lait artificiel au cours des 6 premiers mois de vie

N. Ghamnia, S. Aitmouloud, B. Abbes, F. Djeghali, N. Makhloufi, B. Brikci, F. Saadallah, , A. Dahmani, L. Cheriet
EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

P16 Sirénomélie : une régression caudale extrême A propos d'un cas

R. Dahmoune, S. Bellouti, F. Bouakaz, K. Zegrar, F. Azi, K. Ghiles, Boutaghane, O. Benrabah, A. Maoudj
Service de Néonatologie - CHU Nefissa Hamoud (Ex Parnet)

P17 Syndrome de Robinow : à propos d'un cas

S. Bellouti, R. Dahmoune, F. Bouakaz, K. Zegrar, F. Azi, K. Ghiles, K. Otmani, N. Slimani, M. Mechai, L. Kouidri, N. Boutaghane, O. Benrabah, A. Maoudj
Service de Néonatologie - CHU Nefissa Hamoud (Ex Parnet)

P18 Saturnisme néonatal : une intoxication rare aux présentations neurologiques variées (à propos de 02 cas)

R. Haoulani, A. Saari, A. Ladjouze
Service de pédiatrie A – Néonatologie, CHU Issad Hassani, Béni Messous, Alger, Algérie

P19 Kystes ovariens géants du nouveau-né : le pari du traitement conservateur à propos de 02 cas

R. Haoulani, N. Bouterfas , A. Saari, R. Rezzak, A. Ladjouze
Service de pédiatrie A – Néonatologie, CHU Issad Hassani, Béni Messous, Alger, Algérie

P20 SEIPA néonatal : le piège diagnostique d'une ECUN présumée, à propos d'un cas

ZM. Bouchakour, R. Haoulani, F. Sari, S. Bouguerra, A. Ladjouze
Service de pédiatrie A, CHU Béni Messous, Algérie

P21 Cardiopathies congénitales critiques silencieuses chez le nouveau-né : une menace cachée

Ghania Akaba, Wahib Bourida
Department of Pediatric Cardiac Surgery, Pediatric Cardiology and of Pediatric Cardiac Surgery Specialized Hospital -Algiers

P22 Rôle de l'Échocardiographie chez les Nouveau-nés Présentant des Signes Discrets de Cardiopathie Congénitale

Ghania Akaba, Wahib Bourida
Department of Pediatric Cardiac Surgery, Pediatric Cardiology and of Pediatric Cardiac Surgery Specialized Hospital

P23 Ictère hémolytique du nouveau-né : étude descriptive de 82 cas au service de néonatologie de l'EHS Nouar Fadéla, Oran

F Djeghali ; N Makloufi ; N Gharnnia ; S Ait Mouloud ; B Brikci ; F Saadullah ; B Abbès ; A Dahrnani ; M Benhouabdellah ; L Cheriet
EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

P24 L'atrésie pulmonaire à septum ouvert (APSO) : à propos d'un cas

S. Ait Mouloud ; N. Makhloufi ; F. Djeghali ; N. Ghamnia ; B. Brikci Sid ; F. Saadallah ; B. Abbès ; A. Dahmani ; M. Benbouabdellah ; L. Cheriet
EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

P25 Syndrome de Joubert : Présentations néonatales différentes et diagnostic précoce. A propos

CN. Benazzouz, N. Hiddouche, N. Khelafi
Service hospitalo-universitaire , EPH thenia

P26 Méningite néonatale à pneumocoque : Une infection invasive inhabituelle, mais redoutable en période néonatale. A propos de deux cas

CN. Benazzouz, N. Zaiter, N. Khelafi
Service Hospitalo-universitaire de Pédiatrie, EPH Thenia

P27 Listériose néonatale : infection rare mais grave, à ne pas oublier. A propos de 3 cas

CN. Benazzouz, N. Zaiter, N. Khelafi
Service Hospitalo-universitaire de Pédiatrie, EPH Thenia

P28 Syndrome d'abstinence néonatale : profil clinique et devenir hospitalier. À Propos d'une série de 19 cas

K. Kouchih, D. Ouamri, M. Benchekroune, H. Abassa, H. Oumsad, F. Sadaoui
Service de néonatologie, CHU Douéra, Alger

P29 Déterminants socio-médicaux de l'accouchement prématuré à Oran

A. Reguieg, Z. Belakhdar, R. Mecifi
Service de néonatologie, CHU Oran

P30 Polymorphisme clinique de la thrombose veineuse hépatique en période néonatale : à propos de 3 observations

Youssef SADI, Nafisa Mahieddine, Asma BOUKELA, Ouissem DJELLOULI, Mohamed Amine YAHIA ZOUBIR, Souad Nabila TOURI
Unité de néonatologie, Service de pédiatrie, Clinique Hassiba Ben Bouali, CHU de Blida, Algérie

P31 Lupus néonatal et diversité des manifestations cliniques : à propos de quatre cas

Youssef SADI, Nafisa Mahieddine, Asma BOUKELA, Ouissem DJELLOULI, Mohamed Amine YAHIA ZOUBIR, Souad Nabila TOURI
Unité de néonatologie, Service de pédiatrie, Clinique Hassiba Ben Bouali, CHU de Blida, Algérie

P32 Blueberry Muffin Baby syndrome en période néonatale : deux présentations cliniques, deux étiologies distinctes

Youssef SADI, Nafisa Mahieddine, Asma BOUKELA, Ouissem DJELLOULI, Mohamed Amine YAHIA ZOUBIR, Souad Nabila TOURI
Unité de néonatologie, Service de pédiatrie, Clinique Hassiba Ben Bouali, CHU de Blida, Algérie

P33 Ankyloblépharon filiforme adnatum et adhérence fibreuse intra-orale : Une association rare, non syndromique

Y. Mohammadi, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, L. Oukrif
Service de néonatologie du CHU Mustapha

P34 Syndrome de jeune : une forme rare d'osteochondrodysplasie

W. Zatout, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, L. Oukrif

P35 Syndrome d'Adams Oliver : une forme néonatale modérée

M.Z. Latreche, F. Gadouche, A. Djafer khodja, I. Betrouni, L. Oukrif
Service de néonatologie du CHU Mustapha

P36 Paralysie diaphragmatique néonatale secondaire à une malformation de Chiari II

F. Gadouche ; I. Betrouni ; A. Djafer khodja ; S. Abdessalem ; L. Oukrif
Service de néonatologie du CHU Mustapha

P37 Cébocéphalie avec hypotélorisme et narine unique

M.Z. Zouaid, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie du CHU Mustapha

P38 Neutropénie persistante après entérocolite ulcéro-nécrosante tardive compliquée chez un prématuré

F. Gadouche ; A. Djafer khodja ; I. Betrouni ; S. Abdessalem ; L. Oukrif
Service de néonatologie du CHU Mustapha

P39 Omphalurie et syndrome de Prune Bell : l'ombilic devient une voie d'excrétion urinaire

M.Z. Zouaid, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, L. Oukrif
Service de néonatologie du CHU Mustapha

P40 Hépatoblastome chez le nouveau-né : une évolution inhabituelle

I. Betrouni, F. Gadouche, A. Djafer khodja, S. Abd esslam, L. Oukrif
Service de néonatologie du CHU Mustapha

P41 CPAM type 1 : Malformation congénitale des voies aériennes pulmonaires de type 1 de la découverte anténatale à la chirurgie néonatale précoce

I. Betrouni, A. Djafer khodja, F. Gadouche, S. Abd esslam, L. Oukrif
Service de néonatologie du CHU Mustapha

P42 Encéphalocèle pariétale néonatale : un défi diagnostique, pronostique et thérapeutique

W. Nait Saidi, F. Gadouche, A. Djafer-Khoudja, I. Betrouni, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P43 Sillons de constriction et amputations congénitales : penser à la maladie des brides amniotiques

W. Nait Saidi, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P44 Un signal cutané, un défi cérébral : quand les nævus congénitaux masquent une mélanose neuro-cutanée

A. Djafer Khodja, I. Betrouni, S. Abdessalem, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P45 PKRAR néonatale : du diagnostic prénatal à la défaillance respiratoire létale

A. Djafer Khodja, I. Betrouni, S. Abdessalem, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P46 Échographie transfontanellaire assistée par intelligence artificielle

S. Abdessalem, A. Djafer Khodja, I. Betrouni, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P47 Le syndrome Triple X (47 XXX) dans sa forme discrète

M. Meguehout, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P48 Syndrome d'Apple-Peel chez un nouveau-né : à propos d'un cas

S. Abdessalem, A. Djafer Khodja, I. Betrouni, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P49 Une masse médiastinale trompeuse : duplication digestive thoracique simulant un kyste bronchogénique

S. Abdessalem, A. Djafer Khodja, I. Betrouni, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P50 Syndrome de Goldenhar associé à des malformations congénitales multiples : À propos d'un cas

S. Taousar, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafar khodja, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

P51 Déficit congénital en fibrinogène chez le nouveau-né à propos d'un cas

A. Fellahi, L. Sifour, S. Lounis, M. Nait Belkacem, N. Taib, O. Ibsaine
EPH Ain Taya Alger, Algérie

P52 Allo-anticorps anti-JKb : une cause rare d'hémolyse néonatale

Y. Khadri, F.A. Saari, R. Haoulani, Z. Nafai, A. Mohand-Oussaid, R. Rezak, N. Boukhedouma, A. Ladjouze
Service Pédiatrie A , CHU Beni Messous

P53 Dysplasie épithéliale intestinale révélée par une diarrhée néonatale réfractaire : défi diagnostique et thérapeutique

C. El Mezouar [1], S. Benyacoub [1], S. Marhoum [1], B. Taibi [1], F. Boussouar [1], SA. Benmansour [2]
[1] *Service de Pédiatrie, EHS Mère-Enfant Tlemcen, Faculté de Médecine, Université Aboubakr Belkaid*
[2] *Service de néonatologie, EHS Mère-Enfant Tlemcen, Faculté de Médecine & Laboratoire BIOMOLIM, Université Aboubakr Belkaid*

P54 Thrombopénie fœtale et néonatale allo-immune compliquée d'hémorragie intracrânienne (à-propos d'un cas)

F. Bouakaz, N. Boutaghane, R. Dahmoune, O. Benrabah, S. Bellouti, KH. Othmani, M. Mechal, N. Slimani, F. Azi, L. Kouidri, KH. Zegrar, A. Maoudj
Service de néonatologie, CHU Nefissa Hamoud

P55 L'ostéogenèse imparfaite : Se méfier des fractures obstétricales

BOUREGHDA Rafik, CHALAH Sid-Ahmed

P56 Thrombophilie héréditaire sévère due au déficit congénital en protéine C : À propos d'un cas

BOUREGHDA Rafik, CHALAH Sid-Ahmed

P57 Cardiopathies congénitales diagnostiquées en période néonatale : caractéristiques et évolution d'une série de 117 patients d'un registre local

BOUREGHDA Rafik, SAID-TOUMI Lyes, HADJIT Samra, BIOUD Belkacem

P58 Difficultés de prise en charge nutritionnelle postopératoire chez un nouveau-né présentant un syndrome d'Apple-Peel : à propos d'un cas

N. Messous, M. Abrous, D. Attou, R. Bedressi, M. Boudjemaa, A. Guendouz, H. Hassam, I. Khaled, M. Lachehab, H. Latoui, L. Ziane, N. Kaci
Unité de Néonatologie, Service de Gynéco-Obstétrique EPH DE KOUBA

P59 Hémophilie A sévère révélée en période néonatale par un hématome extensif compliqué de nécrose cutanée : à propos d'un cas

N. Messous, M. Abrous, D. Attou, R. Bedressi, M. Boudjemaa, A. Guendouz, H. Hassam, I. Khaled, M. Lachehab, H. Latoui, L. Ziane, N. Kaci
Unité de Néonatologie, Service de Gynéco-Obstétrique EPH DE KOUBA

P60 Convulsion néonatale révélatrice d'une malformation corticale majeure : hémimégalencéphalie droite associée à une polymicrogyrie : à propos d'un cas

K. Kouchih, D. Ouamri, M. Afkir, M. Benchekroune, H. Abassa, H. Oumsad, F. Sadaoui
Service de néonatologie, CHU Douéra, Alger

P61 Listériose néonatale invasive : quand l'évolution clinique réoriente le diagnostic

K. Kouchih, D.Ouamri, M. Kouider Mahmoud, M. Benchekroune, H. Abassa, H. Oumsad, F. Sadaoui
Service de néonatologie, CHU Douéra, Alger

P62 Du pneumothorax à la paralysie phrénique : un diagnostic secondaire inattendu

K. Kouchih, D. Ouamri, A. Touri, M. Benchekroune, H. Abassa, H. Oumsad, F. Sadaoui
Service de néonatologie, CHU Douéra, Alger

P63 Hydronéphrose anténatale : stratifier le risque pour adapter le suivi postnatal

N. Mehaba, A. Sari, W. Messadi, N. Yasri, A. Salmi, K. S. Bou'khil, L. Haddad, F. Z. Zemiri, O. Gacem
Service de pédiatrie B, CHU Béni Messous, Alger, Algérie

P64 Lupus néonatal : à propos d'un cas

N. Mehaba, W. Messadi, A. Sari, N. Yasri, A. Salmi, F. Z. Zemiri, O. Gacem
Service de pédiatrie B, CHU Béni Messous, Alger, Algérie

P65 . Infection Congénitale à CMV révélée par une Pancytopénie néonale isolée : à propos d'un

R. Rezak, L. Bechker, F. Guerrouche, A.F. Saari,F. Lamrani,R. Haoulani, D. Ghazel, A. Ladjouze
Service de pédiatrie A, CHU Ibrahim Hadjeres Beni Messous Alger
Université des sciences de la santé moudjahid Youcef El khatib Alger

P66 Les pièges en rythmologie néonatale : A propos de deux observations

L. Haddad, O. Gacem
Service de Pédiatrie "B" CHU Beni Messous

P67 Coarctation aortique critique du nouveau-né : place des prostaglandines et du traitement interventionnel à propos d'un cas

L. Haddad, A. Salmi, F/Z. Zemiri, O. Gacem
Service de Pédiatrie "B" CHU Beni Messous

P68 Atrésie colique néonatale : une cause rare d'occlusion intestinale chez le nouveau-né — à propos d'un cas

N. BRAHIM
Service de chirurgie pédiatrique
CHU Béni-Messous – Hôpital Issaad Hassani, Alger

P69 Duplication gastrique non communicante chez un nouveau-né : à propos d'un cas rare de révélation néonatale

N. BRAHIM, Pr ZENIA, Pr HANTALA
CHU Béni-Messous – Hôpital Issaad Hassani, Alger

P70 Le syndrome de sevrage néonatal aux opiacés : à propos d'un cas

M. Manaa, M. Zerragui
EHS mère-enfant Sidi Mabrouk, Constantine

P71 D'une grossesse tant espérée à un décès néonatal : à propos d'un cas

Ouamri. D, Kouchih. K, Benchekroun .M, Abassa. H, Oum Saad. H, Sadaoui. F.
Service de Pédiatrie « A » – Néonatologie, CHU Douéra

P72 Thrombose septique de la veine cave inférieure chez une nouveau-née

Cas clinique, Unité de néonatologie, EHS Mère-Enfant, Sidi Bel-Abbès

Khenata S., Bendaoudi R., Moulkhalwa A., Litimen S., Yousfi A., Larabi Z., Delaoui A., Argoub F., Lahak F., Meksi A., Dekkar A., Yehya A., Bouabida D
Service de pédiatrie (néonatalogie & soins intensifs), EHS Mère-Enfant Sidi Bel-Abbès, Algérie ; Faculté de médecine de Sidi Bel-Abbes

samen
Société algérienne de médecine néonatale

6ème Congrès National

Société Algérienne de Médecine Néonatale

Urgences **hématologiques** du nouveau-né &
Infections congénitales à **CMV** et à **toxoplasma gondii**

19 & 20 Novembre 2026
Hôtel Mercure Aéroport
الجزائر

Recueil des abstracts





En hommage au
Pr MS.Mazouni

Communications libres orales

CO1. Conception et évaluation d'une formation aux compétences non-techniques en néonatologie

SA Benmansour[1,2], Ch Elmezouar[2], Ch Boghari[1], MC Smahi[1,]

[1] *Service de néonatologie, EHS mère et enfant, Tlemcen*

[2] *Laboratoire de Biologie moléculaire appliquée et d'immunologie, W0414100, Université de Tlemcen, 13000 Tlemcen, Algérie.*

Introduction

En néonatologie, les compétences non-techniques sont tout aussi cruciales que les connaissances médicales et la maitrise des procédures. Leur implication substantielle dans la genèse des erreurs médicales impose de les enseigner aux personnels exerçant dans les services de néonatologie. La simulation est l'approche pédagogique la plus adaptée au contexte néonatal et à l'apprentissage des attitudes non techniques.

Objectif

L'objectif de ce travail était de concevoir, d'implémenter et d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme court de formation des compétences non techniques en néonatologie basé sur la simulation et destiné aux internes du service de néonatologie de l'EHS mère et enfant de Tlemcen.

Matériel et Méthodes

La conception du programme s'est appuyée sur la rédaction et la validation de trois scénarii de simulation répondant à des objectifs pédagogiques pré-établis et intégrant quatre compétences.

L'évaluation de la formation a été conduite par une méthode mixte de faisabilité utilisant un questionnaire de satisfaction. Les performances des apprenants ont été évaluées par l'outil NorMS-NTS au début et à la fin de la formation.

Résultats

Vingt-six étudiants ont participé à l'étude. Les scores de Likert pour l'enseignement de la simulation étaient « Bons » ou « Très bon » indiquant que les apprenants avaient apprécié la formation. Le sentiment de sécurité psychologique était présent chez l'ensemble des apprenants. Les données qualitatives ont souligné les différences perçues par les apprenants concernant les différents aspects de la simulation. La moyenne des scores de performance cumulés des quatre groupes était de 27 ± 2.1 au premier scénario et de 35.75 ± 2.8 au 3ème scénario (p=0.013).

Conclusion

Cette étude a apporté des preuves supplémentaires des avantages de la simulation en néonatologie surtout lorsque l'enseignement adhère à des principes rigoureux comme la pertinence des objectifs, un climat « *secure* » et des scénarii réalistes.

Mots clés : Simulation, Compétences non-techniques, Néonatologie.

CO2. Naître trop tôt à Sidi Bel Abbès : état des lieux et perspectives (EHS Mère-Enfant, 2022–2024)

D.Bouabida et *al*

Service de pédiatrie (néonatalogie & soins intensifs), EHS Mère-Enfant Sidi Bel-Abbès, Algérie ; Faculté de médecine de Sidi Bel-Abbes

Résumé non parvenu

CO3. Coqueluche néonatale : épidémiologie, facteurs de risque et fenêtre d'immunité avant la primo vaccination

M. Haridi

Centre Neuro-développement Baba Hassan Alger

Résumé non parvenu

CO4. Devenir des prématurés au CHU d'Oran : profil épidémiologique, clinique et facteurs de mortalité

A. Reguieg, Z. Belakhdar, R. Mecifi

Service de néonatologie, CHU Oran

Introduction

La prématurité a un impact significatif et une cause majeure de mortalité et de morbidité néonatales en Algérie. Notre étude vise à décrire les principales causes de la morbi-mortalité des prématurés hospitalisés au niveau du service de néonatologie du CHU d'Oran.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective porté sur les dossiers des nouveau-nés prématurés hospitalisés au service de néonatologie du CHU d'Oran pendant l'année 2023. Les données ont été recueillies à partir d'une fiche de collecte riche en items : caractéristiques périnatales, âge gestationnel, poids de naissance, diagnostics de morbidité, causes de décès, durée d'hospitalisation. L'analyse des données était effectuée à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats

Le taux d'hospitalisation des prématurés au niveau du service de néonatologie du CHU d'Oran a atteint 39,6%. La morbidité était dominée par les complications respiratoires (65,4 %), le diagnostic de maladie des membranes hyalines (MMH) était posé dans 27,9 % des cas, suivi par la tachypnée transitoire et l'asphyxie néonatale (APN). Le taux de mortalité hospitalière était de 28,5 %, 59,9% sont dus à la MMH, suivie de l'APN.

Conclusion

La morbi-mortalité des prématurés reste un probléme de santé publique dans le monde. La prévention de la prématurité et la prise en charge en salle de naissance apparaît indispensable pour réduire la morbi-mortalité des nouveau-nés prématurés.

CO5. VRS : Mises à jour virologique.

S.Belkalem, F.Derrar.
Institut Pasteur Algérie.

Résumé non parvenu

CO6. Maladies héréditaires du métabolisme chez le nouveau-né : savoir évoquer, reconnaître et agir en urgence

B. Sadaoui[1], O. Benrabah[2], N. Boutaghane[2], N. Djabali[1], A. Zedek1, A. Mekki [1]
[1] *Service de pédiatrie, CHU Nefissa Hamoud, Alger*
[2] *Service de néonatologie, CHU Nefissa Hamoud, Alger.*

Introduction
Les maladies héréditaires du métabolisme (MHM) constituent une cause rare mais potentiellement grave de décompensation néonatale. Leur présentation clinique est souvent non spécifique, pouvant simuler une infection sévère, une détresse respiratoire ou une atteinte neurologique. Devant toute symptomatologie inexpliquée ou toute aggravation inattendue chez un nouveau-né, une MHM doit être évoquée précocement afin de limiter le risque de complications irréversibles.
Matériel et Méthodes
Nous proposons une démarche pratique destinée aux médecins prenant en charge le nouveau-né, reposant sur l'identification des principaux signes d'alerte, l'analyse des circonstances de survenue et la réalisation d'un bilan biologique métabolique de première intention. Un protocole d'urgence simplifié est présenté, permettant d'instaurer précocement les mesures conservatoires adaptées et d'organiser le transfert vers une structure spécialisée.
Résultats
Les situations devant faire suspecter une MHM comprennent notamment les troubles neurologiques inexpliqués, l'hypotonie, les troubles de conscience, les vomissements répétés, les difficultés alimentaires, l'acidose métabolique, l'hypoglycémie ou l'hyperammoniémie, particulièrement lorsqu'ils surviennent après un intervalle libre ou s'accompagnent d'une aggravation rapide. La mise en œuvre précoce de mesures simples, notamment l'arrêt temporaire des apports protéiques dans les situations appropriées, la prévention du catabolisme et la correction des principales anomalies métaboliques, permet de stabiliser le nouveau-né avant son transfert.
Conclusion
Toute symptomatologie néonatale inexpliquée doit faire considérer une MHM parmi les diagnostics différentiels. La connaissance d'un protocole d'urgence simple et reproductible permet au praticien de ne pas retarder la prise en charge, d'initier les mesures conservatoires et d'améliorer les conditions de transfert vers un centre spécialisé.

CO7. Séquence Pierre Robin et prise en charge orthophonique précoce : Stratégies et outils cliniques

S. Bouakkaze
Université d'Alger 2, Département d'orthophonie
Centre Neuro-développement 0-3 ans/Baba Hassan Alger.

Introduction
Il s'agit d'aborder la Séquence Pierre Robin, dans le cadre de la prise en charge orthophonique précoce indispensable dès les premiers mois de la vie des enfants atteints de ce syndrome.
Sachant que la Séquence Pierre Robin est une anomalie congénitale caractérisée par un menton en retrait (microrétrognathisme), langue rejetée en arrière (glossoptose) et une fente palatine postérieure, ces particularités anatomiques perturbent les fonctions de succion-déglutition dès la naissance. Les nourrissons font face à d'importants troubles de l'oralité, rendant l'alimentation complexe.
Notre objectif dans cette communication est de rappeler de manière précise l'ensemble des troubles orthophoniques rencontrés dans la Séquence Pierre Robin. Cela nous a permis de recenser les protocoles de soins orthophoniques mis en place face à ces dysfonctions oro-faciales de ces nouveau-nés. Ainsi nous présenterons le protocole de stimulation sensori-motrice, en mettant l'accent sur l'accompagnement parenta.
Matériel et Méthodes
Nous avons reçu dans notre consultation d'orthophonie, au centre neurodéveloppement 0-3 ans de Baba Hassan à Alger, une petite fille âgée de 02 mois qui présente une Séquence Pierre Robin isolée. Effectivement, les parents de l'enfant se plaignaient des difficultés alimentaires. Des stratégies thérapeutiques ont été mises en place à travers des outils cliniques adaptés à ce syndrome.
Résultats
A l'évaluation, nous notons d'emblée une succion faible et peu efficace, des régurgitations nasales favorisant les fausses routes, et une fatigabilité extrême lors des tétées. Dans la mesure où notre patiente est l'ainée, les parents sont désemparés et démunis devant ce syndrome inconnu pour eux. Ainsi, notre action thérapeutique fut orthophonique et psychologique.
Conclusion
Il est vrai que nous recevons rarement les enfants atteints du Syndrome Pierre Robin, néanmoins la responsabilité de l'orthophoniste impose une prise en soin rigoureuse, guidée par l'adoption des avancées thérapeutiques internationales reconnues.

Mots clés : Séquence Pierre Robin, oralité alimentaire, guidance parentale.

CO8. La prématurité sur 5 ans au service de néonatologie du CHU Mustapha : Tendances, défis et perspectives

F. Gadouche ; I. Betrouni ; A. Djafer khodja; S. Abdessalem ; L. Oukrif

Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

La prématurité est à la fois une véritable urgence médicale, un perpétuel défi scientifique et un défi humain aussi bien pour le nouveau-né que pour la mère et l'équipe soignante, dans leur lutte contre la morbidité et la mortalité. En effet, naitre trop tôt et trop petits, c'est commencer la vie par un combat !

Matériel et Méthodes

Etude descriptive, menée au service de néonatologie du CHU Mustapha, incluant tous les nouveau-nés prématurés hospitalisés du 01/012021 et 31/12/2025.

Résultats

Nous avons colligé 1503 prématurés sur les 6858 nouveau-nés hospitalisés durant la période étudiée. Leur âge gestationnel s'étale de 22 SA+5j à 36+6j SA avec une survie possible à partir de 26 SA. La naissance est par voie haute pour 68.6% d'entre eux. La prématurité est spontanée dans 32.9% des cas et modérée dans76%. La principale cause d'hospitalisation est la détresse respiratoire de diverses étiologies. Puis une fois le cap des complications aigues passé, surviennent les complications liées à la difficulté d'alimentation. La prise en charge repose essentiellement sur le support respiratoire adapté au degré de la prématurité, le maintien de la thermorégulation et sur la nutrition entérale progressive. La prévention des infections est une lutte permanente pour la survie de ces prématurés.

Conclusion

Naitre avant 37 SA, c'est être exposé aux risques liés à l'immaturité, en particulier respiratoire, neurologique, digestive et immunitaire. Ces risques sont d'autant plus élevés que l'âge gestationnel est plus bas. La prise en charge implique un plateau technique spécialisé, multidisciplinaire, mis au service d'une médecine profondément humaine, dans laquelle les parents, en particulier la mère constituent un pilier incontournable à la survie des prématurés. La présence de la mère facilite les soins de développement, par le biais de la pratique du peau-à-peau et de l'allaitement maternel. La prématurité reste un défi majeur en néonatologie. Soigner un prématuré, ce n'est pas seulement sauver une vie c'est aussi construire un avenir.

Mots clés : prématurité, morbidité, mortalité.

CO9. Cathéters centraux insérés par voie périphérique (PICC) chez le nouveau-nés : expérience du CHU Beni Messous, indications, devenir et complications

R. Haoulani, A. Saari, A. Ladjouze

Service de pédiatrie A – Néonatologie, CHU Issad Hassani, Béni Messous, Alger, Algérie

Introduction

Les cathéters centraux insérés par voie périphérique (PICC) constituent un dispositif essentiel dans la prise en charge des nouveau-nés nécessitant un accès veineux prolongé, notamment les prématurés et les nouveau-nés de faible poids de naissance (FPN), mais également les nouveau-nés post opérés. Ils facilitent l'administration de la nutrition parentérale et des traitements intraveineux, tout en limitant les ponctions veineuses répétées. Leur utilisation nécessite toutefois une surveillance rigoureuse afin de prévenir les complications associées notamment infectieuses.

Objectif

Décrire l'expérience du service de néonatologie du CHU Beni Messous concernant la pose des PICC chez le nouveau-né, leurs indications, leur devenir et les complications observées.

Matériel et Méthodes

Etude rétrospective descriptive menée au service de néonatologie du CHU Beni Messous, portant sur la période de février à octobre 2026. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. Les paramètres étudiés comprenaient les caractéristiques des nouveau-nés, les indications de pose, les sites d'insertion, la durée de maintien, les modalités de retrait et les complications documentées.

Résultats

Au total, 31 PICC ont été posés durant la période étudiée. La principale indication de pose était la mise en place d'un accès veineux central pour l'administration d'une nutrition parentérale chez les nouveau-nés prématurés et/ou de FPN. Les sites d'insertion les plus utilisés étaient le membre supérieur. La durée de maintien des cathéters était en moyenne de 10 jours (max de 30 jours). Les complications observées comprenaient désinsertion, occlusion, et l'infection, et les principaux motifs de retrait étaient l'occlusion.

Conclusion

Cette étude décrit l'expérience initiale du service de néonatologie du CHU Beni Messous dans l'utilisation des PICC chez le nouveau-né. L'analyse des indications, des modalités de maintien et des complications permettra d'identifier les axes d'amélioration des pratiques et de contribuer à l'élaboration de protocoles locaux adapté à nos conditions de travail visant à sécuriser les accès vasculaires en néonatologie.

Mots clés : PICC ; nouveau-né ; néonatologie ; accès vasculaire ; nutrition parentérale ; complications.

C10. L'oralité du nouveau-né prématuré : Prévenir, repérer et prendre en charge les troubles

C.Boghari[1], S.A.Benmansour[1,2], M.C.Smahi[1,2]

[1] Service de néonatologie, EHS mère et enfant/Faculté de médecine, Tlemcen

[2] Laboratoire de Biologie moléculaire appliquée et d'immunologie, W0414100, Université de Tlemcen, 13000 Tlemcen, Algérie

Introduction
L'oralité alimentaire ne se limite pas à la capacité de téter. Elle mobilise l'éveil, la stabilité cardio-respiratoire, la posture, les compétences sensorielles, la coordination succion–déglutition–respiration, l'endurance et la relation avec le donneur de soins. Chez le prématuré, ces fonctions émergent dans un contexte de développement extra-utérin, parfois marqué par ventilation, sondes, aspirations, reflux, douleur, séparation parentale et nutrition entérale prolongée engendrant des troubles de l'oralité alimentaire.
Objectif
• Clarifier les mécanismes des troubles de l'oralité chez le prématuré.
• Identifier les facteurs de risque et les signes d'alerte précoces.
• Proposer une stratégie de prévention applicable en unité de néonatologie.
• Structurer le dépistage clinique et l'orientation vers les examens instrumentaux.
• Organiser le suivi après la sortie jusqu'à la diversification alimentaire.
Matériel et Méthodes
La recherche a porté sur la base PubMed, Scopus, Google Scholar avec des mots clés : prématurité et difficultés alimentaires, alimentation orale, succion non nutritive, stimulation orale, alimentation guidée par les signes, outils d'évaluation, dysphagie, aspiration silencieuse, lait maternel.
Résultats/Conclusion
Prévenir les troubles de l'oralité du prématuré signifie protéger précocement le développement sensori-moteur et relationnel de l'alimentation.
La pratique la plus défendable associe lait maternel et peau-à-peau, expériences orales positives, disponibilité fondée sur les compétences, alimentation guidée par les signes, outil standardisé, implication parentale et escalade multidisciplinaire raisonnée afin d'obtenir une alimentation sûre, efficace, confortable et durable.

C11. Dépistage Précoce des Cardiopathies Congénitales Critiques chez le Nouveau-né.

G. Akaba, W. Bourida.
Department of Pediatric Cardiac Surgery, Pediatric Cardiology and of Pediatric Cardiac Surgery Specialized Hospital -Algiers.

Résumé non parvenu

C12. Morbi- mortalité des nouveau-nés outborn au CHU Douéra : état des lieux et devenir hospitalier

K.Kouchih, D.Ouamri, M.Benchekroune, H.Abassa, H.Oumsad, F.Sadaoui
Service de néonatologie, CHU Douéra, Alger

Introduction
Les nouveau-nés outborn, nés dans une structure hospitalière aux capacités de soins insuffisantes constituent une population particulièrement vulnérable, exposée à des risques liés aux conditions de naissance, au retard diagnostique et thérapeutique ainsi qu'aux modalités de transfert.
Objectif
Décrire les caractéristiques périnatales des nouveau-nés outborn, caractériser les conditions de leur transfert et identifier les principaux motifs d'admission, pour mettre en évidence les éventuelles insuffisances du parcours de soins périnataux.
Matériel et Méthodes
Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 32 nouveau-nés outborn admis au service de néonatologie du CHU Douéra durant la période allant d'Octobre 2025 à octobre 2026
Les données recueillies concernaient les caractéristiques périnatales, les conditions de transfert, les motifs d'évacuation, le délai d'admission et les caractéristiques temporelles des admissions, les diagnostics retenus, les modalités de prise en charge et l'évolution hospitalière.
Résultats
Durant la période allant d'octobre 2025 à octobre 2026, 32 nouveau-nés sont transférés depuis une structure de naissance extérieure au service. La distance moyenne parcourue entre la structure de naissance et le service d'accueil était de 42,4 km, avec des extrêmes allant de 8,6 à 130 km, le transport était assuré par ambulance dans 62.5 % des cas. 68,8 % des nouveau-nés étaient transférés depuis des cliniques privées, 21,9 % depuis des établissements publics hospitaliers, tandis que 9,4 % avaient transité successivement par les deux types de structures. Les admissions survenaient majoritairement durant les gardes, représentant 81,3 % contre 18,8 % en journée. À l'admission, 65.6 % des nouveau-nés étaient dans un état hémodynamique et respiratoire précaire et 18.8% étaient en hypothermie, 21.9% étaient des prématurés, 21.9% avaient l'âge gestationnel entre 37-38 semaines d'aménorrhée. Les motifs d'évacuation étaient dominés par les syndromes de détresse respiratoire précoces à 53,1 % dont 82.4% étaient des nouveau-nés à terme et 17.6% des prématurés avec un recours à la ventilation non invasive dans 34% des cas.
L'ictère précoce constituait le deuxième motif d'admission à 21,9 %, suivis de la prématurité isolée à 9.3 % puis fièvre à 6.3 %. Les autres motifs, représentant chacun 3,1 % des cas, la thrombopénie sévère, l'ischémie d'un membre et l'encéphalopathie hypoxo-ischémique. La durée moyenne de séjour hospitalier était de 7,7 jours, avec une mortalité hospitalière de 9,4 %.
Conclusion
La prise en charge des nouveau-nés outborn souligne la nécessité de renforcer les compétences des équipes de néonatologie et d'harmoniser les pratiques de soins à tous les niveaux de la chaîne de prise en charge. La formation continue des professionnels, l'amélioration des soins initiaux et l'optimisation des conditions de

transfert constituent des leviers essentiels pour améliorer la qualité et la continuité des soins néonatals.

C13. Nouveau-né de mère basedowienne : de la stratification du risque à la prise en charge

R. Dahmoune, O. Benrabah

Service de Néonatologie - CHU Nefissa Hamoud (Ex Parnet)

Introduction

La maladie de Basedow concerne 0,1 % à 0,4 % des grossesses. Le passage transplacentaire des anticorps anti-récepteur de la TSH (TRAb) expose 1 % à 5 % de ces nouveau-nés à une thyréotoxicose néonatale auto-immune. Bien que transitoire, cette pathologie constitue une urgence néonatale pouvant engager le pronostic vital. L'application de recommandations internationales permet de guider la surveillance et le traitement de ces enfants.

Objectif

Évaluation clinique, biologique et de la prise en charge des nouveau-nés issus de mères atteintes de la maladie de Basedow au sein de notre service.

Matériel et Méthodes

Étude descriptive prospective de tous les nouveau-nés de mères basedowiennes colligés dans notre service entre mars et octobre 2026. Le protocole de surveillance incluait une évaluation du risque anténatal et un suivi clinique et biologique néonatal conformément aux recommandations.

Résultats

Durant cette période de 7 mois, 4 cas ont été colligés : trois nouveau-nés sont restés asymptomatiques et euthyroïdiens sur le plan biologique. Ils ont bénéficié d'une simple surveillance clinique et biologique ambulatoire rapprochée selon les recommandations, sans nécessiter d'intervention thérapeutique. Un nouveau-né a développé une thyréotoxicose néonatale nécessitant une hospitalisation et l'instauration d'un traitement par Carbimazole pour une durée de 2 mois. L'évolution sous traitement antithyroïdien a été favorable, marquée par la régression progressive de la dysthyroïdie.

Conclusion

La prise en charge des nouveau-nés de mères basedowiennes dans notre service confirme que la majorité des enfants ont une évolution favorable sous simple surveillance. Toutefois, la survenue possible d'une thyréotoxicose néonatale rappelle l'importance capitale d'un dépistage biologique systématique et rigoureux pour débuter rapidement un traitement par antithyroïdiens de synthèse si nécessaire.

C14. Évaluation clinique et prise en charge des nouveau-nés à risque de syndrome de sevrage : expérience du service de néonatalogie Hussein De

S.Bellouti, O.Benrabah

Service de Néonatologie - CHU Nefissa Hamoud (Ex Parnet)

Introduction

Le syndrome de sevrage néonatal (SSN), conséquence de l'exposition prénatale à des substances psychoactives constitue une situation clinique complexe par sa grande hétérogénéité clinique. Cette situation nécessite l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés comme le score de Finnegan afin d'optimiser la prise en charge. L'intérêt d'initier ce travail réside dans la nécessité d'évaluer l'impact clinique réel de ces expositions variées et d'analyser nos pratiques de surveillance et de prise en charge.

Objectif

Analyser le profil clinique, l'évolution sous score de Finnegan et la prise en charge des nouveau-nés hospitalisés pour exposition prénatale, à risque de syndrome de sevrage, à partir des dossiers médicaux sur une période allant de janvier 2022 à octobre 2026.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée sur 4 ans au sein de notre service. Ont été inclus tous les nouveau-nés susceptibles de présenter un SSN en raison d'un contexte maternel à risque (consommation de substances et/ou contexte social particulier). Ces nouveau-nés sont admis pour mise en observation et évalués cliniquement par le score de Finnegan avec recherche toxicologique des substances psychoactives dans les urines. Les résultats de cette évaluation ont guidé la prise en charge.

Résultats

Durant la période d'étude, un total de dossiers ciblés de 28 a été analysé, comprenant une évaluation par le score de Finnegan, Un score utilisé comme un outil de dépistage et de surveillance active, et pas seulement pour confirmer et apprécier la gravité d'un syndrome de sevrage déjà constaté à l'admission. Ce score était variable d'un patient à un autre et pour le même patient durant la période de surveillance, avec un minimum de « 0 » et un maximum de « 13 ». Tous les nouveau-nés inclus ont bénéficié d'un traitement de soutien (non pharmacologique), seul 2 patients ont bénéficié d'un traitement pharmacologique à base de morphine, guidé par le score de Finnegan élevé de maniérer permanente.

Conclusion

Les nouveau-nés exposés in utero à des substances psychoactives présentent un risque élevé de SSN. Une surveillance clinique rapprochée basée sur le score de Finnegan a permis, dans notre cohorte, de standardiser et d'optimiser la prise en charge. Nos données soulignent que cette prise en charge peut se résumer à un traitement non pharmacologique, toutefois le recours à un traitement pharmacologique peut s'avérer nécessaire pour les cas les plus graves.

C15. Approche diagnostique des tumeurs congénitales et grossesse.

R. Mecifi

Service de néonatologie, CHU Oran.

Résumé non parvenu

Communications libres affichées

CA1. Hématome sous galéal chez le nouveau-né : à propos de 9 cas

N.Ghamnia, F.Djeghali, N.Makhloufi , B.Brikci, F.Saadellah, S.Ait mouloud, A. Dahmani, B.Abbes, L.Cheriet
EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

Introduction
L'hématome sous-galéal est une pathologie néonatale rare, correspondant à un épanchement sanguin entre l'aponévrose galea et le périoste, survenant généralement à la suite d'un traumatisme obstétrical, notamment lors d'un accouchement dystocique.
Objectif
Cette étude vise à décrire les circonstances de survenue et les complications à court terme associées.
Matériel et Méthodes
Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de neuf nouveau-nés hospitalisés dans notre service entre janvier 2018 et juin 2025.
Résultats
Durant cette période, le taux de survenue d'hématome sous-galéal était de 2,4 pour 10 000 naissances. Un accouchement dystocique a été observé dans 55,6 % des cas, la voie basse dans 66,7 %, et la primiparité concernait deux tiers des mères. L'âge moyen d'admission était de 8,1 heures (extrêmes : 1 à 28 heures). Près de la moitié des nouveau-nés (44,4 %) ont nécessité une réanimation à la naissance, et 77,8 % présentaient une bosse séro-sanguine. Les complications observées incluaient un ictère chez six nouveau-nés (66,7 %), une hypotonie axiale chez quatre (44,4 %), des convulsions chez deux (22,2 %) et une détresse respiratoire chez trois (33,3 %). Le diagnostic a été établi par échographie transfontanellaire dans 55,6 % des cas, par scanner cérébral dans 33,3 %, et par IRM cérébrale dans 11,1 %.
Conclusion
Bien que rare, l'hématome sous-galéal constitue une urgence néonatale. Son lien avec les accouchements dystociques souligne la nécessité d'une surveillance étroite des nouveau-nés à risque.

CA2. Au-delà de l'expansion pulmonaire : Déterminants de l'échec de la CPAP chez le nouveau-né à terme en détresse respiratoire

Bouabida.D ; Khnata, Bendaoudi.R, Argoub.F ; TSAKI F Kadoune.F ; Moulkhalwa.A ;Litimen.S ;Yousfi.A ;Larabi.Z ;Delaoui.A ,AL Horri .A ; Lahak.F ;Meksi.A ; SEBTI.A ;Dekkar.A,yehya A

Service de pédiatrie (néonatalogie & soins intensifs), EHS Mère-Enfant Sidi Bel-Abbès, Algérie,

Faculté de médecine de Sidi Bel-Abbes

Objectif
Identifier les facteurs prédictifs d'échec de la CPAP chez le nouveau-né à terme en détresse respiratoire immédiate.
Matériel et Méthodes
Étude rétrospective analytique menée de octobre à décembre 2025, incluant les nouveau-nés à terme (≥37 SA) admis pour détresse respiratoire immédiate et traités par CPAP en première intention. Critères d'exclusion : prématurité, bronchiolite, intubation initiale. Analyse des données maternelles (diabète gestationnel, mode d'accouchement) et néonatales (score d'Apgar, score de Silverman, expansion pulmonaire radiologique). Le succès était défini par une évolution favorable sous CPAP seule, l'échec par le recours à la ventilation invasive ou le décès. Analyse statistique : SPSS ($p \leq 0,05$).
Résultats
L'âge gestationnel moyen était de 38,5 SA. Les césariennes représentaient 52% des accouchements. Les nouveau-nés de mères diabétiques constituaient 28% de la cohorte. Le taux de succès de la CPAP était de 68%. Les causes d'échec comprenaient l'épuisement respiratoire (55%), l'HTAP sévère (23%), le pneumothorax (12%) et le choc septique (10%). L'analyse radiologique a révélé une corrélation significative entre l'expansion pulmonaire et le succès de la CPAP ($p=0,045$). Le score de Silverman >4/10 et le diabète maternel constituaient des facteurs prédictifs d'échec significatifs
Conclusion
La CPAP est efficace chez le nouveau-né à terme avec un taux de succès de 68%. L'identification précoce des facteurs prédictifs d'échec (mauvaise expansion pulmonaire, score de Silverman élevé, diabète maternel) permet d'optimiser la prise en charge, de réduire les intubations tardives et d'améliorer le pronostic néonatal à l'EHS Mère-Enfant de Sidi Bel Abbès.

CA3. Convulsions néonatales : diagnostic, étiologies et évolution.

S. Mecheri; F. Benmati; K.Boudhar

Service de néonatologie et de réanimation néonatale - HMEA

Introduction
Les crises convulsives constituent l'une des manifestations neurologiques les plus fréquentes et les plus préoccupantes de la période néonatale. Elles sont associées à un risque accru de séquelles neurodéveloppementales, notamment d'infirmité motrice cérébrale, d'épilepsie et de décès. Leur pronostic dépend cependant davantage de l'étiologie sous-jacente et de l'étendue des lésions cérébrales que des crises elles-mêmes. Une reconnaissance précoce et une prise en charge adaptée sont donc essentielles.
Matériel et Méthodes
Étude rétrospective portant sur 64 dossiers de nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale pour des crises convulsives, durant la période de novembre 2023 à Avril 2025. Les données cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées.

Résultats

Parmi les 4036 nouveau-nés hospitalisés durant la période d'étude, 64 ont présenté des crises convulsives, avec une prédominance masculine. Une naissance à terme était retrouvée chez 62 % des patients. L'âge moyen de début des crises était de 24 heures. Les équivalents convulsifs, notamment les mâchonnements et les mouvements oculaires, étaient prédominants (44 %), suivis des crises toniques, cloniques et myocloniques. Des manifestations végétatives ou vasomotrices étaient observées chez 29 % des nouveau-nés. L'encéphalopathie anoxo-ischémique constituait la principale étiologie (56 %), suivie des troubles métaboliques, des malformations et des hémorragies cérébrales, puis des méningites bactériennes. Une épilepsie myoclonique néonatale sévère était retrouvée dans 1,5 % des cas. Le phénobarbital était utilisé en première intention chez 73 % des patients, suivi du midazolam et de la lidocaïne. L'évolution était favorable dans 78,1 % des cas, tandis que la mortalité était de 9,3 %.

Conclusion

Les crises convulsives néonatales constituent une urgence neurologique nécessitant une reconnaissance rapide, une prise en charge symptomatique précoce et une recherche étiologique systématique. L'identification de la cause sous-jacente permet d'optimiser la prise en charge et de préserver au mieux le pronostic vital et neurologique**.**

CA4. Souffrance fœtale et asphyxie périnatale : quels enjeux pour le pronostic néonatal ?

S. Mecheri, F. Benmati, K.Boudhar

Service de néonatologie et de réanimation néonatale - HMEA

Introduction

L'asphyxie périnatale constitue une cause importante de morbidité et de mortalité néonatales. L'identification des facteurs maternels, obstétricaux et fœtaux associés est essentielle pour améliorer la prévention et la prise en charge.

méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective portant sur 88 nouveau-nés présentant une asphyxie périnatale. Les données maternelles, obstétricales, fœtales et néonatales ont été recueillies, ainsi que les modalités de réanimation et l'évolution immédiate

Résultats

L'EHI était classée stade 1, 2 et 3 selon Sarnat dans respectivement 45,5 %, 32,9 % et 21,6 % des cas. Les mères étaient âgées de 20 à 40 ans dans 90,9 % des cas et 68,2 % étaient primipares. Des facteurs de risque antépartum étaient retrouvés chez 58 % des femmes, dominés par l'HTA gravidique (29,5 %), le diabète gestationnel et la dysthyroïdie (20,5 % chacun). Une rupture des membranes était observée dans 88,6 % des cas. Des anomalies de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal étaient retrouvées chez 61,4 % des parturientes surveillées. La césarienne représentait 68,2 % des accouchements, les anomalies du rythme cardiaque fœtal constituant la principale indication des césariennes converties. Une intubation était nécessaire chez 79,5 % des nouveau-nés et des compressions thoraciques chez 31,8 %. Une acidose métabolique était retrouvée dans 63,6 % des cas. La mortalité était de 11,4 %, avec 90 % des décès survenant après 72 heures. Le stade III de Sarnat était significativement associé à la mortalité.

Conclusion

L'asphyxie périnatale reste associée à une morbidité et une mortalité importante. La surveillance fœtale rigoureuse, l'optimisation de la prise en charge obstétricale et une réanimation néonatale adaptée constituent des éléments essentiels pour améliorer le pronostic.

CA5. Etude des facteurs de risque de la mortalité tardive chez le prématuré« résultats d'enquête sur une année » au niveau de service de néonatalogie du CHU Constantine

S Hadjit, R Bensmira, R Bourgheda, N Zerrouki, H Boumaraf

Service de néonatalogie du CHU Constantine

Introduction

La mortalité néonatale représente un indicateur de santé facilement disponible et largement utilisé pour identifier les besoins sanitaires et évaluer les prises en charge médicale. Elle concerne les décès des enfants nés vivants et morts entre 0 et 27 jours révolus. Elle se décompose en deux sous-catégories : la mortalité néonatale précoce entre 0 et 6 jours révolus et la mortalité néonatale tardive (MNT) entre 7 et 27 jours révolus.

Objectif

Etudier les facteurs de risque de la MNT (7-27 jours révolus) de prématurés comme tout autre indicateur de santé à fin d'identifier les besoins sanitaires et évaluer les prises en charge médicale

Matériel et Méthodes

L'étude est longitudinale prospective à visée descriptive et analytique portée sur les prématurés pris en charge à notre service du 01/01/21 aux 31/12/21, à l'aide d'une fiche préétablie qui renseigne sur : ATCDs obstétricaux et chroniques, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. L'analyse statistique des données à l'aide de SPSS 20.

Résultats

Sur 1489 prématurés enquêtés 55 (6,6‰) sont décidés entre 7 et 28 jours de vie. Le risque de mortalité tardive des prématurés était fortement liée aux pathologies présentées par les prématurés durant la période néonatale précoce (OR=10,93 ;IC95% :3,72-32,12)(P<0,0001), le score d'APGAR<7 à la 5ème minute (OR=3,8 ;IC95% :1,96-7,38)(P<0,0001), hypothermie (OR=5,29 ;IC95% :2,44-11,46)(P<0,0001), la réhospitalisation du prématuré après sa sortie (OR=16,20 ;IC95% :6,95-37,76)(P<0,0001), la naissance par voie haute (OR=

0,33 ; IC95% :0,16-0,7)(P<0,005), les grossesses multiples (OR=10,93 ;IC95% :1,19-3,71)(P<0,05), l'évacuation de la mère (OR=1,96 ;IC95% :1,09-3,52)(P<0,05), absence de corticothérapie en anténatal chez la mère (OR= 0,52;IC95% :0,28-0,96)(P<0,05), la prématurité induite (OR=0,39;IC95% :0,18-0,82)(P<0,05)

Conclusion

La MNT constitue aussi un bon indicateur de l'état de santé d'une population, elle demeure encore élevée. Certains points sont à relever afin de pallier les insuffisances et réduire le taux MNT. Il est essentiel d'insister tout particulièrement, sur la reconnaissance des facteurs de risque de l'APN et l'infection nosocomiale, sur la prévention des causes de prématurité, de la CIVD et de la MMH, ainsi que sur l'intérêt du diagnostic anténatal des malformations congénitales, surtout celles qui nécessitent une PEC rapide en période postnatale immédiate**.**

CA6. Etude des facteurs de risque de l'entérocolite ulcéro-nécrosante chez le prématuré au niveau du service de néonatalogie CHU de Constantine

S Hadjit, R Bensmira, R Bourgheda, N Zerrouki, H Boumaraf
Service de néonatalogie du CHU Constantine

Introduction

L'entérocolite ulcéro- nécrosante «ECUN » est pathologie intestinale aiguë du prématuré. C'est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité. Cette pathologie reste mal comprise malgré de nombreuses études à son sujet. Son incidence est stable malgré les progrès en néonatologie. Plus de 90% des cas concernent les prématurés nés avant 32 SA et environ 10% des n-nés de moins de 1500g.

Objectif

- Décrire l'aspect épidémiologique de l'ECUN dans notre service.
- Identifier les facteurs de risque (FDR) d'ECUN afin de minimiser sa survenu et améliorer sa prise en charge.

Matériels et méthodes

L'étude est longitudinale prospective à visée descriptive et analytique portée sur les prématurés pris en charge à notre service du 01/01/21 aux 31/12/21, à l'aide d'une fiche préétablie qui renseigne sur les caractéristiques de n-nés, de la mère :ATCDs obstétricaux et chroniques, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. L'analyse statistique des données collectées a été faite à l'aide de SPSS 20

Résultats

Sur 1489 prématurés enquêtés, 9,4% cas d'ECUN : 91,1% nés au CHU, 63,2% par voie haute (VH), 50,9% de sexe masculin. Les grands prématurés étaient les plus touchées par l'ECUN (43,8%) avec un OR= 2,75 et P<0,0001, ainsi ceux avec un PN<1500g (45,6%), OR=5,73 et un P<0,0001. 31% cas d'APN compliqués d'ECUN (P=0,01). Le mode d'alimentation était artificiel dans 76,6% des cas, mixte dans 18,8% des cas avec un début <24h (66,1%), OR=3,37et P<0,0001. L'infection nosocomiale (IN) notée dans 58,9% des cas présentaient ECUN (P = 0,005), OR=2,34. La majorité des cas ont reçu une ATB. A l'âge chronologique de 28 jours 28,1% sont décédés à cause de l'ECUN.

Conclusion

Dans notre contexte, l'ECUN pourrait être prévenu en agissant d'une part sur les complications de la prématurité et les mesures d'hygiène hospitalière et d'autre part en privilégiant une alimentation précoce et au lait de mère.

CA7. Les pathologies gravidiques et la prématurité « résultats d'enquête sur une année » au niveau de service de néonatalogie du CHUConstantine

S Hadjit, R Bensmira, R Bourgheda, N Zerrouki, H Boumaraf
Service de néonatalogie du CHU Constantine

Introduction

Les pathologies gravidiques (P) restent un facteur de risque le plus souvent impliquées dans la mortalité néonatale et souvent la cause d'un accouchement prématuré le plus souvent induit qui augmente encore le risque de morbi-mortalité néonatale.

Objectif

1-Déterminer la fréquence de la prématurité liée aux pathologies gravidiques maternelles au service de néonatalogie CHU Constantine.

2-. Étudier leur profil évolutif durant la période néonatale.

3-Etudier l'impact des pathologies gravidiques sur la survie des prématurés.

Matériels et méthodes

Étude longitudinale prospective à visée descriptive et analytique portée sur les prématurés pris en charge à notre service du 01/01/21 aux 31/12/21, à l'aide d'une fiche de renseignement préétablie. L'analyse statistique des données à l'aide de SPSS 20.

Résultats

Sur 1489 prématurés enquêtés 83,4% PG. 44,2% de Constantine, 57,2% sexe masculin.

2,7 % extrêmes prématurés, 13,5% grandes prématurés, 83,8% prématurité simple, 23,2% RCIU. Apgar<7 dans 27,6% à 1 mn et 8,5% à 5 mn.

47,8 % sont hospitalisés à la naissance pour les complications suivantes : DR 84,7%, MMH 46,7%, Ictère 61,4%, APN 50%, IMF41,5%, Apnée 31,8%, Hypoglycémie 32,5%, ECUN 10,1%, Anémie sévère 8,8%, Sd hémorragique 8,1%, Hypothermie 6,7 et hypocalcémie5,2%.

Le taux décès à la période néonatale était de 16,4% dont 12,6% sont décédés entre J0 et J6 de vie.

Conclusion

Les résultats de notre étude se veulent un signal d'alarme sur la nécessité du volet préventif de l'accouchement prématuré par l'amélioration des soins prénatals, conditions socio-économiques, bonne surveillance de grossesse, au renforcement des

structures existantes en matière de personnels et matériels pour un rendement meilleur.

CA8. Nouveau-né de mère diabétique : profil épidémiologique, clinique et évolutif — étude prospective au service de néonatalogie de l'EHS mère-enfant de Sidi Bel-abbès

Bouabida.D; Dinar ,Bendaoudi.R ; Tsaki kadoune.F ; Moulkhalwa.A ; Litimen.S ; Yousfi.A ; Larabi.Z ; Delaoui.A ; Al horri.A ; Lahak.F ; Meksi.A ; Sebti.A ; Dekkar.A ;Argoube.F,Yehya.A

Service de pédiatrie (néonatalogie & soins intensifs), Ehs mère-enfant Sidi Bel Abbès, Algérie
Faculté de médecine de Sidi Bel Abbès

Introduction

Le diabète maternel expose le nouveau-né à de multiples complications métaboliques, respiratoires et malformatives. Notre étude vise à décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif des nouveau-nés de mères diabétiques (nmd) pris en charge dans notre service.

Matériels et méthodes

Étude prospective descriptive portant sur 54 NMD hospitalisés au service de néonatalogie de l'ehs mère-enfant de sidi bel-abbès (septembre–décembre 2025), à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée.

Résultats

L'âge maternel moyen était de 29,7 ans. le diabète gestationnel dominait (72,2 %), suivi du type 1 (14,8 %) et du type 2 (13 %). Le suivi prénatal était absent chez 53,7 % des mères ; l'hba1c moyenne était de 7,2 %. la césarienne représentait 57,4 % des accouchements. le poids moyen était de 3 673 g, avec 20,4 % de macrosomes et 13 % de prématurés. les complications étaient : détresse respiratoire (24,1 %), hypoglycémie (18,5 %), infection néonatale (7,4 %), ictère et hypocalcémie (5,6 % chacun). Une malformation cardiaque a été notée. la prise en charge comprenait ventilation (24,1 %), perfusion glucosée (11,1 %), antibiothérapie (7,4 %) et photothérapie (5,6 %). La durée d'hospitalisation moyenne était de 2,5 jours. L'évolution était favorable dans 94,4 % des cas (1 décès).

Conclusion

Un mauvais équilibre glycémique maternel reste le principal facteur de morbidité néonatale. L'amélioration du suivi prénatal est essentielle pour réduire ces complications.

Mots-clés :

Nouveau-né de mère diabétique, diabète gestationnel, hypoglycémie néonatale, détresse respiratoire, macrosomie.

CA9. Reconnaître le syndrome de Noonan dès la naissance : à propos d'un cas néonatal

H. Guellouh, N. Bouhentala , M. Boulounis , H. Khentouche, H. Yezza, A. Beddiaf, , Z. Sabour, S. Boumechaal, C. Goumri, S. Smair1, S. Boubguira, M. Khelifa , S. Boumaaraf, M. Haffad , I. Ouazani, S. Oulmi , F. Bendaoud

1.Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna
2.Faculté de médecine, Université Batna 2,
3.Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna

Introduction

Le syndrome de Noonan est une RASopathie multisystémique rare (prévalence de 1–5/10 000 NV) caractérisée par une dysmorphie faciale typique, des cardiopathies congénitales, des anomalies lymphatiques, génitales et de croissance. Son diagnostic précoce permet une prise en charge multidisciplinaire adaptée.

Objectif

Décrire les caractéristiques cliniques et paracliniques d'un syndrome de Noonan diagnostiqué dès la période néonatale

Observation

Nouveau-né M, masculin,1j, grossesse40SA, né par césarienne, Poids: 2800g, Apgar:7/10,8/10

Maman:G2/P0,Examen Clinique: BCCM, hypotonie généralisée, réflexe de succion faible avec difficulté à la tété, faciès front large et haut, hypertélorisme, fentes palpébrales orientées en bas et en dehors, oreilles basses, épaisses et inclinées en arrière, implantation basse des cheveux, cou court, micrognathie, philtrum profonde, lymophedème des pieds, cryptorchidie,, hernie ombilicale, le reste normale .Bilan infectieux, métabolique, hépatique, rénal: négatif. Bilan thyroïdien : négatif. Radiographie du thorax et squelette: normale. Echocoeur : Stéonse pulmonaire avec légère hypertrophie cardiaque droite, Echographie AP : Hydronéphrose minime gauche d'allure hypotonique, avec épaississement de paroi vésicale, ECG : normal, Etude génétique: non faite. Conduite: antibiothérapie, orientation vers un service de chirurgie cardiaque. Évolution: Bonne.

Conclusion

Intérêt de diagnostic précoce et de PEC multidisciplinaire.

Le syndrome de Noonan doit être évoqué devant l'association d'une dysmorphie caractéristique et d'anomalies cardiovasculaires, lymphatiques ou génitales. Le diagnostic précoce permet une surveillance spécialisée et un conseil génétique adaptés.

Intérêt de conseil génétique.

CA10. Syndrome de Bosma arhinia-microphthalmia (BAMS) : arhinie congénitale révélatrice avec implication endocrinienne - à propos d'un cas

H. Guellouh 1 2, H. Khentouche 1, N. Bouhentala 1, M. Boulounis 1, H. Yezza 1, A. Beddiaf 1, S. Smair1, Z. Sabour 1, S. Boumechaal 1, C. Goumri 3, S. Boubguira 1 2, M. Khelifa 1 2, S. Boumaaraf1, M. Haffad 1, S. Oulmi1, I. Ouazani1, F. Bendaoud 1 2

1.Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna
2.Faculté de médecine, Université Batna 2,
3.Service d'épidémiologie et médecine préventice CHU Batna

Introduction
L'arhinie congénitale est une malformation craniofaciale exceptionnelle (incidence considérée <1/1000.000naissances vivantes et moins de 100 cas publiés), pouvant être isolée ou syndromique. Son association à des anomalies oculaires et endocriniennes évoque le syndrome de Bosma arhinia-microphthalmia (BAMS), RASopathie rare caractérisée notamment par une dysfonction hypothalamo-hypophysaire. Le diagnostic est principalement clinique et peut être confirmé par l'étude moléculaire du gène SMCHD1.
Objectif
Rapporter une observation néonatale de BAMS et souligner l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge multidisciplinaire avec évaluation endocrinienne et conseil génétique.
Observation
Nouveau-né B, masculin,1j, grossesse35SA+4j, né par voie basse, Poids : 2000g, Apgar :1/10,2/10
Maman:G3/P3,Examen Clinique: Né en arrêt cardiorespiratoire, après mesures de réanimation; détresse respiratoire sévère, cyanose, Hypotonie généralisée, réflexe de succion négatif, faciès longiligne avec tiers inférieur du visage prédominant, arhinie congénitale partielle, présence d'une seule fosse nasale avec absence du septum intranasal et des structures internes, basse implantation des oreilles, épicanthus bilatéral, aplatissement du dorsum nasal, effacement du philtrum, lèvres supérieurs et inférieures épaisses, cou court, hernie ombilicale, le reste normale .Bilan infectieux, métabolique, hépatique, rénal: négatif. Bilan hormonal (FSH, LH, Testostérone): non fait. Bilan thyroïdien : non fait. Radiographie du thorax et squelette : normale. Etude génétique : non faite. Conduite : oxygénothérapie, antibiothérapie. Évolution : décès à J2 de vie.
Conclusion
Intérêt de diagnostic précoce et de PEC multidisciplinaire.
Le pronostic dépend de la sévérité des malformations, pronostic vital peut être engagé, possibilité de reconstruction nasale et substitution hormonale. Pour les survivants intérêt de suivi endocrinologique étroit
Intérêt de conseil génétique.

CA11. Du déséquilibre glycémique à la détresse respiratoire : morbidité des nouveau-nés de mères diabétiques

H. Guellouh 1 2, M. Boulounis 1, N. Bouhentala 1, H. Khentouche 1, A. Beddiaf 1, H. Yezza 1, Z. Sabour 1, S. Boumechaal 1, H. Yezza 1, K. Zegrar 1, C. Goumri 3, S. Boubguira 1, M. Khelifa 1, M. Haffad 1, S. Smair 1, I. Ouazani 1, F. Bendaoud 1 2

1.Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna

2.Faculté de médecine, Université Batna 2.

3. Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna

Introduction
Les nouveau-nés de mères diabétiques constituent une population particulièrement exposée aux complications métaboliques, respiratoires et hématologiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil de morbidité et l'évolution des nouveau-nés issus de grossesses compliquées de diabète maternel.
Matériels et méthodes
Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective au service de néonatologie de l'EHS Mère et Enfant Meriem Bouatoura de Batna, de Juin à Octobre 2025. Cent trente nouveau-nés de mères diabétiques, admis pour surveillance ou prise en charge néonatale, ont été étudiés. Les paramètres biologiques, respiratoires et évolutifs ont été analysés à partir des dossiers médicaux.
Résultats
Une hypoglycémie néonatale a été retrouvée chez 108 nouveau-nés parmi les dossiers renseignés, constituant la principale anomalie métabolique observée. Une hypocalcémie était notée chez 26 nouveau-nés. Réanimation : faite pour 18 contre 90 nouveau-nés avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine, Sur le plan respiratoire, une détresse respiratoire était rapportée chez 76 nouveau-nés. Convulsions 2%, cardiopathies congénitale 11%, traumatismes obstétricaux chez 8%, L'hémogramme était normal dans 64% des cas ; une thrombopénie était observée dans 20%, une leucopénie dans 9%, une anémie dans 5% et une hyperleucocytose dans 2%. La bilirubinémie était normale chez 90 nouveau-nés, tandis que 38 présentaient une hyperbilirubinémie selon les données recueillies. L'évolution était favorable dans 89,25% des cas, avec une mortalité de 10,75%.
Conclusion
Cette étude met en évidence une forte représentation du diabète gestationnel et une fréquence importante de prématurité, de macrosomie et d'accouchement par césarienne. Ces caractéristiques justifient une surveillance néonatale précoce et systématique des nouveau-nés de mères diabétiques.

CA12. Syndrome de Prune-Belly à révélation néonatale : une uropathie malformative sévère à l'origine d'une insuffisance rénale aiguë

H. Guellouh 1 2, Z. Sabour 1, H. Yezza 1, M. Boulounis 1, N. Bouhentala 1, H. Khentouche 1, A. Beddiaf, 1, S. Boumechaal 1, C. Goumri 3, S. Smair1, S. Boubguira 1 2, M. Khelifa 1 2, S. Boumaaraf1, M. Haffad 1, I. Ouazani 1, S. Oulmi 1, F. Bendaoud 1 2

1.Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna
2.Faculté de médecine, Université Batna 2,
3.Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna

Introduction
Le syndrome de Prune-Belly est une malformation congénitale rare (Incidence : 1/40000 NV), prédominant chez le garçon, caractérisée par une triade associant une déficience de la musculature abdominale,

des anomalies des voies urinaires et une cryptorchidie bilatérale. L'atteinte urologique, parfois sévère, peut être responsable d'une altération précoce de la fonction rénale.

Objectif

Décrire une observation néonatale de syndrome de Prune-Belly révélé par une atteinte urologique sévère compliquée d'insuffisance rénale aiguë.

Observation

Nouveau-né B, masculin,1j, grossesse33SA, né par voie basse, Poids : 2700g, Apgar :7/10,8/10

Maman : G3/P3, Examen Clinique : BCCM, ecchymose faciale, Bonne tonicité, DR légère, gémissement, réflexe de succion positif, œdème palpébral bilatéral, Auscultation CP : RAS, abdomen large et distendu avec peau fine, firpée et plissée, évoquant l'absence de muscule droit et obliques avec palpation de 2 masses au niveau des 2 flancs, mobilic anormalement implanté, cryptorchidie bilatérale, le reste normal. Bilan infectieux, métabolique, hépatique : négatif. Bilan rénal : perturbé (IRA). Diurèse diminuée, Radiographie du thorax et squelette : normale. Echographie AP : rein droit hypotrophique de néphropathie chronique avec hydronéphrose majeure gauche à retentissement parenchymateux sévère et méga uretère primitif bilatéral plus marqué à gauche évoquant une obstruction sous vésicale par valves de l'urètre postérieur. Etude génétique : non faite. Conduite : antibiothérapie, oxygénothérapie, apport hydrique. Évolution : Bonne, orientation vers la chirurgie infantile

Conclusion

Le syndrome de Prune-Belly doit être évoqué devant l'association d'une hypoplasie de la paroi abdominale, d'une cryptorchidie bilatérale et d'anomalies des voies urinaires. La sévérité de l'atteinte urologique et rénale conditionne largement le pronostic. Un diagnostic néonatal précoce, une évaluation morphologique et fonctionnelle complète des voies urinaires ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire sont essentiels pour préserver la fonction rénale et prévenir les complications à long terme.

CA13. Une coloration en deux temps : le phénomène du bébé arlequin en période néonatale, à propos de deux observations

H. Guellouh 1 2, A. Beddiaf 1, N. Bouhentala 1, H. Yezza 1, M. Boulounis 1, N. Bouhentala 1, H. Khentouche 1, Z. Sabour 1, S. Boumechaal 1, C. Goumri 3, S. Smair1, S. Boubguira 1 2, M. Khelifa 1 2, S. Boumaaraf1, M. Haffad 1, I. Ouazani 1, S. Oulmi 1, F. Bendaoud 1 2

1.Service de Pédiatrie et de Néonatologie, EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna

2.Faculté de médecine, Université Batna 2,

3.Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Batna

Introduction

Le phénomène du bébé arlequin est une manifestation vasomotrice néonatale bénigne et transitoire, caractérisée par une coloration érythémateuse de l'hémicorps déclive avec une limite médiane nette lors du décubitus latéral. Sa présentation spectaculaire peut être source d'inquiétude.

Objectif

Décrire deux observations néonatales de phénomène du bébé arlequin et rappeler ses caractéristiques cliniques et son évolution spontanément favorable.

Observation

Observation 1 : Nouveau-né féminin de 31 SA+5 jours, 1300 g, né par césarienne, Apgar 6/10 puis 7/10, issu d'une grossesse compliquée d'HTA gravidique. Une hypotonie et une détresse respiratoire légère étaient observées. En décubitus latéral, apparition brutale d'un érythème du côté déclive avec pâleur du côté supérieur et limite médiane nette, disparaissant spontanément 10–15 secondes après changement de position. Bilan biologique sans anomalie ; radiographie thoracique : pneumopathie bilatérale. Évolution favorable.

Observation 2 : Nouveau-né féminin de 34 SA+3 jours, 1600 g, né par césarienne, Apgar 7/10 puis 8/10, issu d'une grossesse avec diabète gestationnel. Le même phénomène vasomoteur a été observé, avec disparition spontanée en 10–15 secondes. Bilan biologique et radiographie thoracique sans anomalie. Évolution favorable.

Conclusion

Le phénomène du bébé arlequin est une manifestation vasomotrice spectaculaire mais bénigne du nouveau-né. Sa reconnaissance permet d'éviter des explorations inutiles et de rassurer les parents. Sa disparition rapide après changement de position constitue un élément diagnostique caractéristique.

CA14. Apport de la Protéine C-Réactive et contribution de la Numération Formule Sanguine dans le diagnostic de l'Infection Néonatale Bactérienne Précoce : Expérience de l'EHS Nouar Fadéla d'Oran.

N. Makhloufi ; F. Djeghali ; S. Ait Mouloud ; N. Ghamnia ; B. Brixi Sid ; F. Saadallah ; A. Dahmani; B. Abbès ; M. Benbouabdellah ; L. Cheriet.

EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

Introduction

L'infection néonatale bactérienne précoce (INBP) reste un défi diagnostique majeur en néonatologie. En Algérie, dans guide national (2023) la numération formule sanguine (NFS) et la protéine C-réactive (CRP) sont utilisés dans gestion de l'antibiothérapie chez les nouveau-nés symptomatique.

Objectif

ce travail était d'analyser les modifications des paramètres de la NFS et du titrage séquentiel de la CRP chez les nouveau-nés présentant une suspicion clinique d'INBP.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à visée analytique, menée sur une période de 3 ans (1er septembre 2020 au 30 septembre 2023) au niveau de l'EHS Nouar Fadéla d'Oran. Ont été inclus tous les

nouveau-nés symptomatiques hospitalisés pour suspicion d'INBP, âgés de 34 semaines d'aménorrhée (SA) ou plus. Tous ont bénéficié d'une NFS et d'un dosage séquentiel de la CRP.

Résultats

Sur un total de 3410 hospitalisations, cinq cents (500) nouveau-nés étaient suspect d'INBP (14,6%). L'anémie était l'anomalie hématologique la plus fréquente (38,8%) suivie par l'hyperleucocytose (24,7%) et la thrombopénie (3,6%) chez les nouveau-nés infectés. Un lien significatif était objectivé entre ces anomalies et l'INBP (p=0,019, p=0,001, p=0,015). La leucopénie (6,5%) n'était pas significativement liée à l'INBP (p=0,069). La CRP mesurée à l'admission était positive chez 90% des nouveau-nés infectés (P<0,001). La positivité était de 88,6% pour le groupe infection certaine (IC) (P<0,001). Entre H48 et H72, elle restait positive chez

Conclusion

Bien qu'aucun biomarqueur ne soit parfait à lui seul, notre étude confirme l'excellente valeur prédictive d'une CRP positive et l'intérêt des cinétiques séquentielles. Associées aux anomalies spécifiques de la NFS (anémie, hyperleucocytose, thrombopénie), ces données biologiques soutiennent l'application des algorithmes décisionnels nationaux pour optimiser la prise en charge et le bon usage des antibiotiques en période néonatale..

CA15. Facteurs associés à l'introduction du lait artificiel au cours des 6 premiers mois de vie.

N. Ghamnia, S.Aitmouloud, B.Abbes, F.Djeghali, N.Makhloufi, B.Brikci, F.Saadallah, , A.Dahmani, ,L. Cheriet
EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

Introduction

Malgré les bénéfices largement établis de l'allaitement maternel (AM) et les recommandations internationales en faveur de sa pratique exclusive jusqu'à l'âge de six mois, sa poursuite reste insuffisante. L'introduction précoce du lait artificiel constitue un frein majeur au maintien de l'AM exclusif.

Objectif

Cette étude avait pour objectifs d'évaluer la fréquence de l'introduction du lait artificiel avant six mois et d'identifier les facteurs qui lui sont associés.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective longitudinale menée à la maternité de l'EHS Nouar Fadela, incluant 268 mères ayant accouché entre février et mars 2025. Les données ont été recueillies à la naissance puis lors d'un suivi téléphonique jusqu'à l'âge de six mois. Les nouveau-nés présentant à la naissance une pathologie empêchant l'allaitement étaient exclus. Les données ont été analysé par logiciel SPSS.

Résultats

L'âge moyen des mères était de 29,82 ans ; 88,4 % étaient sans emploi et 26,5 % universitaires. Les nouveau-nés étaient à terme dans 82,1 % des cas, 83,7 % avaient un poids supérieur à 2500 g et 20,9 % avaient été hospitalisés. Le taux de perdus de vue était de 7,5 %. L'AM exclusif était pratiqué par 82,5 % des mères à la naissance ; à six mois 50,8 % des enfants avaient reçu du lait artificiel. Les principales raisons d'introduction du lait artificiel étaient l'insuffisance de lait perçue (69,7 %), la maladie maternelle (9,8 %). En analyse bivariée, l'introduction du lait artificiel était associée à l'absence d'expérience antérieure d'AM (p<0,001), à la pathologie maternelle (p=0,018), à l'activité professionnelle (p=0,004) et au statut de mère aînée (p=0,009). En analyse multivariée, trois facteurs restaient significativement associés : absence d'expérience antérieure d'AM (ORa=2,95 ; IC95 % [1,26–9,03] ; p=0,01), pathologie maternelle (ORa=2,78 ; IC95 % [1,28–6,06] ; p=0,01) et activité professionnelle (ORa=3,39 ; IC95 % [1,55–5,63] ; p=0,01).

Conclusion

L'insuffisance de lait perçue était le principal motif d'introduction du lait artificiel. L'absence d'expérience d'AM, la pathologie maternelle et l'activité professionnelle étaient des facteurs indépendamment associés, soulignant l'importance d'un accompagnement adapté.

CA16. Sirénomélie : une régression caudale extrême A propos d'un cas

R. Dahmoune, S. Bellouti, F. Bouakaz, k. Zegrar, F. Azi, K. Ghiles, Boutaghane, O. Benrabah, A. Maoudj Service de Néonatologie - CHU Nefissa Hamoud (Ex Parnet)

Introduction

La sirénomélie (ou syndrome de la sirène) est une malformation congénitale majeure et extrêmement rare (1/100 000 naissances), caractérisée par la fusion des membres inférieurs associée à des anomalies viscérales et urogénitales complexes. Son pronostic est quasi constamment fatal à court terme. Nous rapportons l'observation d'un cas de sirénomélie d'évolution rapidement létale en période néonatale immédiate.

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né issu d'une grossesse menée à 38SA+2j, mère âgée de 33 ans, (G3P0C3) avec notion d'anamnios à l'échographie du 3ème trimestre.

À la naissance, le nouveau-né présentait une adaptation initiale à la vie extra-utérine satisfaisante avec un score d'Apgar à 7/10 à 1 mn et 8/10 à 5 mn. L'examen anthropométrique a mis en évidence un retard de croissance intra-utérin (RCIU) sévère : PN : 1800 g (P0), T : 35 cm (P0), PC : 34 cm (P41.33)

L'examen physique à l'admission révélait une malformation complexe du train inférieur avec régression caudale et fusion des membres inférieurs en une structure unique en forme de queue de poisson. Le sexe phénotypique était indéterminé en raison d'une agénésie des organes génitaux externes individualisables. Membres supérieurs et abdomen de morphologie normale.

La radiographie du squelette révèle une dysgénésie sacrée et lombaire importante, une hypoplasie sévère des os iliaques avec mise en évidence d'un seul fémur et d'un seul tibia sans péroné, le tout enveloppés dans une enveloppe cutanée commune (fusion des tissus mous simulant un membre unique ou "syndrome de la sirène"), soit un stade VI selon la classification de Stocker et Heifetz.

L'évolution a été marquée par une dégradation respiratoire rapide menant au décès du nouveau-né à 1 heure de vie, secondaire très vraisemblablement à l'hypoplasie pulmonaire majeure et/ou l'agénésie rénale bilatérale associées.

Conclusion

La sirénomélie s'inscrit à l'extrémité la plus sévère du spectre de la régression caudale. Elle résulterait d'un défaut précoce de blastogenèse (mésoblaste postérieur) ou d'un phénomène de vol vasculaire ombilical. Ce cas illustre la gravité extrême de cette entité où la létalité en période néonatale immédiate est quasi systématique, principalement liée aux malformations viscérales létales sous-jacentes (notamment rénales et pulmonaires).

CA17. Syndrome de Robinow: à propos d'un cas

S.Bellouti, R. Dahmoune, F.Bouakaz, K. Zegrar, F.Azi, K.Ghiles,
K.Otmani, N.Slimani, M.Mechai, L.Kouidri, N.Boutaghane, O.Benrabah, A. Maoudj
Service de Néonatologie - CHU Nefissa Hamoud (Ex Parnet)

Introduction

Le syndrome de Robinow est une dysplasie squelettique rare (1 cas pour 500 000 naissances), d'origine génétique par mutation du gène ROR2 ou WNT5A.Sa transmission peut être autosomique dominante ou récessive. Nous rapportons le cas d'un patient atteint de ce syndrome.

Observations

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, né de parents consanguins, issu d'une grossesse suivie menée à terme (38 SA+4J) chez une G2P1 sans antécédents particuliers, dont le frère est porteur d'une dysplasie osseuse ; admis pour syndrome malformatif. L'examen à l'admission retrouve un poids de 3200 (P54), une taille de 47 cm (P13) et un périmètre crânien de 36 cm (P90). Il présente en outre une dysmorphie faciale (macrocéphalie relative, hypertélorisme, nez court à base large, profil plat, bouche triangulaire, hypertrophie gingivale, cou court, oreilles mal ourlées et bas implantées), des anomalies squelettiques (rhizomélie des membres, brachydactylie) et des anomalies génitales (micropénis avec hypoplasie scrotale) Le reste de l'examen clinique était sans anomalies. Le nouveau-né a bénéficié d'un bilan radiologique :

☐Radiographie du squelette objectivant :

- Fusion de la 3-éme et 4 -ème cote à droite et de la 8 -ème et 9 -ème cote à gauche avec cotes incurvées
- Scoliose lombo-sacrée
- Nombreuses hémi vertèbres et vertèbres fusionnées à l'étage sacré.

☐Échographies :

- Echographie transfontanellaire et l'échocardiographie sans anomalie
- Echographie rénale : Dilatation pyélocalicielle modérée à gauche sans visualisation d'obstacle
- Echographie scrotale : Hydrocèle bilatéral anéchogène communiquant avec testicule droit bilobé

Sur le plan hormonal : FSH/LH sup à 1 (N) et testostérone à 1.92 ng/ml (N)

Conclusion

Le syndrome de Robinow est une entité rare dont le diagnostic repose principalement sur un examen clinique minutieux et un bilan radiologique orienté. Une reconnaissance précoce dès la période néonatale permet une prise en charge pluridisciplinaire adaptée et un conseil génétique adéquat.

CA18. Saturnisme néonatal : une intoxication rare aux présentations neurologiques variées (à propos de 02 cas)

R. Haoulani, A. Saari, A. Ladjouze
Service de pédiatrie A – Néonatologie, CHU Issad Hassani, Béni Messous, Alger, Algérie.

Introduction

Le saturnisme néonatal est une intoxication rare mais grave, pouvant provoquer des troubles neurologiques de gravité variable. L'utilisation du khôl traditionnel comme remède traditionnel pour le traitement de l'ictère néonatal représente une source potentielle d'exposition au plomb.

Matériels et méthodes

Nous rapportons deux observations de saturnisme néonatal prises en charge dans notre service.

Résultats

Le premier cas concerne un nouveau-né prématuré de 35 semaines et 2 jours, âgé de 14 jours, admis pour une encéphalopathie aiguë après application de khôl sur les yeux et l'ombilic. Le tableau clinique comprenait une hypotonie profonde, des convulsions résistant au traitement et des pauses respiratoires. La plombémie mesurée était de 300 µg/dL. L'évolution a été marquée par une aggravation neurologique et hémodynamique, malgré les soins prodigués.

Le deuxième cas concerne un nouveau-né à terme de 40 semaines, âgé de 6 jours, présentant une hypotonie légère et un faible réflexe de succion, suite à une application étendue de khôl sur l'ombilic. La plombémie était de 50 µg/dL. L'évolution a été rapide et favorable sous traitement par hyperhydratation.

Conclusion

Ces deux observations mettent en évidence la variabilité des formes cliniques du saturnisme néonatal,

allant d'une atteinte neurologique sévère à une forme modérée avec évolution favorable. Le diagnostic doit être envisagé devant toute symptomatologie neurologique néonatale sans cause évidente. La prévention passe notamment par une sensibilisation des familles aux dangers liés à l'utilisation du khôl traditionnel comme traitement de l'ictère néonatal.

CA19. Kystes ovariens géants du nouveau-né : le pari du traitement conservateur à propos de 02 cas

R. Haoulani, N.Bouterfas , A. Saari, R.Rezzak , A. Ladjouze
Service de pédiatrie A – Néonatologie, CHU Issad Hassani, Béni Messous, Alger, Algérie.

Introduction

Les kystes ovariens fœtaux sont généralement bénins, mais les formes volumineuses peuvent se compliquer de manifestations compressives ou digestives dès la naissance. Leur prise en charge repose sur une approche individualisée visant à prévenir les complications tout en préservant le capital ovarien.

Matériels et méthodes

Nous rapportons deux observations de nouveau-nés présentant des kystes ovariens droits volumineux diagnostiqués en anténatal et ayant bénéficié d'une prise en charge conservatrice.

Résultats

Le premier cas concernait un nouveau-né prématuré de 36 SA, transféré dès la naissance pour une masse abdominale compressive associée à une détresse respiratoire. Le diagnostic avait été évoqué en anténatal lors du morphogramme. L'échographie abdominale objectivait une volumineuse formation kystique ovarienne droite mesurant 90 × 92 × 58 mm correspondant à un volume estimé 244 ml. Une ponction évacuatrice a été réalisée, suivie d'une évolution favorable avec amendement de la détresse respiratoire, on note un début de résolution échographique au recul de six mois.

Le deuxième cas concernait un nouveau-né transféré à 13 heures de vie pour une masse abdominale associée à des vomissements. L'échographie abdominale retrouvait une formation kystique ovarienne droite de 44 × 42,5 × 30 mm, correspondant à un volume estimé à 29 mL. Une surveillance échographique a été retenue, montrant une taille stationnaire après deux mois de suivi.

Conclusion

Ces deux observations soulignent l'intérêt d'une prise en charge individualisée des volumineux kystes ovariens néonataux. En l'absence d'indication chirurgicale impérative, une approche conservatrice, associant ponction évacuatrice dans certaines situations et surveillance échographique, peut permettre une évolution favorable tout en privilégiant la préservation ovarienne. Un suivi prolongé reste nécessaire pour évaluer la résolution complète des lésions.

CA20. SEIPA néonatal : le piège diagnostique d'une ECUN présumée, à propos d'un cas

ZM. Bouchakour, R. Haoulani, F .Sari, S.Bouguerra, A.Ladjouze
Service de pédiatrie A, CHU Béni Messous, Algérie.

Introduction

Le syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) est une allergie alimentaire non IgE médié, pouvant se manifester par un tableau digestif sévère et simuler une entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN). Son diagnostic en période néonatale constitue un véritable défi.

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe féminin, transféré à J10 de vie d'une clinique privée pour un sepsis présumé à point de départ digestif, évoquant une ECUN. Une triple antibiothérapie, un remplissage vasculaire et un soutien par drogues vasoactives ont été instaurés. L'évolution initiale a été favorable après arrêt de l'alimentation, avec tarissement des diarrhées glairo-sanglantes et amélioration clinico-biologique. Cependant, la réintroduction du lait artificiel a entraîné une récidive des manifestations digestives, associant des vomissements et diarrhées. Le bilan biologique était en faveur d'un syndrome de malabsorption. Devant cette évolution fluctuante, étroitement liée à l'alimentation, un SEIPA a été suspecté. Une éviction des protéines alimentaires suspectées a été instaurée, permettant une évolution clinique favorable, accompagnée d'une reprise du gain pondéral sous lait de régime.

Conclusion

Devant un tableau digestif néonatal sévère chez un nouveau-né à terme sain, d'évolution atypique, notamment en cas de récidive des symptômes lors de la réalimentation, le SEIPA doit être évoqué. La reconnaissance de cette entité permet d'orienter la prise en charge vers l'éviction alimentaire adaptée et de favoriser la récupération nutritionnelle.

CA21. Cardiopathies congénitales critiques silencieuses chez le nouveau-né : une menace cachée

Ghania Akaba1, and Wahib Bourida 1
1- Department of Pediatric Cardiac Surgery, Pediatric Cardiology and of Pediatric Cardiac Surgery Specialized Hospital -Algiers

Introduction

Les cardiopathies congénitales critiques (CCC) représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité néonatales. Certaines formes demeurent asymptomatiques durant les premières heures ou jours de vie, retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge. Cette étude vise à souligner l'importance du dépistage précoce des CCC silencieuses chez les nouveau-nés.

Matériels et méthodes

Une revue narrative de la littérature a été réalisée à partir d'études publiées entre 2015 et 2025 concernant les cardiopathies congénitales critiques diagnostiquées

après la naissance. Les données relatives aux manifestations cliniques, aux méthodes de dépistage, aux délais diagnostiques et aux conséquences cliniques ont été analysées.

Résultats

Les CCC concernent environ 2 à 3 naissances pour 1 000 naissances vivantes. Parmi elles, plusieurs anomalies ducto-dépendantes, telles que la transposition des gros vaisseaux, la coarctation sévère de l'aorte ou le syndrome du cœur gauche hypoplasique, peuvent rester cliniquement silencieuses avant la fermeture du canal artériel. Dans de nombreux cas, l'examen clinique néonatal seul présente une sensibilité limitée. Le dépistage par oxymétrie de pouls améliore significativement la détection précoce des CCC occultes et réduit les diagnostics tardifs associés à une instabilité hémodynamique, un choc cardiogénique ou des séquelles neurologiques. L'intégration du dépistage systématique dans les maternités apparaît comme une stratégie simple, peu coûteuse et efficace pour améliorer le pronostic.

Conclusion

Les cardiopathies congénitales critiques silencieuses constituent une menace cachée en période néonatale. Le recours systématique à l'oxymétrie de pouls, associé à un examen clinique rigoureux et à une orientation rapide vers l'échocardiographie, permet d'optimiser le diagnostic précoce et d'améliorer les résultats cliniques. Un programme universel de dépistage devrait être encouragé dans toutes les structures de naissance.

Mots-clés : cardiopathie congénitale critique, nouveau-né, dépistag, oxymétrie de pouls, diagnostic précoce, néonatologie

CA22. Rôle de l'Échocardiographie chez les Nouveau-nés Présentant des Signes Discrets de Cardiopathie Congénitale

Ghania Akaba1, and Wahib Bourida 1
1- Department of Pediatric Cardiac Surgery, Pediatric Cardiology and of Pediatric Cardiac Surgery Specialized Hospital -Algiers

Introduction

Les cardiopathies congénitales (CC) constituent les malformations congénitales les plus fréquentes chez le nouveau-né. Lorsque les manifestations cliniques sont discrètes, telles qu'un souffle cardiaque léger, une tachypnée modérée ou une désaturation transitoire, le diagnostic peut être retardé. L'échocardiographie est l'examen de référence permettant une évaluation anatomique et fonctionnelle précoce du cœur néonatal.

Matériels et méthodes

Une étude prospective observationnelle a été menée sur une période de 12 mois dans une unité de néonatologie. Ont été inclus les nouveau-nés présentant des signes évocateurs mais non spécifiques de cardiopathie congénitale (souffle cardiaque, cyanose discrète, difficulté alimentaire ou saturation en oxygène limite). Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique standardisé suivi d'une échocardiographie transthoracique réalisée par un cardiopédiatre. Les données démographiques, cliniques et échographiques ont été analysées.

Résultats

Parmi 180 nouveau-nés évalués, 58 (32,2 %) présentaient une anomalie échocardiographique. Les diagnostics les plus fréquents étaient la communication interventriculaire (34 %), la communication interauriculaire (24 %), la persistance du canal artériel hémodynamiquement significative (19 %) et diverses cardiopathies congénitales critiques (8 %). Chez 15 nourrissons (25,9 % des cas confirmés), l'examen clinique seul n'avait pas permis de suspecter la sévérité de l'atteinte. L'échocardiographie a permis une orientation précoce vers une prise en charge spécialisée, réduisant le risque de décompensation cardiovasculaire. Ces résultats soulignent la faible sensibilité des seuls signes cliniques et confirment la valeur diagnostique élevée de l'échocardiographie en période néonatale.

Conclusion

L'échocardiographie représente un outil diagnostique essentiel chez les nouveau-nés présentant des signes subtils de cardiopathie congénitale. Son utilisation précoce améliore la détection des anomalies cardiaques significatives et facilite une prise en charge adaptée, contribuant ainsi à réduire la morbidité et la mortalité néonatales.

CA23. Ictère hémolytique du nouveau-né : étude descriptive de 82 cas au service de néonatologie de l'EHS Nouar Fadéla, Oran

F; Djeghali ; N Makloufi ; N Gharnnia S; Ait Mouloud; B ;Brikci F .Saadullah B. Abbès; A.Dahrnani :M :Benhouabdellah: L. Cheriet
EHS Nouar Fadela Oran, Algérie

Introduction

L'ictère hémolytique est une pathologie fréquente en période néonatale. Sa gravité tient au risque d'encéphalopathie hyperbilirubinémique, d'où l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces. L'incompatibilité fœto-maternelle ABO en est la cause la plus courante

Objectif

Déterminer l'incidence de l'ictère hémolytique dans notre service et décrire ses caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives.

Matériel et méthodes

Étude transversale descriptive, rétrospective et prospective, menée de janvier à octobre 2025. Elle a inclus les nouveau-nés hospitalisés pour ictère hémolytique. Les données ont été recueillies sur une fiche de renseignements préétablie.

Résultats

Nous avons colligé 82 cas sur 3 175 naissances, soit une incidence de 2,58 %. Les mères étaient de groupe O dans 81,7 % des cas, avec un âge moyen de 32,8 ans. On notait une prédominance féminine (58,5 %), et 82,9

% des nouveau-nés étaient nés à terme. L'ictère était franc dans 93,9 % des cas, d'installation aiguë dans 52,4 %. La bilirubine était comprise entre 100 et 200 µmol/L chez 67 % des patients, sans valeur supérieure à 300 µmol/L. Le test de Coombs direct était positif chez 24,4 % des nouveau-nés, et une anémie était présente dans 43,6 % des cas. Tous les patients ont bénéficié de photothérapie, conventionnelle seule (56,1 %) ou associée à l'intensive (43,9 %). Exsanguino-transfusions été nécessaires

Conclusion

L'ictère hémolytique est fréquent dans notre service, mais d'évolution le plus souvent favorable grâce à une prise en charge précoce par photothérapie. Le groupage phénotypé et le test de Coombs direct systématiques chez tout nouveau-né A ou B de mère O, l'équipement des maternités en bilirubinomètre transcutané et la surveillance après la sortie sont essentiels pour prévenir l'ictère nucléaire.

CA24. L'atrésie pulmonaire à septum ouvert (APSO) : à propos d'un cas

S. Ait Mouloud ; N. Makhloufi ; F. Djeghali ; N. Ghamnia B. Brikci Sid ; F. Saadallah ; B. Abbès ; A. Dahmani ; M. Benbouabdellah ; L. Cheriet

EHS Nouar Fadela Oran, Algérie.

Introduction

L'atrésie pulmonaire à septum ouvert (APSO) représente le sommet de la complexité des cardiopathies congénitales cyanogènes, incarnant la forme ultime de la tétralogie de Fallot. Le verrouillage total entre le ventricule droit et le lit pulmonaire, associé à une large communication interventriculaire constitue un piège anatomique ou chaque minute compte dès la naissance face au risque de collapsus hypoxique.

Objectif

Illustrer l'intérêt d'une prise en charge en urgence d'une cyanose néonatale réfractaire pour un diagnostic précoce. Rappeler l'impératif du maintien de la perméabilité ductale par prostaglandines dès la naissance.

Observation

Nous rapportons le cas de Djoud de 38 SA, né par voie haute d'une mère diabétique sous insuline. Le nouveau-né a nécessité une réanimation à la naissance de huit minutes (Apgar 1/10 à 1min de vie). Le nouveau-né d'un poids de 3700 g a été hospitalisé d'emblée pour détresse respiratoire (Silverman 4/10). L'examen clinique était marqué par la présence d'une cyanose centrale et d'une hypoxémie (SaO2 : 80 %). L'évolution était marquée par la généralisation de la cyanose, avec aggravation de la détresse respiratoire malgré la mise sous oxygène sous Hood (6 L/min). La radiographie thoracique montrait une silhouette cardiaque en sabot, évoquant une cardiopathie cyanogène. L'échocardiographie confirmait une APSO de type I. Une prise en charge spécialisée avec projet chirurgical à un mois était envisagée.. Malgré un diagnostic établi précocement, l'absence de prostaglandine E1 — indispensable au maintien de la perméabilité du canal artériel — n'a pas permis de stabiliser l'état du nouveau né. Son tableau clinique s'est progressivement aggravé, conduisant malheureusement au décès au 5e jour de vie.

Conclusion

L'APSO est un vrai défi de la médecine néonatale qui exige une réactivité diagnostique sans faille. Les prostaglandines constituent le bouclier thérapeutique immédiat pour maintenir le canal artériel ouvert, le pronostic vital repose sur la synergie d'une équipe multidisciplinaire et l'accès à une plateforme de chirurgie cardiaque néonatale.

CA25. Syndrome de Joubert : Présentations néonatales différentes et diagnostic précoce. A propos

CN .Benazzouz ,N.Hiddouche ,N.Khelafi

Service hospitalo-universitaire, EPH thenia

Introduction

La maladie de Joubert est une maladie rare d'origine génétique avec une prévalence de 1/100000 naissances, fait partie des ciliopathies et responsable d'une malformation au niveau du cervelet et du tronc cérébral. L'affection se manifeste dès la naissance par divers symptômes, associés ou non. Le diagnostic est clinique, et confirmé par l'IRM. Il n'existe, actuellement, aucun traitement de cette maladie. La prise en charge est symptomatique.

Observation

Observation 01

C'est un garçon, issu d'un couple consanguin 2éme degré. La grossesse s'est bien déroulée, menée à terme avec un accouchement par voie basse sans incidents. L'échographie anténatale n'a pas révélé d'anomalies. Le nouveau-né était eutrophique avec un bon score d'Apgar. Hospitalisé à j15 de vie pour accès de cyanose, polypnée et refus de téter. L'examen clinique a mis en évidence, en plus de la détresse respiratoire, une dysmorphie faciale marquée par la macrocranie, un épicanthus, un ptosis intermittent avec apparition ultérieure d'épisodes d'arythmie respiratoire entre apnées et polypnées, un nystagmus bilatéral. Une cause centrale, notamment cérébelleuse, a été suspectée confirmée par IRM cérébrale objectivant (signe de la molaire) compatible avec le diagnostic du syndrome de Joubert. Un bilan malformatif réalisé s'est avéré normal. Actuellement âgé de 15 mois, il présente un retard psychomoteur, suivi pour maladie asthmatique.

Observation 02

C'est une fillette, issue de parents consanguins, née à terme par voie basse, avec notion d'hydramnios à l'échographie anténatale, aux ATCD d'une sœur décédée en période néonatale avec diagnostic de Dandy Walker. Elle présentait dès la naissance une détresse respiratoire modérée. Cliniquement, fente labiopalatine, hypotonie globale mais surtout respiration irrégulière avec des apnées. Les

explorations pratiquées, l'ETF était sans anomalies, la ponction lombaire stérile, L'ammoniémie et la lactacidémie étaient normales, une IRM cérébrale pratiquée objectivant le syndrome de Joubert. Le nouveau-né est décédé 15 jours après sa sortie pour fausse route.

Conclusion

Le syndrome de Joubert est une affection très rare, à laquelle il faut penser en période néonatale, notamment devant une respiration irrégulière (tachypnée et/ou apnée épisodiques) et un nystagmus. La confrontation des données cliniques avec des images caractéristiques à l'IRM (dent molaire) permet de poser le diagnostic.

Mots-clés : syndrome de Joubert, nouveau-né

CA26. Méningite néonatale à pneumocoque : Une infection invasive inhabituelle, mais redoutable en période néonatale. A propos de deux cas

CN.Benazzouz ,N.Zaiter, N.Khelafi

Service Hospitalo-universitaire de Pédiatrie, EPH Thenia

Introduction

Les méningites bactériennes néonatales représentent un véritable enjeu diagnostique et une urgence thérapeutique, Le streptococcus pneumoniae (S. pneumoniae) est rarement impliqué, constituant une infection invasive inhabituelle (IIP) mais reste grevée d'un taux très élevé de mortalité et de séquelles neurologiques à long terme.

A travers ces deux observations, nous soulignons les caractéristiques cliniques, microbiologique et évolutives de la méningite néonatale à pneumocoque.

Observation

Nous rapportons deux cas de méningite néonatale à streptococcus pneumoniae, survenant chez une fillette et un garçon âgé respectivement de 28 jours et 35 jours de vie, la fillette née à 39 SA par voie basse avec bon Apgar, d'une mère de 32 ans sans ATCD particuliers, G6A2P4. Le garçon né prématuré de 32 SA, par voie haute avec bon Apgar, d'une mère de 36 ans opérée d'un cancer du cavum, G3C3 avec notion de diabète gestationnel, dans les deux cas pas de notion de déficit immunitaire dans la fratrie. Le motif d'admission retrouvé était la fièvre remontant en moyenne à 4 jours dans un contexte de contage viral avec refus de tétée ,cliniquement, les nouveaux nés étaient fébriles à 38,5°c , en état général moyen ,geignards ,hypotoniques, par ailleurs le garçon présentait une détresse respiratoire pour laquelle une radiographie thoracique pratiquée revenant sans anomalies , un bilan inflammatoire réalisé , NFS normale et CRP à 48 mg/L ,une hémoculture ainsi une ponction lombaire urgente pratiquée à l'admission révélant un LCS trouble , glycorachie 0.3 gr/L , la cellularite entre 500-1000 elts/mm (60 -95%de PN ±A) , alors qu'une PL réalisée chez le garçon la veille de son admission était lymphocytaire .L'examen direct est (+) pour le cocci gram+. Une biATB empirique urgente est entamée à base de C3G +Aminoside à dose méningée. L'évolution était marquée par l'aggravation rapide en quelques heures du tableau clinique par AEG , apparition de mouvements convulsifs , des apnées voir plusieurs arrêts respiratoires , malgré les mesures de réanimation et la mise sous ventilation invasive , le décès est survenu entre 24- 48h .Le diagnostic étiologique d'une méningite à pneumocoque est confirmé ultérieurement par la culture du LCR revenant positive pour un streptococcus pneumoniae multi résistant ,sensible à la vancomycine et ciprofloxacine . Les sérotypes impliqués respectivement est le 5 (vaccinal) et12B (non vaccinal).

Conclusion

L'infection invasive pneumococcique y compris la méningite reste de pronostic redoutable , avec une mortalité élevée en période néonatale , aggravée par le retard diagnostic devant le tableau clinique atypique , l' ATB non ciblée par l' émergence de souches multi résistantes ,d' où la nécessite d'une surveillance appropriée et d'un choix judicieux des ATB pour améliorer le pronostic en dehors d' un déficit immunitaire majeur, tout en insistant sur les mesures préventives et la vaccination anti-pnemococcique

CA27. Listériose néonatale : infection rare mais grave, à ne pas oublier
A propos de 3 cas

F CN. Benazzouz , N.Zaiter, N. Khelafi

Service Hospitalo-universitaire de Pédiatrie EPH Thenia

Introduction

La listériose néonatale, causée par Listeria monocytogenes, est une infection alimentaire rare mais associée à une morbidité neurologique et une mortalité élevée chez le nouveau-né. Elle demeure une cause rare mais grave d'infection néonatale précoce (INP) et de méningite chez le nouveau-né. A travers ces 3 cas, nous analysons les particularités épidémiologiques, cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives de la listériose néonatale.

Observation

Nous rapportons une série de 3 cas de listériose néonatale confirmée, colligés dans un service de néonatologie de l'EPH thénia, avec notion de consommation maternelle de produits laitiers fermentés ou charcuteries. Deux cas ont présenté la forme précoce de listériose survenant entre 30min et 24h de vie , se manifestant par une infection néonatale bactérienne précoce (INBP) , chez des prématurés de 32 et 35 SA, de sexe masculin , nés par voie haute pour SFA avec Apgar moyen , ayant présenté respectivement , une fièvre à 38,9°c avec refus de tétée , et une détresse respiratoire précoce sévère pour le deuxième prématuré pour laquelle une radiographie thoracique réalisée revenant sans anomalies .Une CRP était >96 mg/L / NFS normale , hémoculture demandée. EN attendant les résultats, une ATB empirique urgente entamée à base de C3G +Aminoside à dose septique. L'évolution par aggravation rapide du

tableau clinique respectivement entre 4H et 24H, était marquée dans le premier cas par un choc septique, sclérème et mouvements convulsifs d'où suspicion d'une méningite associée, pour cela une PL urgente pratiquée revenant hématique avec décision d'ajouter la pénicilline et plusieurs épisodes d'apnée dans le deuxième cas ayant nécessité des mesures de réanimation avec maintien de la même ATB. A 24 h d'hospitalisation le premier nouveau-né a bien évolué sous triple ATB, le décès est survenu pour le deuxième bébé sous biATB. La culture récupérée 72h après l'hospitalisation confirmant le diagnostic revenant (+) pour listéria monocytogenes. Le 3éme cas, un garçon de 9 jours de vie, ayant présenté une forme tardive type neurolistériose, né à terme par voie basse avec bon Apgar, admis pour fièvre et refus de tétée , cliniquement bébé hyperexcitable, apathique d'où suspicion d'une méningite , une PL pratiquée avec cellularité à 900 (60% de PNA) et glycorachie à 0.16gr/l confirmant le diagnostic .Une ATB probabiliste est mise en route à base de pénicilline +aminoside à dose méningée .La culture revenant (+) pour listéria monocytogenes. Les deux bébés vivants, ont bien évolué à court terme sous pénicilline +aminoside de 21 jours, de même à long terme avec bon développement psychomoteur et bilan lésionnel cérébral qui est revenu sans anomalies.

Conclusion

La listériose néonatale reste une infection qu'il ne faut pas oublier , sa rareté ne doit pas occulter sa gravité, et la sensibilisation des femmes enceintes aux mesures diététiques reste la stratégie de prévention la plus efficace pour améliorer les résultats.

Mots –clés : nouveau-né, Listeria monocytogenes, infection bactérienne

CA28. Syndrome d'abstinence néonatale : profil clinique et devenir hospitalier

À Propos d'une série de 19 cas

K.Kouchih D.Ouamri M.Benchekroune H.Abassa H.Oumsad F.Sadaoui

Service de néonatologie, CHU Douéra,Alger

Introduction

Le syndrome d'abstinence néonatale (SAN) est l'ensemble de manifestations cliniques neurologiques, comportementales, végétatives et digestives survenant chez le nouveau-né après une exposition in utero à des substances psychoactives, à la suite de l'interruption brutale de leur apport à la naissance.

Son expression clinique, souvent polymorphe, et la diversité des substances impliquées rendent sa reconnaissance et sa prise en charge parfois complexes.

Objectif

Décrire les caractéristiques maternelles, obstétricales et rapporter les manifestations cliniques, les modalités de prise en charge ainsi que l'évolution hospitalière des nouveaux nés présentant un syndrome d'abstinence néonatale

Matériel et méthodes

Étude descriptive rétrospective, portant sur 19 nouveau-nés hospitalisés chez qui un prélèvement toxicologique urinaire était positif avec des manifestations cliniques compatibles avec un syndrome d'abstinence néonatale. Sur une période de 24 mois allant d'octobre 2024 à octobre 2026. Les données recueillies concernaient les caractéristiques maternelles et obstétricales, les substances consommées pendant la grossesse, les paramètres périnataux, le profil clinique et l'évaluation par le score de Finnegan, la prise en charge et l'évolution hospitalière

Résultats

Tous les nouveau-nés étaient nés sous X, 73,7 % des grossesses n'ont pas bénéficié de suivi prénatal. L'âge maternel moyen était de 28,7 ans avec prédominance des mères âgées de 30 à 39 ans (52,6 %). La médiane d'apparition des symptômes était de 16 heures et la durée médiane des manifestations était de 4 jours et celle d'hospitalisation était de 11 jours. La prégabaline constituait la principale substance identifiée, consommée seule dans 52,6 % des cas et associée à d'autres substances dans 36,8 % des cas **;** une exposition isolée à la cocaïne était rapportée dans 10,5 % des cas. L'exposition maternelle au tabac était rapportée dans 11 cas (57,9 %), la consommation d'alcool était rapportée dans 2 cas (10.52%). Les sérologies maternelles étaient négatives dans 16 cas (84,2 %). Trois résultats positifs étaient relevés : une sérologie syphilitique, une sérologie VHC et une sérologie VHB. Tous les nouveaux nés ont bénéficié d'une évaluation clinique à travers le score de Finnegan avec une médiane de 9, des valeurs comprises entre 4 et 16. Les manifestations neurologiques et neuro comportementales prédominent, suivies de manifestations gastro intestinales et végétatives. La prise en charge reposait sur des mesures non pharmacologiques et aucun traitement pharmacologique spécifique n'était rapporté.

Conclusion

Ces observations soulignent l'importance d'un dépistage adapté des expositions prénatales, d'une évaluation clinique rigoureuse et d'une prise en charge néonatale adéquate, associant un accompagnement multidisciplinaire médico-social. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux caractériser les manifestations néonatales associées à ces expositions et préciser leur devenir à court et à long terme.

CA29. Déterminants socio-médicaux de l'accouchement prématuré à Oran

A. Reguieg, Z. Belakhdar, R. Mecifi

Service de néonatologie, CHU Oran

Introduction

L'incidence mondiale de la prématurité est estimée à 11%. En Algérie, les enquêtes montrent une disparité des données épidémiologiques sur la prématurité. L'identification précoce des facteurs de risque

constitue un enjeu majeur pour optimiser les stratégies de prévention et la prise en charge protocolisée d'un accouchement prématuré (AP).

Matériels et méthodes

Nous avons conduit, au niveau de la wilaya d'Oran, une étude descriptive, rétrospective et multicentrique, exploitant les données de 13 établissements de santé publique sur une période de huit ans (2016–2023). L'analyse des facteurs de risque a reposé sur une étude cas témoins menés en collaboration entre les services de gynécologie obstétrique et de néonatalogie du CHU d'Oran. Le traitement statistique des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats

L'incidence globale de la prématurité dans les structures publiques de la wilaya d'Oran était de 5,82%. L'étude cas témoins a inclus 402 nouveau nés. Les facteurs de risque de prématurité hautement significatifs ($p < 0,001$) étaient respectivement : la rupture prématurée des membranes, les grossesses induites, les grossesses multiples, l'hématome rétro placentaire, l'éclampsie, l'hypertension artérielle gravidique, les infections uro génitales.

Conclusion

La prématurité demeure un enjeu majeur de santé périnatale dans la wilaya d'Oran. Le dépistage systématique et la prise en charge ciblée des facteurs de risque identifiés constituent des leviers essentiels pour réduire l'incidence de la prématurité et améliorer le pronostic materno fœtal.

CA30. Polymorphisme clinique de la thrombose veineuse hépatique en période néonatale : à propos de 3 observations

Youssef SADI[1], Nafisa Mahieddine[1], Asma BOUKELA[1], Ouissem DJELLOULI[1], Mohamed Amine YAHIA ZOUBIR[1], Souad Nabila TOURI[1]

[1] Unité de néonatologie, Service de pédiatrie, Clinique Hassiba Ben Bouali, CHU de Blida, Algérie

Introduction

La thrombose veineuse hépatique (TVH) ou du carrefour cave est une pathologie rare et grave en néonatologie. Son diagnostic est un défi en raison d'une sémiologie souvent silencieuse ou masquée par la pathologie sous-jacente.

Objectif

L'objectif de ce travail est d'illustrer, à travers trois observations, la diversité des modes de révélation de la TVH et ses principaux facteurs de risque chez le nouveau-né.

Observations

Observation 1 (Facteur hémodynamique) : Nouveau-né à J3 de vie, admis dans un tableau de choc cardiogénique compliquant une tachycardie supraventriculaire (TSV). L'échocardiographie de débrouillage, objectivant une dilatation majeure des veines sus-hépatiques et de la veine cave inférieure, a permis de poser le diagnostic de thrombose veineuse associée.

Observation 2 (Facteur iatrogène) : Nouveau-né admis à H12 de vie pour la prise en charge d'un ictère grave précoce secondaire à une incompatibilité fœto-maternelle (IFM) dans le système ABO. L'évolution a été grevée par la survenue d'une TVH, complication directe d'un cathétérisme veineux ombilical (KT).

Observation 3 (Facteur infectieux) : Nouveau-né à J10 de vie, hospitalisé pour un premier épisode d'infection du tractus urinaire. La TVH a été de découverte totalement fortuite lors de l'échographie abdomino-pelvienne réalisée à la recherche d'une uropathie malformative sous-jacente.

Dans les trois observations, l'enquête étiologique globale incluant un bilan de thrombophilie approfondi s'est révélée négative, confirmant l'origine acquise de ces thromboses (bas débit/stase, matériel endovasculaire, sepsis). Une stratégie thérapeutique basée sur une anticoagulation curative a été instaurée pour chaque patient. L'évolution clinique et échographique a été favorable dans 100% des cas, avec perméabilisation du réseau veineux sans séquelles parenchymateuses.

Conclusion

La TVH néonatale est une affection multifactorielle dont la symptomatologie est extrêmement variable, allant de la découverte fortuite à la détresse hémodynamique aiguë. L'échographie (cardiaque et abdominale) joue un rôle central dans son dépistage. Malgré le risque de complications aiguës, un diagnostic précoce associé à une anticoagulation bien conduite permet d'obtenir un excellent pronostic, y compris chez le nouveau-né vulnérable.

CA31. Lupus néonatal et diversité des manifestations cliniques : à propos de quatre cas

Youssef SADI[1], Nafisa Mahieddine[1], Asma BOUKELA[1], Ouissem DJELLOULI[1], Mohamed Amine YAHIA ZOUBIR[1], Souad Nabila TOURI[1]

[1] Unité de néonatologie, Service de pédiatrie, Clinique Hassiba Ben Bouali, CHU de Blida, Algérie

Introduction

Le lupus néonatal est une affection rare liée au passage transplacentaire d'auto-anticorps maternels, principalement anti-SSA/Ro et anti-SSB/La. Ses manifestations sont hétérogènes, allant de lésions cutanées transitoires à des atteintes cardiaques graves, parfois irréversibles. La diversité de ses présentations constitue un véritable défi diagnostique pour le néonatologiste.

Objectif

Illustrer la diversité des manifestations cliniques du lupus néonatal à travers quatre observations, en soulignant les particularités diagnostiques et les enjeux de la prise en charge néonatale.

Observation

Nous rapportons quatre cas de lupus néonatal pris en charge au CHU de Blida. Le premier concernait une nouveau-née présentant, dès le cinquième jour de vie, un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) complet permanent associé à une hyperexcitabilité auriculaire.

Les deuxième et troisième observation correspondaient à des formes cutanées, révélées respectivement par des macules annulaires des pieds à l'âge de quatre semaines et par un érythème annulaire diffus du tronc à six semaines. Le quatrième cas concernait un prématuré de 36 semaines d'aménorrhée, ayant présenté une bradycardie fœtale, un BAV complet et une décompensation cardiaque à J5, favorablement contrôlée par le traitement médical. Les explorations immunologiques ont mis en évidence des anticorps maternels anti-SSA/Ro et/ou anti-SSB/La dans les quatre observations.

Conclusion

Ces observations illustrent deux présentations majeures du lupus néonatal : les manifestations cutanées, souvent transitoires, et les atteintes cardiaques, dont la gravité peut engager le pronostic vital et laisser des séquelles définitives. Elles soulignent l'importance de reconnaître les lésions annulaires évocatrices, de ne pas méconnaître une bradycardie ou un trouble de conduction et d'adapter les explorations au tableau clinique. Elles rappellent également que l'absence d'antécédents maternels connus de maladie auto-immune ne doit pas retarder les investigations devant une présentation néonatale compatible.

CA32. Blueberry Muffin Baby syndrome en période néonatale : deux présentations cliniques, deux étiologies distinctes.

Youssef SADI[1], Nafisa Mahieddine[1], Asma BOUKELA[1], Ouissem DJELLOULI[1], Mohamed Amine YAHIA ZOUBIR[1], Souad Nabila TOURI[1]

[1] Unité de néonatologie, Service de pédiatrie, Clinique Hassiba Ben Bouali, CHU de Blida, Algérie

Introduction

Le syndrome du Blueberry Muffin Baby est une manifestation cutanée rare du nouveau-né, caractérisée par des lésions papulo-nodulaires bleus violacés, correspondant classiquement à des foyers d'hématopoïèse extramédullaire dermique. Sa découverte impose une démarche diagnostique étiologique rigoureuse, les causes étant principalement infectieuses, hématologiques ou tumorales.

Objectif

Illustrer la diversité étiologique et évolutive du syndrome à travers deux observations néonatales.

Observations

Nous rapportons deux cas de nouveau-nés de sexe masculin, nés à terme, présentant des lésions cutanées diffuses bleu violacé, associées à une hépatosplénomégalie.

Observation 1 : Le premier nouveau-né présentait également un syndrome hémorragique modéré, sans signe infectieux. Le bilan étiologique a permis d'éliminer plusieurs causes hématologiques et tumorales. Le diagnostic d'infection congénitale à cytomégalovirus (CMV) a été retenu devant une PCR urinaire positive. Une surveillance clinique et biologique sans traitement spécifique a été instaurée, avec une régression progressive des manifestations cutanées et du syndrome tumoral.

Observation 2 : Le deuxième nouveau-né présentait, en plus des lésions cutanées, une détresse respiratoire sévère, suivie d'une fièvre persistante. Le bilan a révélé une pancytopénie, une hyperferritinémie majeure, une hypofibrinogénémie, une hypertriglycéridémie et des signes d'hémophagocytose médullaire. L'ensemble a conduit au diagnostic d'un syndrome d'activation macrophagique primitif, associé à une infection néonatale bactérienne présumée. Malgré une prise en charge symptomatique et spécifique, l'évolution a été défavorable, avec le décès à J20 de vie dans un tableau de choc septique.

Conclusion

Le syndrome du Blueberry Muffin Baby constitue un signe d'appel clinique dont la valeur pronostique dépend essentiellement de l'étiologie sous-jacente. Ces deux observations soulignent l'importance d'un bilan étiologique précoce, orienté notamment vers les infections congénitales et les pathologies hématologiques, en particulier les syndromes d'activation macrophagique. La confrontation des données cliniques, biologiques et virologiques est essentielle pour guider la prise en charge et apprécier le pronostic néona

CA33. Ankyloblépharon filiforme adnatum et adhérence fibreuse intra-orale : Une association rare, non syndromique.

Y. Mohammadi, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, L. Oukrif

Service de néonatologie du CHU Mustapha

Introduction

L'ankyloblépharon filiforme adnatum (AFA) est une malformation congénitale rare, caractérisée par la présence d'une ou plusieurs bandes de tissu conjonctif fin reliant les paupières supérieure et inférieure empêchant l'ouverture des yeux. De prévalence inconnue. son association non syndromique, à des adhérences fibreuses intra-orales est encore plus rare.

Observation

C'est un nouveau-né de sexe masculin dont la mère âgée de 29 ans, G2C2, est suivie pour diabète gestationnel +HTAG. La naissance est à terme, PN 3400g APGAR 8/10, 9/10. Au niveau de l'œil gauche, l'ouverture des paupières est limitée par une bande de tissu. Son excision par micro-ciseaux, sans sédation, en ophtalmologie se déroule sans incidents. Il présente aussi une bride pliant la lèvre inférieure sur elle-même en position médiane sans entraver l'alimentation ni la respiration. Il n'existe pas d'autres anomalies cliniques.

Conclusion

L'ankyloblépharon filiforme adnatum (AFA) est une anomalie congénitale bénigne rare, décrite pour la première fois par Von Hasner en 1881. L'incision de l'AFA doit être précoce pour éviter tout risque d'amblyopie. L'AFA peut etre isolé ou syndromique : syndrome d'Edwards (T18), syndrome de Hay-Wells

variante du syndrome d'ectodactylie-dysplasie ectodermique-fente labio-palatine), syndrome du ptérygion poplité (palmure intercrurale des membres inférieurs) et syndrome CHANDS (syndrome des cheveux frisés-ankyloblépharon-dysplasie unguéale). Dans des cas encore plus rares, l'AFA n'est ni syndromique ni isolée, mais associé à différentes adhérences tissulaires intra-orales, comme dans le cas rapporté. Ceci souligne l'importance d'un examen néonatal initial minutieux.

Mots-clés : ankyloblépharon, adhérences tissulaires, anomalie congénitale.

CA34. Syndrome de jeune : une forme rare d'osteochondrodysplasie

W. Zatout, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, L. Oukrif

Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

Le Sd de jeune ou dystrophie thoracique asphyxiante est une osteochondrodysplasie autosomique récessive rare, estimée à 1/100 000 naissances. Caractérisé par un thorax étroit, des cotes courtes, un nanisme à prédominance rhizomélique et parfois une polydactylie. Une petite cage thoracique peut limiter le développement pulmonaire et la respiration entrainant des problèmes respiratoires surtout chez le nourrisson. Une atteinte viscérale rénale, hépatique, pancréatique ou rétinienne est également possible.

Observation

La mère est une G3P2A1 de 21 ans, mariage consanguin, grossesse suivie avec un diagnostic de malformation fœtale type maladie osseuse constitutionnelle au morphogramme de 24 et 29 SA. Né par voie basse à 39SA+1j, le nouveau-né est de sexe féminin, PN 2700g (P9), taille 45cm (<P3), PC 32cm (P5), APGAR 8/10,9/10. Il présente un RCIU harmonieux, avec : thorax étroit d'aspect en cloche, côtes courtes, raccourcissement des membres supérieurs avec rhizomelie, humérus mesurant 5cm et mésomélie, raccourcissement du radius et de l'ulna, brachydactylie et polydactylie bilatérales, membres inférieurs courts avec longueur fémorale à 8cm sans incurvation osseuse, rachis d'aspect normal. Il n'y pas de dysmorphie faciale, mais il a une voix étouffée au départ puis se normalise rapidement, l'exploration ORL est sans anomalies. L'échographie abdominale et transfontanellaire sont sans anomalies.

L'échocardiographie cardiaque retrouve une CIA de 3,2 mm, absente au contrôle de 06 mois. A 11 mois, le poids 8kg (-0.6DS) et le PC : 44cm (-0.4DS) sont proches de la moyenne pour l'âge, la taille est à 65cm, soit 3DS). La marche avec appui est acquise. Le développement psychomoteur se déroule normalement

Conclusion

Notre patiente présente un Sd de Jeune, de meilleur pronostic que les formes dont la sévérité varie selon l'atteinte thoracique et respiratoire et l'existence d'atteintes viscérales, notamment rénales et hépatiques. La prise en charge est multidisciplinaire et individualisée, avec surveillance régulière et à long terme. L'étude génétique moléculaire permettra d'identifier le gène impliqué et de proposer un conseil génétique vu la consanguinité, le mode de transmission et le risque de récurrence.

Mots-clés : Syndrome de Jeune ; dystrophie thoracique asphyxiante ; dysplasie squelettique

CA35. Syndrome d'Adams Oliver : une forme néonatale modérée

M.Z. Latreche, F. Gadouche, A. Djafer khodja, I. Betrouni, L. Oukrif

Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

Le syndrome d'Adams Oliver, (SAO), est une pathologie génétique congénitale rare, estimée à 1/225000 naissances vivantes. Décrit la première fois par Forest Adams et Clarence Oliver en 1945, il est caractérisé principalement par l'association de défauts du cuir chevelu et d'anomalies terminales des membres. Son diagnostic repose sur la présence de 2 critères majeurs (aplasie cutanée congénitale du vertex, avec ou sans défaut osseux ; anomalies de réduction transversale des membres, brachydactylie, ectrodactylie, amputations ; antécédent familial au premier degré) ou encore sur l'association d'un critère majeur et d'un critère mineur (Anomalies vasculaires, cutis marmorata telangiectatica congenita ; malformations cardiaques congénitales ; anomalies du système nerveux central ; anomalies oculaires).

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin prématuré de 36 SA + 2J, poids de naissance 3050g, Apgar8/10,9/10. La mère est une G3P1 (1 ABRT + 1 MIU). Il est admis dès sa naissance devant la présence d'une plaque érythémato-violacée au niveau du vertex avec présence d'une hypoplasie unguéale aux membres inférieurs. Ces deux symptômes cliniques constituent 2 critères majeurs évocateurs du syndrome d'Adams Oliver. Le reste de l'examen clinique est sans anomalies. L'échocardiographie et l'IRM cérébrale sont normales

Conclusion

Le syndrome d'Adams-Oliver est une maladie non dégénérative au pronostic très variable : souvent bénin avec une espérance de vie normale dans les formes légères, cas de notre patient. Mais il peut être réservé en cas d'atteintes cardiaques ou crâniennes sévères. Dans les formes graves, l'évolution peut être émaillée de complications : hémorragies du cuir chevelu, infections cutanées graves, méningite, hypertension artérielle pulmonaire, malformations et amputations des membres, retard de développement neurologique.

Mots-clés : aplasie cutanée, anomalies vasculaires, malformation des membres.

CA36. Paralysie diaphragmatique néonatale secondaire à une malformation de Chiari II

F. Gadouche ; I. Betrouni ; A. Djafer khodja ; S. Abdessalem ; L. Oukrif
Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

La malformation de Chiari de type II est une anomalie congénitale caractérisée par la descente du tronc cérébral et du cervelet dans le canal cervical, souvent associée à une myélomeningocèle. Elle peut entrainer une compression bulbaire avec atteinte des nerfs crâniens et des racines cervicales. La paralysie diaphragmatique néonatale, est une complication rare mais grave, avec détresse respiratoire sévère nécessitant un support ventilatoire.

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin né à terme, avec le diagnostic anténatal de crane en citron et myelomeningocele.

Dès la naissance, le nouveau-né présente : détresse respiratoire, cyanose, stridor laryngé, asymétrie thoracique avec élévation paradoxale de l'hémithorax droit et ascension de l'hémidiaphragme droit sur la radiographie thoracique. Il présente une myelomeningocele lombo-sacrée. Le diagnostic de paralysie diaphragmatique droite secondaire à une atteinte phrénique liée à la malformation de Chiari II est retenu. La ventilation mécanique est inévitable.

Conclusion

La paralysie diaphragmatique néonatale secondaire à une malformation de Chiari II, entité rare, mais grave, est à évoquer devant une détresse respiratoire néonatale atypique, en cas de myelomeningocele. La descente du tronc cérébral et la compression des noyaux moteurs bulbaires ou des racines C3-C5 évoquent l'atteinte diaphragmatique. Le diagnostic repose sur la radiographie thoracique et l'échographie diaphragmatique. L'IRM est indispensable pour l'anomalie centrale. Le support ventilatoire est le traitement initial. La dérivation ventriculo-péritonéale de l'hydrocéphalie et la décompression cranio-cervicale améliorent parfois la fonction diaphragmatique. Sinon, une plication diaphragmatique chirurgicale est indiquée. Le pronostic dépend de l'atteinte neurologique et de la sévérité de la compression bulbaire.

Mots-clés : malformation de Chiari de type II, nerf phrénique.

CA37. Cébocéphalie avec hypotélorisme et narine unique

M.Z. Zouaid, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

La cébocéphalie est une malformation crâniofaciale congénitale rare appartenant au spectre des anomalies associées à l'holoprosencéphalie. Son étiologie est multifactorielle et dans 40 à 50 % des cas, une anomalie chromosomique, le plus souvent la trisomie 13, est retrouvée. Son incidence est de 1/16 000 naissances. Elle se caractérise par un hypotélorisme marqué et un nez rudimentaire présentant un orifice nasal unique. Elle est fréquemment associée à des anomalies du développement du prosencéphale, notamment dans les formes sévères d'holoprosencéphalie caractérisées par un défaut complet de séparation des hémisphères cérébraux. L'association de ces anomalies est responsable d'un pronostic souvent très défavorable.

Observation

La mère est une G3P2 de 27 ans, grossesse suivie avec un diagnostic de malformation fœtale au morphogramme de 17 SA type holoprosencéphalie alobaire, hypotélorisme et suspicion d'une arhinie. Né par voie basse à 35 SA + 3J, le nouveau-né est de sexe féminin, PN 1950g, Apgar 4/10, 5/10. Il présente : une malformation faciale, associant : nez rudimentaire avec narine unique, hypotélorisme, oreilles bas implantées et une détresse respiratoire précoce. L'échographie transfontanellaire objective un système ventriculaire dilaté occupant la quasi-totalité du crâne ; la structure médiane et le corps calleux ne sont pas visualisés, le parenchyme cérébral est laminaire. Il a nécessité la mise sous assistance respiratoire par ventilation mécanique, et sous antibiothérapie. Le décès est survenu à j6 de vie.

Conclusion

L'association d'une cébocéphalie à une holoprosencéphalie alobaire constitue une forme malformation crâniofaciale particulièrement sévère, incompatible avec la vie, comme l'illustre l'évolution de notre patiente, marquée par un décès néonatal à J6. Ce cas souligne l'importance d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge multidisciplinaire et de l'orientation du conseil génétique familial.

Mots-clés : holoprosencéphalie, hypotélorisme, malformation

CA38. Neutropénie persistante après entérocolite ulcéro-nécrosante tardive compliquée chez un prématuré

F. Gadouche ; A. Djafer khodja; I. Betrouni ; S. Abdessalem ; L. Oukrif
Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

L'entérocolite ulcero-necrosante (ECUN), complication redoutable chez le prématuré, est habituellement observée dans les premières semaines de vie. Sa survenue tardive est inversement proportionnelle à l'âge gestationnel et au poids de naissance. Sa sévérité potentielle et ses complications multiviscérales nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire prolongée.

Observation

Prématuré extrême né à 26 SA, poids de naissance 774g, le nouveau-né présente dès la naissance une détresse respiratoire nécessitant une ventilation non

invasive (NCPAP) et une antibiothérapie empirique ; l'alimentation est assurée exclusivement par le lait maternel. L'évolution clinique et biologique est favorable. Mais, à l'âge de deux mois et demi, au décours de l'introduction d'un lait artificiel pour prématuré, le nourrisson a développé une entérocolite ulcero-necrosante sévère caractérisée par : apnées, diarrhée, distension abdominale et syndrome inflammatoire biologique (CRP positive), compliquée d'une entéropathie exsudative (œdèmes, hypoalbuminémie) et d'une leuconeutropénie. La prise en charge a associé un repos digestif complet, une ration de base, une triple antibiothérapie ainsi qu'une perfusion d'albumine. L'évolution clinique est favorable, avec résolution de la symptomatologie digestive et amélioration de l'état général. Néanmoins, une neutropénie persistante à 330 éléments/mm³ est observée, nécessitant une surveillance clinique et biologique rigoureuse. Elle s'améliore très lentement, et finit par se normaliser vers l'âge de 10 mois.

Conclusion

Ce cas souligne la multiplicité des mécanismes physiopathologiques impliqués dans l'ECUN : immaturité intestinale, déséquilibre du microbiote, ischémie muqueuse et réponse inflammatoire exacerbée. L'entéropathie exsudative explique les pertes protéiques massives, tandis que la neutropénie persistante pourrait relever d'une consommation périphérique accrue, d'une toxicité médicamenteuse ou d'une carence nutritionnelle secondaire.
La surveillance hématologique et nutritionnelle au long cours est essentielle pour améliorer le pronostic de ces patients fragiles.

Mots-clés : entérocolite ulcero-necrosante, prématuré extrême.

CA39. Omphalurie et syndrome de Prune Bell : l'ombilic devient une voie d'excrétion urinaire

M.Z. Zouaid, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, L. Oukrif

Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

Le Sd de Prune Belly (Sd d'Eagle-Barret) est une malformation congénitale rare touchant principalement les garçons (>95% des cas). Il associe la triade classique : Hypoplasie ou aplasie de la musculature abdominale, anomalies rénales et urologiques (méga-vessie, méga-uretères, hydronéphrose) et cryptorchidie bilatérale et pied bot varus équin dans 26% des cas.

Observations

La mère est une G1P0C1 de 20 ans, grossesse suivie avec un diagnostic de malformation fœtale au morphogramme de 21 SA type méga-uretère, megavessie, petits reins et hydramnios. Né par voie haute à 32 SA + 5J, le nouveau-né est de sexe masculin, PN 2350g, Apgar 7/10,9/10. Il présente : un abdomen flasque, ridé, laissant deviner les anses intestinales sous la peau, un globe vésical, une cryptorchidie bilatérale et un pied droit en varus équin. L'échographie Abdomino-Pelvienne objective une urétérohydronéphrose sévère bilatérale, avec épaisseur corticale conservée, dilatation des 2 méats urétéraux et globe vésical atteignant l'ombilic. La fonction rénale est conservée. Il présente une omphalurie, par persistance du canal de l'ouraque, compliquée à 8 semaines de vie par une infection urinaire sévère, nécessitant, dès stérilisation des urines, une fermeture chirurgicale de la fistule de l'ouraque. La réparation chirurgicale définitive est différée.

Conclusion

Malgré l'importance des anomalies urologiques objectivées à l'échographie, le bilan biologique rénal initial est normal. L'ouraque est perméable à la naissance dans 25 à 30 % des cas. Une prise en charge est multidisciplinaire et individualisée est recommandée, mais une intervention ponctuelle peut s'imposer en cas d'infection urinaire, cas de notre patient. La réparation abdomino-uro-génitale définitive est différée avec surveillance régulière et à long terme de l'appareil urogénital.

Mots-clés : Syndrome de Prune Belly, ouraque perméable

CA40. Hépatoblastome chez le nouveau-né : une évolution inhabituelle

I. Betrouni, F. Gadouche, A. Djafer khodja, S. Abd esslam, L. Oukrif.

Service de néonatologie, CHU Mustapha

Introduction

L'hépatoblastome est une tumeur maligne primitive du foie, elle représente environ 0,5 à 2 % des tumeurs pédiatriques, elle atteint surtout l'enfant de moins de 3 ans, sa survenue néonatale reste rare.
Son diagnostic repose sur l'imagerie et le dosage de l'Alfa fœto proteine. Le traitement associe la chirurgie et la chimiothérapie. Sa régression spontanée est exceptionnelle contrairement au syndrome de Pepper.

Observation

Un nouveau-né de sexe féminin, prématuré à 32SA, transféré dès la naissance pour prise en charge d'une masse abdominale diagnostiquée en anténatal.
L'examen clinique retrouve une importante distension abdominale avec matité à la percussion, une hépatomégalie et un ictère cholestatique avec urines foncées et selles décolorées, sans dysmorphie craniofaciale ni de retard de croissance.
Le bilan biologique objective une cholestase associée à une cytolyse importante, une thrombopénie et une anémie. Le taux d'alpha fœto-protéine est très élevé, avec une β-hCG normale.
L'échographie abdominale complétée par une IRM abdomino-pelvienne retrouve un processus tumoral du foie gauche, développé aux dépens des segments III et IV, de forme ovalaire, mesurant 47 × 37 mm et s'étendant sur 44 mm de hauteur, avec de multiples

calcifications, fortement évocateur d'un hépatoblastome.
Le nouveau-né est adressé en oncologie pédiatrique pour une éventuelle chimiothérapie. Un bilan réalisé dans le cadre pré thérapeutique a objectivé une diminution de la taille de la masse sur l'échographie, associée à une légère diminution du taux d'alpha fœto-protéine. Une surveillance clinico-biologique et radiologique est retenue. L'évolution est marquée par une calcification progressive de la masse et une diminution spontanée de son volume, estimée à 15 % avec normalisation du taux d'alpha fœto-protéine après deux ans de suivi

Conclusion

L'évolution spontanément régressive d'une masse hépatique évoquant fortement un hépatoblastome est exceptionnelle. Cette observation souligne l'importance d'une évaluation diagnostique rigoureuse et d'une surveillance clinico-biologique et radiologique prolongée, en absence de confirmation histologique.

Mots-clés : hépatoblastome, alpha foeto proteine , masse hépatique

CA41. CPAM type 1 : Malformation congénitale des voies aériennes pulmonaires de type 1 de la découverte anténatale à la chirurgie néonatale précoce

I. Betrouni, A. Djafer khodja, F. Gadouche, S. Abd esslam, L. Oukrif.

Service de néonatologie, CHU Mustapha

Introduction

La malformation congénitale des voies aériennes pulmonaires de type 1, anciennement appelée malformation adénomatoïde kystique du poumon, est une malformation rare, elle représente 25 % des lésions congénitales des poumons, diagnostiquée en anténatal
A la naissance elle peut rester asymptomatique ou se manifester par une détresse respiratoire précoce
Le scanner thoracique est l'examen de référence. La sémiologie radiologique est variable.

Observation

Un nouveau-né de sexe masculin, né à terme, transféré dès la naissance pour prise en charge d'une malformation pulmonaire de diagnostic anténatal.
A la naissance le nouveau-né est asymptomatique, puis a développé un SDR scoré à 2 selon le score de Silverman après deux jours.
Un télé thorax a objectivé une dextrocardie et des clartés de la base de l'hémithorax gauche
Un scanner thoracique a confirmé le diagnostic par la présence de multiples formations kystiques parenchymateuses pulmonaires gauches
Une exérèse chirurgicale est réalisée au 6e jour de vie, avec des suites postopératoires favorables.

Conclusion

Le diagnostic anténatal chez notre nouveau-né a permis une exérèse chirurgicale précoce malgré l'absence de symptomatologie initiale, et une évolution postopératoire favorable. Le diagnostic prénatal permet d'anticiper la prise en charge, de planifier les conditions d'accouchement et d'orienter la stratégie thérapeutique, ce qui limite la survenue de complications infectieuses et tumorales.

Mots clés : malformation, pulmonaire, nouveau-né

CA42. Encéphalocèle pariétale néonatale : un défi diagnostique, pronostique et thérapeutique

W.Nait Saidi, F. Gadouche, A. Djafer-Khoudja, I. Betrouni, L. Oukrif

Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

Introduction

Les encéphalocèles sont des malformations congénitales rares, leur prévalence est estimée à environ 1 à 2 cas pour 10 000 naissances, avec des variations selon les régions géographiques. Elles sont caractérisées par une herniation de structures intracrâniennes à travers un défect crânien. Elles siègent le plus souvent dans la région occipitale. Le pronostic dépend principalement du contenu du sac et des anomalies cérébrales associées, plutôt que de la taille de la lésion. Les formes pariétales, plus rares, soulèvent des difficultés pronostiques et thérapeutiques particulières. Nous rapportons le cas d'un nouveau-né présentant une encéphalocèle pariétale fistulisée.

Observation

La mère, âgée de 32 ans, G4P3C1, suivie pour un diabète prégestationnel sous insulinothérapie, mal équilibré. Le diagnostic prénatal d'une malformation fœtale de type encéphalocèle a été posé à l'échographie de 27 SA. Le nouveau-né, de sexe féminin, né par césarienne à 36 SA + 4 jours, un poids de naissance de 3 150 g et un score d'Apgar de 7/10 et 8/10 . L'examen clinique retrouvait une microcrânie (PC à 30 cm) et une formation médiane bilobée, non recouverte de cuir chevelu, au niveau de la région pariétale postérieure, évoquant une encéphalocèle fistulisée. L'IRM cérébrale concluait à une large encéphalocèle pariétale, associée à une dilatation triventriculaire modérée et asymétrique, et une probable agénésie partielle du corps calleux.
Notre malade a bénéficié d'une réparation de son encéphalocèle à l'âge de 2 mois, elle présente un retard sévère du développement psychomoteur et poursuit son suivi par l'équipe de neurochirurgie

Conclusion

L'encéphalocèle pariétale est une malformation rare dont le pronostic dépend principalement du contenu du sac et des anomalies cérébrales et vasculaires associées. L'IRM joue un rôle essentiel dans le bilan préopératoire en précisant l'anatomie cérébrale, les rapports vasculaires et les malformations associées. La prise en charge vise non seulement la fermeture du défect crânien, mais également la préservation du tissu cérébral fonctionnel et du potentiel neurologique

CA43. Sillons de constriction et amputations congénitales : penser à la maladie des brides amniotiques

W. Nait Saidi, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger

Introduction

La maladie des brides amniotiques est une affection congénitale sporadique. responsable d'anomalies morphologiques variables, allant de sillons de constriction à des amputations distales, parfois associées à des malformations crâniofaciales ou viscérales. Deux principales hypothèses pathogéniques sont proposées : la théorie exogène, une rupture précoce de l'amnios entraîne la formation de brides fibreuses qui enserrent les structures fœtales, et la théorie endogène, qui privilégie un mécanisme vasculaire, les brides n'étant pas impliquées. Le pronostic et la prise en charge dépendent de la localisation des lésions, de leur sévérité et des anomalies associées. Nous rapportons une observation néonatale de maladie des brides amniotiques.

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, né par césarienne à 39 SA + 6 jours, avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine et un poids de naissance de 3 200 g. La mère, primigeste agée de 30ans. L'examen du nouveau-né retrouvait une syndactylie avec une brachydactylie de la main gauche, des sillons de constriction profonds des phalanges de la main droite, ainsi qu'un pied bot varus équin gauche associé à de multiples sillons de constriction des orteils. Une fente labiale sans fente palatine était également observée. Le bilan malformatif complémentaire était normal.

Le nouveau-né bénéficie d'un suivi en chirurgie infantile et d'un traitement orthopédique du pied bot ; une intervention est prévue pour libérer les sillons et corriger les malformations des membres.

Conclusion

L'association de sillons de constriction, d'anomalies digitales et d'amputations congénitales est évocatrice d'une maladie des brides amniotiques. La diversité et l'asymétrie des lésions soulignent l'importance d'un examen morphologique néonatal minutieux. Un bilan complémentaire et une évaluation multidisciplinaire sont nécessaires afin de rechercher d'éventuelles anomalies associées, de discuter les diagnostics différentiels et de planifier la prise en charge

CA44. Un signal cutané, un défi cérébral : quand les nævus congénitaux masquent une mélanose neuro-cutanée

A.Djafer Khodja, I.Betrouni , S.Abdessalem, F.Gadouche, L.Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha

Introduction

Le naevus congénital (NC) est une prolifération mélanocytaire bénigne non héréditaire issue d'une variation génétique en mosaïque, touchant 01% des nouveau-nés.

Les NC de grande taille, ou de taille moyenne multiples (≥ 3lésions) exposent au risque de mélanose neuro-cutanée qui peut être asymptomatique ou symptomatique (hydrocéphalie, épilepsie).

Observation

Un fœtus issu d'une mère G1P0 de 22 ans présente à l'échographie de 36SA un kyste de la fosse postérieure (65×32 mm) comprimant le cervelet, confirmé à l'IRM fœtale (57×37 mm). Né à 39 SA par césarienne (Apgar 8/10, 9/10), le nouveau-né présente dès la naissance une vingtaine de lésions mélaniques, la plus grande mesurant 5,5 cm (fesse) avec une taille projetée à l'âge adulte (TPA) de 15,4 cm (classe M2). L'IRM cérébrale à J6 montre un kyste arachnoïdien postéro-latéral droit (38×69×40 mm) sans hydrocéphalie. Des crises convulsives surviennent au 1er mois, contrôlées par lévétiracétam. À 3 mois, l'apparition d'une hypertension intracrânienne avec hydrocéphalie nécessite la pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale et le relais par valproate de sodium. À 11 mois, l'évolution montre un retard moteur, une stabilisation des crises, une valve fonctionnelle et l'absence de nouvelles lésions cutanées.

Conclusion

La prise en charge de la MNC repose sur un diagnostic précoce devant les manifestations neurocutanées. Le traitement reste symptomatique, axé sur le contrôle des crises convulsives et le drainage de l'hydrocéphalie pour améliorer la qualité de vie face au risque de retard psychomoteur.

CA45. PKRAR néonatale : du diagnostic prénatal à la défaillance respiratoire létale

A.Djafer Khodja, I.Betrouni , S.Abdessalem, F.Gadouche, L.Oukrif
Service de néonatologie, CHU Mustapha

Introduction

La polykystose rénale autosomique récessive (ARPKD) est une ciliopathie hépatorénale rare avec une incidence de 1/20.000 naissances, Elle est souvent causée par des variantes du gène PKHD1.

Observation

La mère est une G5P0C2 de 42 ans, consanguinité de 3eme degré, ATCD d'un garçon décédé par ARPKD et deux filles bien portantes, chez qui l'échographie obstétricale de 35SA montre : anamnios, néphromégalie bilatérale, parenchyme hyperéchogène, dédifférenciation cortico-médullaire.

Né à 36 SA par césarienne, réanimé pendant 8 min (ventilation et compressions thoraciques, intubation et adrénaline), avec Apgar 1/10, 4/10,7/10, présente une séquence de Potter avec un faciès typique:(Yeux espacés, pseudo-épicanthus, nez aplati, menton reculé et oreilles basses et plissées), des pieds bots en piolet, et une détresse respiratoire précoce liée à l'hypoplasie pulmonaire mis rapidement sous ventilation mécanique. Le reste de l'examen retrouve un contact

lombaire bilatéral, une oligurie et une tension artérielle normale.
Le bilan rénal et l'ionogramme sanguin sont normaux
L'échographie rénale montre une néphropathie bilatérale microkystique hyperéchogène avec dédifférenciation cortico-médullaire.
À J3 Apparition d'un Pneumothorax drainé, Le décès survient à J6 de vie par épuisement respiratoire.

Conclusion

L'ARPKD est une ciliopathie hépato-rénale rare, La forme néonatale est évoquée par l'échographie obstétricale devant une néphropathie bilatérale hyperéchogène avec oligo-anamnios. Et en post-natal par la séquence de Potter et l'échographie rénale qui objective une néphropathie bilatérale hyperéchogène avec des microkystes. La génétique confirme le diagnostic. Le décès est lié principalement à insuffisance respiratoire.

CA46. Échographie transfontanellaire assistée par intelligence artificielle

S. Abdessalem, A. Djafer Khodja, I. Betrouni, F. Gadouche, L. Oukrif
Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

L'échographie transfontanellaire (ETF) constitue l'examen de première intention pour le dépistage et le suivi des lésions cérébrales du nouveau-né prématuré. Chez les nouveau-nés extrêmement prématurés (≤ 28 semaines d'aménorrhée), l'incidence des hémorragies intraventriculaires sévères est estimée entre 6 et 22 % dans les études populationnelles. L'intelligence artificielle (IA), notamment l'apprentissage profond, offre de nouvelles perspectives pour automatiser l'analyse des images, standardiser leur interprétation et améliorer la détection des anomalies. L'objectif de ce travail est de présenter les principaux développements récents de l'IA appliquée à l'ETF néonatale, ainsi que leurs limites actuelles.

Matériels et méthodes

Une revue narrative ciblée de la littérature récente a été réalisée, portant sur les modèles d'IA appliqués à l'échographie cérébrale néonatale : classification des examens normaux et pathologiques, détection et gradation des hémorragies de la matrice germinale et intraventriculaires, sélection automatisée des coupes standards et prédiction du risque neurologique.

Résultats

Les études récentes montrent que l'intelligence artificielle peut aider à analyser les échographies transfontanellaires du nouveau-né. Elle peut notamment contribuer à repérer et grader les hémorragies cérébrales, à différencier certaines échographies normales et pathologiques et à sélectionner automatiquement les coupes échographiques les plus utiles. Certains travaux ont également évalué son utilisation à partir de séquences vidéo échographiques. Les résultats obtenus sont encourageants et des études multicentriques commencent à être publiées. Cependant, ces outils restent encore principalement évalués dans le cadre de la recherche et ne sont pas actuellement utilisés de façon courante en pratique clinique. Une validation plus large est nécessaire avant leur intégration en routine.

Conclusion

L'intelligence artificielle appliquée à l'échographie transfontanellaire représente une aide prometteuse pour le dépistage et l'interprétation des lésions cérébrales du nouveau-né. Elle peut améliorer la reproductibilité des examens et assister le médecin dans son interprétation, sans remplacer son expertise clinique. Une validation multicentrique reste nécessaire avant une utilisation courante en néonatologie.

CA47. Le syndrome Triple X (47 XXX) dans sa forme discrète.

M. Meguehout, F. Gadouche, I. Betrouni, A. Djafer khodja, L. Oukrif
Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

La Trisomie X est une anomalie chromosomique rare qui touche les personnes de sexe féminin. Elle est caractérisée par la présence d'un chromosome X surnuméraire dans les cellules (47 chromosomes au lieu de 46, profil 47,XXX). Elle concerne environ 1/1 000 filles. Cette anomalie survient de façon aléatoire lors de la division cellulaire, généralement non héréditaire et le plus souvent asymptomatique ou pauci-symptomatique. Les manifestations principales sont : grande taille, risque modéré de retard de langage ou d'apprentissage et discrète vulnérabilité psychologique.

Observation

La mère est une G1P0 de 22 ans, grossesse suivie avec un diagnostic d'hyperclarté nucale objectivé à l'échographie du 1e trimestre, motivant la réalisation d'un caryotype sur liquide amniotique par amniocentèse. Celui-ci objective la présence de 47 chromosomes avec une formule gonosomique XXX. Né à 40SA par voie basse instrumentalisée, le nouveau-né est de sexe féminin PN : 3200 g (P35) ; T : 52 cm (P89) ; PC : 37cm (P97) ; APGAR 7/10 8/10. Hormis un cou court palmé, son examen neurosomatique est normal, avec OGE de morphotype féminin. Le caryotype chez le nouveau-né confirme l'anomalie chromosomique. Le nouveau-né ne présente pas d'autres anomalies à l'exploration paraclinique (Échographies cardiaque, abdomino-pelvienne, cervicales et transfontanellaire et l'EEG). Le développement psychomoteur et neurodeveloppemental et la croissance se déroulent normalement.

Conclusion

Il s'agit d'un cas de trisomie 47 XXX, confirmé par caryotype en pré- et postnatal. Hormis un cou court palmé, le bilan malformatif clinique et paraclinique exhaustif est normal. Le développement psychomoteur

et neurodeveloppemental est, à ce jour, harmonieux. Ceci confirme le caractère souvent paucisymptomatique de ce syndrome qui nécessite néanmoins, un suivi pédiatrique régulier.

Mots-clés : Syndrome de Triple X, anomalie chromosomique, Trisomie X

CA48. Syndrome d'Apple-Peel chez un nouveau-né : à propos d'un cas

S. Abdessalem, A. Djafer Khodja, I. Betrouni, F. Gadouche, L. Oukrif

Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

Le syndrome d'Apple-Peel correspond à une forme rare d'atrésie jéjunale de type IIIb, caractérisée par un enroulement du grêle distal autour d'un axe vasculaire unique. Les atrésies jéjuno-iléales ont une incidence d'environ 2 cas pour 10 000 naissances vivantes. Il constitue une cause rare d'occlusion néonatale et expose à des difficultés chirurgicales et nutritionnelles importantes. Le diagnostic anténatal demeure difficile et la confirmation est le plus souvent peropératoire.

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe féminin, née à 37 SA + 5 jours, de poids de naissance 2 850 g, admise pour distension abdominale présente dès la naissance. Une IRM fœtale réalisée à 30 SA devant une suspicion d'obstruction digestive avait montré une dilatation colique gauche jusqu'au sigmoïde, orientant initialement vers une maladie de Hirschsprung. Devant le tableau d'occlusion néonatale, l'exploration chirurgicale a objectivé trois atrésies jéjunales étagées avec importante dilatation du jéjunum proximal. En aval, le grêle était disposé en spirale autour d'un axe vasculaire unique, réalisant l'aspect caractéristique d'un syndrome d'Apple-Peel. Une dérivation digestive par jéjunostomie double terminalisée associée à une colostomie a été réalisée. L'évolution postopératoire a été défavorable marquée par le décès du nouveau ne

Conclusion

Le syndrome d'Apple-Peel doit être évoqué devant toute occlusion néonatale, même lorsque l'imagerie anténatale est non spécifique. La reconnaissance peropératoire de cette forme complexe permet d'adapter la stratégie chirurgicale et d'anticiper les difficultés nutritionnelles liées à la réduction de la longueur intestinale.

CA49. Une masse médiastinale trompeuse : duplication digestive thoracique simulant un kyste bronchogénique

S. Abdessalem, A. Djafer Khodja, I. Betrouni, F. Gadouche, L. Oukrif

Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

Les duplications digestives sont des malformations congénitales rares, avec une incidence estimée à environ 1 naissance sur 4 500. Les formes thoraciques sont inhabituelles et peuvent se présenter comme une masse kystique médiastinale simulant notamment un kyste bronchogénique. L'imagerie précise les rapports anatomiques, mais le diagnostic de certitude repose sur l'étude histologique.

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin, né à terme avec un poids de naissance de 3 900 g, suivi dès la naissance pour une formation kystique thoracique détectée en anténatal. L'adaptation néonatale était satisfaisante, sans détresse respiratoire. À 20 jours de vie, le scanner thoracique montrait une formation kystique médiastinale postérieure droite, paravertébrale, homogène et à paroi fine, mesurant 37 × 35 mm sur 49 mm de hauteur ; un kyste bronchogénique était évoqué en premier. À l'âge de deux mois, l'IRM objectivait une masse uniloculaire de 57 × 52 × 75 mm, au contact de l'œsophage, sans malformation vertébrale, faisant discuter un kyste neuro-entérique ou une duplication digestive. Une résection totale du kyste a été réalisée Les suites postopératoires ont été simples, permettant sa sortie avec suivi en consultation. L'examen anatomopathologique retrouvait une muqueuse de type gastrique, une sous-muqueuse fibrovasculaire et une double couche musculaire lisse, concluant à une duplication digestive, sans signe de malignité**.**

Conclusion

Cette observation illustre la difficulté du diagnostic différentiel des masses kystiques médiastinales congénitales. Une duplication digestive doit être envisagée devant une lésion para-œsophagienne ; l'examen anatomopathologique demeure indispensable pour établir le diagnostic définitif et guider le suivi

CA50. Syndrome de Goldenhar associé à des malformations congénitales multiples : À propos d'un cas

S. Taousar, F. Gadouche , I. Betrouni , A. Djafar khodja, L. Oukrif

Service de néonatologie. CHU Mustapha

Introduction

Le syndrome de Goldenhar, ou spectre oculo-auriculo-vertébral, est une anomalie congénitale du développement crâniofacial liée à une perturbation de la morphogenèse. Son expression clinique est variable, associant des anomalies faciales, auriculaires, oculaires et vertébrales, pouvant être accompagnées de malformations viscérales, rendant le diagnostic et la prise en charge complexes. Son étiologie est multifactorielle, impliquant des facteurs génétiques et environnementaux.

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe féminin, né à 39 SA+4 jours, poids de naissance 2800 g. elle présente en plus d'une omphalocèle, une asymétrie faciale, un appendice prétragien gauche, une tuméfaction occipitale évoquant un encéphalocèle. La TDM du rocher et du rachis retrouve un une hypoplasie de la caisse tympanique, de l'enclume, agénésie de

l'étrier, anomalie du trajet de nerf facial, hypoplasie mandibulaire gauche, des hémi vertèbres C2 et C4, associée à un bloc vertébral partiel C5 C6. A l'IRM cérébrale on note l'absence de visualisation du nerf facial gauche, sans autres anomalie décelable. Sur le plan rénale, les deux reins sont ectopiques pelviens fusionnés à droite donnant un aspect en galette. Par ailleurs l'échocardiographie et l'ETF n'ont pas révélé d'anomalie. Le diagnostic de syndrome de Goldenhar a été retenu.

Conclusion

Cette observation souligne l'importance d'évoquer un syndrome de Goldenhar devant l'association d'anomalie auriculaire et d'une asymétrie faciale, particulièrement en présence d'autres malformations congénitales. Une évaluation systématique des atteintes associées et une prise en charge multidisciplinaires sont indispensables pour préciser le diagnostic, adapter le suivi et améliorer le pronostic**.**

CA51. Déficit congénital en fibrinogène chez le nouveau-né à propos d'un cas

A.Fellahi L.Sifour S.Lounis M.Nait Belkacem N.Taib O. Ibsaine

EPH Ain Taya Alger, Algérie

Introduction

Le déficit congénital en fibrinogène est une anomalie rare de l'hémostase, de transmission autosomique récessive, pouvant se révéler dès la période néonatale par des manifestations hémorragiques sévères. Son diagnostic précoce est essentiel pour prévenir les complications potentiellement vitales.

Observation

Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe masculin, admis à l'âge de 48 heures pour un hématome volumineux du bras droit, associé à un saignement persistant au point de prélèvement lors de bilan biologique réalisé pour ictère. L'interrogatoire familial retrouvait plusieurs antécédents d'avortements spontanés maternels et le décès d'un oncle paternel dans un contexte de maladie hémorragique non documenté. La vitamine K prophylactique n'avait pas été administrée à la naissance. Le bilan biologique objectivait une anémie sévère, un taux de plaquettes normal, un TP et un TCK incoagulables, ainsi qu'un taux de fibrinogène effondré. Le diagnostic de déficit congénital en fibrinogène a été retenu. Le bilan de coagulation des parents et de la fratrie était normal. La prise en charge associait une transfusion sanguine, du plasma frais congelé, puis un traitement substitutif par concentrés de fibrinogène. L'évolution était favorable, marquée par la disparition du syndrome hémorragique.

Conclusion

Le déficit congénital en fibrinogène doit être évoqué devant tout syndrome hémorragique néonatal associé à des anomalies majeures de la coagulation. Un diagnostic précoce et une substitution adaptée permettent de contrôler les saignements et d'améliorer le pronostic

Mots clés : Hypofibrinogénémie, Hémorragie néonatale, concentrés de fibrinogène

CA52. Allo-anticorps anti-JKb : une cause rare d'hémolyse néonatale

Y.Khadri , F.A.Saari, R.Haoulani, Z.Nafai ,A.Mohand-oussaid ,R.Rezak ,N.Boukhedouma ,A.Ladjouze

Service Pédiatrie A, CHU Beni Messous

Introduction

La maladie hémolytique du nouveau-né (MHNN) est une affection fréquente, résultant le plus souvent de la destruction des globules rouges fœtaux par des anticorps maternels traversant le placenta, associée aux systèmes de groupes sanguins Rhésus et ABO, mais peut également être provoquée par des anticorps dirigés contre des antigènes érythrocytaires mineurs. Ces derniers sont responsables d'environ 3 à 5 % des cas de MHNN et peuvent être associés à une sévérité clinique variable. Nous rapportons le cas d'un nouveau-né hospitalisé à 10h de vie en unité de néonatologie**.**

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, né à terme par voie basse d'une mère âgée de 33 ans, sans antécédents médicaux particuliers. Le poids de naissance était de 3 100 g et les scores d'Apgar étaient de 9 et 10/10. À H10, un ictère généralisé isolé a été constaté. La bilirubinémie totale était de 139 mg/L, à prédominance indirecte, avec une hémoglobine à 12 g/dl, justifiant une photothérapie intensive. Le groupe sanguin maternel était AB ccDee Kell négatif, avec un test de Coombs indirect positif révélant la présence d'anticorps anti-érythrocytaires. Le groupe sanguin du nouveau-né était AB ccDEe Kell négatif. Le test de Coombs direct était fortement positif (3+) anti-IgG et complément. L'épreuve d'élution a identifié un allo-anticorps anti-JKb. Le nouveau-né a bénéficié de cinq séances de photothérapie intensive. L'évolution clinique a été favorable.

Conclusion

L'allo-immunisation anti-JKb constitue une cause rare de maladie hémolytique du nouveau-né. Les **anticorps** du système Kidd sont généralement de classe IgG et sont capables de traverser le placenta, entraînant une hémolyse fœtale ou néonatale.

La présentation clinique est habituellement légère à modérée, se limitant souvent à une hyperbilirubinémie nécessitant une photothérapie, comme dans notre observation. Des formes sévères, associées à une anémie ou nécessitant une exsanguino-transfusion, sont rares, mais ont été rapportées**.**

CA53. Dysplasie épithéliale intestinale révélée par une diarrhée néonatale réfractaire : défi diagnostique et thérapeutique

C. El Mezouar[1,3], S. Benyacoub[1], S. Marhoum[1], B. Taibi[1], F. Boussouar[1], SA. Benmansour[2,3].

[1]Service de Pédiatrie, EHS Mère-Enfant Tlemcen,

[2]Service de néonatologie, EHS Mère-Enfant

[3]Laboratoire BIOMOLIM, Université Aboubakr Belkaid

Introduction

La diarrhée néonatale précoce et persistante représente une urgence pédiatrique diagnostique et thérapeutique. Au-delà des causes infectieuses et immuno-allergiques courantes, elle doit faire évoquer les entéropathies congénitales intraitables, caractérisées par un pronostic nutritionnel sévère et une dépendance prolongée à la nutrition parentérale.

Observation

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de sexe masculin âgé de 3 mois, admis pour une diarrhée profuse et aqueuse (jusqu'à 7 selles/jour) évoluant depuis la 2e semaine de vie. L'examen clinique initial a révélé une déshydratation aiguë compliquant une dénutrition sévère, associée à des hypoglycémies récurrentes de jeûne. Le bilan biologique mettait en évidence une acidose métabolique à trou anionique normal (bicarbonates effondrés par fuite digestive), une hypokaliémie et une hypocalcémie récidivantes, ainsi qu'une anémie normochrome normocytaire ayant nécessité deux transfusions de culots globulaires. Les bilans hépatique, rénal et protido-lipidique étaient par ailleurs sans particularité. L'enquête étiologique a exclu une cause infectieuse. L'étude génétique par séquençage ciblé a permis d'identifier une mutation pathogène du gène EPCAM, confirmant le diagnostic de dysplasie épithéliale intestinale (tufting enteropathy). Une nutrition parentérale exclusive a été rapidement instaurée. L'évolution clinique demeure toutefois précaire, émaillée par la pérennisation du débit fécal hydro-électrolytique et des rechutes de déshydratation, témoignant de la sévérité intrinsèque de l'atteinte entérocytaire

Conclusion

Toute diarrhée néonatale persistante impose une démarche rigoureuse éliminant les causes fonctionnelles et infectieuses au profit des entéropathies congénitales. L'analyse génétique moléculaire (EPCAM) constitue aujourd'hui un pilier décisif pour affirmer le diagnostic et orienter le projet thérapeutique au long cours.

CA54. Thrombopénie fœtale et néonatale allo-immune compliquée d'hémorragie intracrânienne (à-propos d'un cas)

F. BOUAKAZ, N. BOUTAGHANE, R. DAHMOUNE, O. BENRABAH, S. BELLOUTI, KH. OTHMANI, M. MECHAI N. SLIMANI, F. AZI, L. KOUIDRI, KH. ZEGRAR, A. MAOUDJ
Service de néonatologie, CHU Nefissa Hamoud

Introduction

La thrombopénie fœtale et néonatale allo- immune (TFNAI) est une affection où le système de la mère produit des anticorps (IgG) dirigés contre les antigènes plaquettaires du fœtus (HPA-1a). Son incidence est de 1/2000 naissances vivantes. Elle se définit biologiquement par un taux de plaquettes < 150000/ mm³, un taux < 50000/mm³ dans les formes sévères. Elle est potentiellement grave par le risque d'hémorragie intracrânienne (10-25% des cas) avec des séquelles neurologiques permanentes. Contrairement à l'incompatibilité rhésus (GR) la TFNAI peut survenir dès la naissance.

Observation

Nous rapportons le cas de G. Ihssane nouveau-né de sexe féminin issue d'une grossesse suivie menée à 40SA chez une G4P1A2 sans antécédents pathologiques, née par voie haute pour présentation transverse avec bonne adaptation à la vie extra-utérine (Apgar : 8/10 ,9/10), admise dans le service à H12 de vie pour prise en charge d'un syndrome hémorragique.

Examen clinique à son admission : Etat général conservé, mais présence de pétéchies généralisées et des ecchymoses au niveau temporale droit et au niveau du pavillon de l'oreille droit.

Examens complémentaires :

- NFS : Taux de Plaq : 14000/mm³, HB : 11,9 g/dl, Frottis sanguin : macro thrombocytose
- Bilan infectieux : CRP négative, hémoculture négative, Sérologie (TORCH) : négatives
- Bilan maternel : Taux de plaquettes maternel normal (247000/mm³)
- Le bilan de gravité
  - ETF/TDM : multiples foyers hémorragiques parenchymateux nodulaires multifocaux associés à des lésions annulaires d'âge différents avec œdème péri-lésionnelle
  - IRM : multiples foyers hémorragiques d'âge différents parenchymateux sus tentoriel à prédominance juxta corticale évoquant l'origine anténatale
  - Echographie abdominopelvienne : Sans anomalie

Le diagnostic de TFNAI est retenu sur les arguments suivants :

Nouveau-né cliniquement stable en dehors du syndrome hémorragique cutané et Thrombopénie sévère isolée précoce à J1 de vie avec un taux de plaquettes normal chez la mère. La macro thrombocytose confirme l'origine périphérique de thrombopénie.

Malheureusement nous n'avons pas pu confirmer le diagnostic de TFNAI par les bilans immunologiques à cause de la non disponibilité et le cout cher. L e Nné a bénéficié d'une Transfusion des plaquettes.

Conclusion

La TFNAI est la cause la plus courante de thrombopénie sévère chez le nné. L'hémorragie intracrânienne est la complication la plus redoutée. La sévérité de la thrombopénie ne prédit pas le risque hémorragique. Contrairement au système Rhésus (D) il n'existe pas encore d'immunoprophylaxie standardisé pour empêcher l'immunisation initiale de la mère.

CA55. L'ostéogenèse imparfaite : Se méfier des fractures obstétricales

BOUREGHDA Rafik, CHALAH Sid-Ahmed.

Introduction

L'ostéogenèse imparfaite (OI), ou « maladie des os de verre », est une affection héréditaire de transmission dominante dans 90 % des cas, liée à une anomalie de la synthèse du collagène de type 1. Les fractures multiples par fragilité osseuse en sont la principale manifestation. L'objectif de ce travail est de décrire les difficultés et les critères diagnostiques de la maladie, et de montrer l'intérêt d'évoquer ce diagnostic devant toute histoire familiale de fractures obstétricales.

Observation

Le patient, âgé de 27 heures, était issu de parents consanguins et avait un frère aîné décédé dans un tableau de choc associé à des fractures obstétricales multiples. L'évaluation a comporté un examen clinique, un bilan biologique (FNS, bilan phosphocalcique, PTH) et une exploration radiologique. L'examen clinique à l'entrée objectivait des sclérotiques blanches, l'absence de syndrome dysmorphique et une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit en attitude vicieuse. Le bilan biologique était sans anomalie. La radiographie du bassin montrait une transparence exagérée des os longs et une fracture déplacée de l'extrémité supérieure du fémur droit. Le patient a bénéficié d'une réduction chirurgicale avec une évolution marquée par la réduction de la fracture.

Conclusion

L'histoire familiale de fractures obstétricales, complétée par la radiographie (déminéralisation de la trame osseuse), a permis de poser le diagnostic d'OI. L'absence de syndrome dysmorphique et le caractère unique de la fracture suggèrent une forme modérée non déformante (type 1 de la classification de Sillence modifiée). L'ostéodensitométrie et la biologie moléculaire n'étant pas disponibles, le traitement est resté symptomatique, les bisphosphonates n'ayant pas été réalisés faute d'incidents évolutifs. Ce cas illustre la difficulté diagnostique dans notre contexte et la nécessité d'évoquer l'OI devant toute fracture obstétricale.

CA56. Thrombophilie héréditaire sévère due au déficit congénital en protéine C : À propos d'un cas

BOUREGHDA Rafik, CHALAH Sid-Ahmed.

Introduction

Le déficit congénital sévère en protéine C'est une coagulopathie héréditaire rare (prévalence 1/500 000) potentiellement mortelle en l'absence d'un traitement substitutif immédiat. Il s'exprime dès les premières heures de vie par un purpura fulminans extensif contrastant avec un état général conservé et un bilan infectieux négatif, s'associant secondairement à une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). L'objectif est d'illustrer les difficultés thérapeutiques ainsi que le pronostic vital et fonctionnel grave dans cette pathologie rare.

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin, issu de parents consanguins de deuxième degré, hospitalisé dans un service de néonatologie. L'évaluation a comporté un examen clinique à la naissance, un bilan biologique (incluant le dosage spécifique de la protéine C) et une exploration radiologique (couple échographie transfontanellaire/IRM cérébrale). L'examen à la naissance révélait un purpura fulminans avec un état général conservé, et la biologie montrait une CIVD. Le dosage de la protéine C était effondré chez le nouveau-né (10 %) et modérément diminué chez les parents (mère 51 %, père 48 %). L'IRM cérébrale objectivait un infarctus hémorragique périventriculaire bilatéral (hématome cérébral bi-frontal subaigu). Des transfusions itératives de plasma frais congelé associées à une nécrosectomie chirurgicale ont amélioré l'état du nouveau-né.

Conclusion

Les parents, consanguins, présentaient une forme modérée asymptomatique. L'analyse moléculaire (gène PROC) n'est pas nécessaire au diagnostic. Des événements thrombotiques in utero cérébraux et rétiniens ont été exceptionnellement rapportés, mais notre patiente s'est compliquée d'hémorragies cérébrales. Le traitement substitutif par concentrés de protéine C n'a pas pu être utilisé car non disponible dans notre pays. Ce cas illustre la nécessité de poser le diagnostic en urgence afin de prévenir, par un traitement substitutif immédiat, les conséquences dévastatrices d'un déficit congénital sévère en protéine C.

CA57. Cardiopathies congénitales diagnostiquées en période néonatale : caractéristiques et évolution d'une série de 117 patients d'un registre local.

BOUREGHDA Rafik, SAID-TOUMI Lyes, HADJIT Samra, BIOUD Belkacem.

Introduction

Les cardiopathies congénitales (CC) sont les malformations les plus fréquentes et une cause majeure de morbi-mortalité néonatale. Les données locales sur leur diagnostic et leur évolution restent limitées. L'objectif était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et diagnostiques des CC diagnostiquées avant l'âge d'un mois.

Méthodes et matériel :

Étude descriptive, prospective à partir du registre des CC (consultations du 6 janvier 2025 au 17 février 2026). Particularité méthodologique : inclusion basée sur l'âge au diagnostic échocardiographique et non sur l'âge actuel, permettant un recul évolutif. Ont été inclus les patients dont l'échocardiographie diagnostique avait été réalisée avant 1 mois de vie ; ont été exclus ceux dont les dates étaient manquantes. Les cardiopathies ont été classées selon l'IPCCC. Les variables étudiées étaient : sexe, âge au diagnostic, diagnostic anténatal, signes cliniques, antécédents maternels, consanguinité,

anomalies associées, type de cardiopathie, prise en charge et évolution.

Résultats

Sur 364 patients du registre, 117 (32 %) répondaient aux critères (60 filles, 57 garçons). L'âge médian au diagnostic était de 7 jours (EIQ 2-14), et 62 patients (53 %) avaient 7 jours ou moins. L'âge médian à l'inclusion était de 4 mois ; 46 patients (39 %) avaient un recul d'au moins un an (maximum 18 ans). Un seul diagnostic anténatal était rapporté (1/83 fiches renseignées). Les circonstances de découverte étaient un souffle (45/110), une cyanose (33/110) ou une détresse respiratoire (24/110). Les shunts gauche-droite dominaient (71 patients, 61 %) : CIV (34), CAV (22) et CIA (12). Vingt-deux patients (19 %) avaient une cardiopathie complexe ou cyanogène (tétralogie de Fallot, ventricule unique, transposition des gros vaisseaux, hypoplasie du ventricule gauche, tronc artériel commun) et 22 une obstruction valvulaire (dont 14 RPV). Une trisomie 21 était associée dans 33 cas (28 %), dont 19 des 22 CAV. La consanguinité était notée dans 13/97 cas et un diabète maternel dans 10/90. Vingt patients (17 %) ont bénéficié d'une intervention (chirurgie ou cathétérisme), avec quatre complications post-opératoires notées. Deux décès ont été enregistrés (hypoplasie du VG, tronc artériel commun).

Conclusion

Cette série confirme la prédominance des shunts gauche-droite, mais près d'un patient sur cinq avait une cardiopathie complexe ou cyanogène, diagnostiquée sans dépistage anténatal. La forte association avec la trisomie 21 justifie une échocardiographie systématique chez ces nouveau-nés. L'inclusion selon l'âge au diagnostic permet un suivi évolutif prolongé et ouvre la voie à une analyse du pronostic. Ces résultats plaident pour un renforcement du dépistage anténatal et de l'examen cardiologique en maternité.

Mots-clés : cardiopathie congénitale, nouveau-né, diagnostic anténatal, registre, trisomie 21.

CA58. Difficultés de prise en charge nutritionnelle postopératoire chez un nouveau-né présentant un syndrome d'Apple-Peel : à propos d'un cas

N. Messous, M. Abrous, D. Attou, R. bedressi, M.Boudjemaa, A.Guendouz, H. Hassam , I. Khaled, M. Lachehab, H. Latoui, L. Ziane,N. Kaci

Unité de Néonatologie, Service de Gynéco-Obstétrique EPH DE KOUBA

Introduction

Le syndrome d'Apple-Peel, correspondant à une atrésie intestinale de type IIIb, est une malformation congénitale rare caractérisée par une atrésie jéjunale associée à un intestin grêle distal disposé en spirale autour d'un pédicule vasculaire unique. Cette anomalie expose au risque de syndrome de grêle court et constitue un défi diagnostique, chirurgical et nutritionnel en période néonatale.

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né R.Racha de sexe féminin, né à 34 semaines d'aménorrhée et 6 jours par césarienne, avec un poids de naissance de 2 595 g. Une atrésie digestive haute avait été suspectée à l'échographie anténatale à 28 semaines d'aménorrhée. Dès la septième heure de vie, la patiente a présenté des vomissements bilieux et un retard d'émission du méconium. La radiographie abdominale a révélé une image en double poche, évocatrice d'une occlusion intestinale haute. L'exploration chirurgicale a confirmé une atrésie intestinale de type Apple-Peel, traitée par résection-anastomose.

Les suites postopératoires ont été marquées par une mauvaise tolérance alimentaire et un tableau sub-occlusif. À J30 de vie, le NNé est réadressée pour prise en charge nutritionnelle dans un contexte de déshydratation, de dénutrition sévère et de vomissements bilieux, avec un poids de 1 600 g. Une réhydratation et une réalimentation entérale progressive le maximum toléré été 7cc/h. L'indisponibilité d'une nutrition parentérale prolongée a constitué une difficulté majeure. L'évolution a été défavorable, avec le décès du nourrisson à J52 de vie

Conclusion

Le syndrome d'Apple-Peel nécessite une prise en charge multidisciplinaire précoce. La préservation du capital intestinal et l'accès à un soutien nutritionnel adapté, notamment à la nutrition parentérale lorsqu'elle est indiquée, sont essentiels pour améliorer le pronostic néonatal.

CA59. Hémophilie A sévère révélée en période néonatale par un hématome extensif compliqué de nécrose cutanée : à propos d'un cas

N. Messous, M. Abrous, D. Attou, R. bedressi, M.Boudjemaa, A.Guendouz, H. Hassam I. Khaled, M. Lachehab, H. Latoui, L. Ziane, N. Kaci

Unité de Néonatologie, Service de Gynéco-Obstétrique EPH DE KOUBA

Introduction

L'hémophilie A est une maladie hémorragique héréditaire liée au chromosome X, due à un déficit en facteur VIII de la coagulation. Sa révélation en période néonatale est rare, mais peut engager le pronostic vital, notamment en cas d'hémorragie intracrânienne ou de saignement profond.

Observation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin, A. ADEM, admis dès la naissance pour une détresse respiratoire précoce associée à une macrosomie, avec un poids de naissance de 4 800 g. À la dixième heure de vie, il a présenté un volumineux hématome au point de prélèvement sanguin au niveau de l'avant-bras gauche. Aucun antécédent familial de maladie hémorragique n'a été retrouvé. Le bilan biologique initial objectivait un taux d'hémoglobine à 19,8 g/dL, un temps de céphaline activée (TCA) allongé à 100 sec et un taux de prothrombine à 53 %. Le dosage spécifique des facteurs de coagulation a

révélé une activité du facteur VIII inférieure à 1 %, confirmant le diagnostic d'hémophilie A sévère. L'évolution a été marquée par une extension de l'hématome, compliquée d'une ulcération cutanée avec nécrose de 5 cm de diamètre localisé au niveau de la face antérieur de l'avant-bras gauche. La prise en charge est reposée sur une substitution en facteur VIII et des soins locaux. L'évolution a été favorable, avec une régression progressive de l'hématome, une amélioration de la lésion cutanée et une augmentation de l'activité du facteur VIII.

Conclusion

L'hémophilie A doit être évoquée devant tout syndrome hémorragique inexpliqué chez le nouveau-né, en particulier en présence d'un hématome extensif ou d'un saignement disproportionné par rapport au traumatisme initial. Le dosage précoce du facteur VIII et une prise en charge multidisciplinaire sont essentiels pour limiter les complications et améliorer le pronostic

CA60. Convulsion néonatale révélatrice d'une malformation corticale majeure : hémimégalencéphalie droite associée à une polymicrogyrie : à propos d'un cas

K.Kouchih, D.Ouamri, M.Afki,r M.Benchekroune, H.Abassa, H.Oumsad, F.Sadaoui

Service de néonatologie, CHU Douéra,Alger

Introduction

Les convulsions néonatales constituent fréquemment le premier signe d'une atteinte neurologique sous-jacente. Parmi leurs étiologies, les malformations du développement cortical.

Objectif

Décrire une présentation néonatale précoce d'hémimégalencéphalie associée à une polymicrogyrie, soulignant la valeur diagnostique des premières manifestations épileptiques et le potentiel évolutif sévère de cette malformation corticale.

Observation

Abdellah, nouveau-né de sexe masculin, est né à 39 SA + 6 jours par césarienne pour utérus cicatriciel, avec bonne adaptation néonatale. L'anamnèse familiale retrouvait un frère suivi pour un déficit asymptomatique en facteur VII.

Admis en néonatologie pour une détresse respiratoire précoce modérée, le nouveau-né a bénéficié d'oxygénothérapie par lunettes nasales à 3 L/min et d'une antibiothérapie probabiliste, avec une évolution favorable.

À 14 heures de vie, plusieurs épisodes de myoclonies des membres supérieurs ont été constatés, le bilan métabolique et l'hémostase étaient normaux, l'analyse du liquide cérébrospinal était négative et l'échographie transfontanellaire sans anomalie.

L'angio-IRM cérébrale a révélé une hémimégalencéphalie droite associée à une polymicrogyrie.

L'EEG objectivait des pointes et pointes-ondes temporo-occipitales droites, avec signes de généralisation et encoches frontales.

À la sortie, une bithérapie associant lévétiracétam et clonazépam a été instaurée à doses thérapeutiques élevées. Devant la persistance des crises et leur sémiologie polymorphe, le valproate de sodium a été ajouté à J20, avec augmentation progressive des doses.

Le contrôle EEG retrouvait un tracé en faveur d'une encéphalopathie épileptique sévère.

À six semaines de vie, l'apparition de spasmes épileptiques en flexion, asymétriques en salves, a conduit à l'instauration d'une corticothérapie par hydrocortisone, associée à une supplémentation vitamino-calcique, permettant une diminution de la fréquence des crises.

À neuf semaines de vie, l'évolution a été marquée par la survenue d'un état de mal épileptique réfractaire, nécessitant l'hospitalisation et le recours à des antiépileptiques par voie intraveineuse.

Conclusion

Hémimégalencéphalie associée à une polymicrogyrie constitue une étiologie rare, à potentiel épileptogène sévère, dont la prise en charge nécessite une approche multidisciplinaire et un suivi neurologique prolongé.

CA61. Listériose néonatale invasive : quand l'évolution clinique réoriente le diagnostic

K.Kouchih, D.Ouamri, M.Kouider, Mahmoud M,.Benchekroune H,.Abassa, H.Oumsad, F.Sadaoui

Service de néonatologie, CHU Douéra, Alger

Introduction

La listériose néonatale constitue une infection potentiellement sévère, dont la présentation clinique initiale non spécifique, peut en retarder le diagnostic. Sa gravité et le risque de méconnaissance diagnostique en font une étiologie à ne pas négliger devant toute infection néonatale précoce.

Objectif

Mettre en lumière les difficultés diagnostiques de la listériose néonatale et souligner l'importance de l'évoquer précocement devant un tableau infectieux néonatal sévère, en particulier en présence d'arguments maternels évocateurs.

Observation

Ziad, nouveau-né de sexe masculin, issu d'une grossesse menée à 39 SA + 5 jours, sans complications, est né par césarienne pour anomalies du rythme cardiaque fœtal. Les antécédents maternels étaient marqués par une fièvre associée à un rash cutané et une infection vaginale non documentée.

Le score d'Apgar était de 6/10 à une minute et de 7/10 à cinq minutes. Une réanimation non invasive brève était nécessaire.

Le nouveau-né a été transféré en unité de néonatologie pour une détresse respiratoire précoce modérée, dans un contexte d'infection néonatale bactérienne précoce. Le bilan biologique était positif, une antibiothérapie

probabiliste a été instaurée, avec oxygénothérapie par lunettes nasales à 3 L/min.
À 18 heures de vie, l'évolution était marquée par l'apparition d'une fièvre à 39 °C, d'un rash cutané effervescent et d'épisodes d'apnée, nécessitant le recours à une ventilation non invasive et l'ajout de vancomycine. La première ponction lombaire était négative.
À 72 heures de vie, le nouveau-né a présenté un épisode convulsif fait de myoclonies des membres supérieurs et des mouvements de mâchonnement. Le bilan métabolique était normal. Une seconde ponction lombaire a révélé une pléiocytose à 320 éléments/mm³, à prédominance de polynucléaires neutrophiles (95 %). L'échographie transfontanellaire était sans anomalie.
Les examens microbiologiques ont permis d'isoler Listeria monocytogenes dans les hémocultures et le liquide céphalorachidien, confirmant une listériose néonatale invasive. L'antibiothérapie a été adaptée par l'introduction d'ampicilline à dose méningée.
L'évolution a été progressivement favorable sous antibiothérapie ayant duré 21 jours, avec régression des signes de sepsis après une semaine de traitement et une stérilisation du liquide céphalorachidien au quinzième jour d'évolution.

Conclusion

La listériose doit être évoquée devant toute infection néonatale précoce sévère, particulièrement en présence de signes maternels évocateurs. Un diagnostic microbiologique précoce et une antibiothérapie adaptée sont essentiels pour améliorer le pronostic.

CA62. Du pneumothorax à la paralysie phrénique : un diagnostic secondaire inattendu

K.Kouchih D.Ouamri A.Touri M.Benchekroune
H.Abassa H.Oumsad F.Sadaoui
Service de néonatologie, CHU Douéra,Alger

Introduction

Les lésions du nerf phrénique peuvent survenir dans le cadre d'une pathologie du système nerveux central ou d'une atteinte des nerfs périphériques.
L'atteinte périphérique est le plus souvent d'origine iatrogène.

Objectif

À travers cette observation, nous souhaitons souligner l'importance d'évoquer une paralysie phrénique devant toute détresse respiratoire persistante chez le nouveau-né, notamment après un drainage thoracique, cette étiologie étant souvent sous-diagnostiquée

Observation

Louai Baraa, nouveau-né de sexe masculin, issu d'une grossesse de 34 SA compliquée de prééclampsie maternelle, est né par césarienne pour suspicion d'hématome rétroplacentaire. L'adaptation à la vie extra-utérine était satisfaisante.
Le nouveau-né a été admis en néonatologie pour une détresse respiratoire précoce modérée, ayant nécessité une antibiothérapie probabiliste et une ventilation non invasive par CPAP nasale, sans recours au surfactant.
Le tableau initial était compatible avec une détresse respiratoire transitoire. La radiographie thoracique initiale ne montrait pas d'anomalie significative.
Cependant, à la 39e heure de vie, une aggravation brutale a conduit au diagnostic d'un pneumothorax gauche total, nécessitant la mise en place d'un drain thoracique, avec réexpansion pulmonaire suivie de dégradation respiratoire a révélé un pneumothorax droit total, également drainé avec réexpansion pulmonaire.
Devant la persistance des besoins en oxygène, une radiographie thoracique de contrôle a mis en évidence une surélévation de l'hémicoupole diaphragmatique droite, associée à une atélectasie basale droite.
L'exploration échographique thoracique a objectivé un épanchement pleural minime, d'une épaisseur de 4 mm, à contenu transsonore, ainsi qu'une immobilité de l'hémicoupole diaphragmatique droite confirmée par scopie, permettant de retenir le diagnostic de paralysie phrénique droite.
L'évolution a été progressivement favorable sous oxygénothérapie à débit décroissant. Le sevrage complet n'a toutefois pu être obtenu qu'au terme de 30 jours d'assistance respiratoire par lunettes nasales.

Conclusion

La paralysie phrénique doit être évoquée devant toute détresse respiratoire persistante ou tout sevrage prolongé en oxygène chez le nouveau-né.Une exploration dynamique du diaphragme, notamment par échographie, permet d'orienter précocement le diagnostic.

CA63. Hydronéphrose anténatale : stratifier le risque pour adapter le suivi postnatal

N. Mehaba, A. Sari, W. Messadi, N. Yasri, A. Salmi,
K. S. Bou'khil, L. Haddad, F. Z. Zemiri, O. Gacem.
Service de pédiatrie B, CHU Béni Messous, Alger

Introduction

L'hydronéphrose anténatale nécessite une évaluation postnatale permettant d'identifier les situations à risque tout en limitant les explorations inutiles. L'objectif est de synthétiser les recommandations de prise en charge et d'identifier les éléments utiles à l'harmonisation du suivi dans le contexte algérien.

Matériels et méthodes

Une revue narrative des recommandations américaines, suisses, canadiennes et européennes d'urologie pédiatrique (EAU/ESPU), complétée par des publications algériennes, a été réalisée. L'analyse a porté sur la stratification du risque, le calendrier échographique, les explorations complémentaires, l'antibioprophylaxie et les modalités de surveillance.

Résultats

Les recommandations privilégient une stratification échographique du risque intégrant la dilatation pyélocalicielle et les anomalies parenchymateuses, urétérales et vésicales. Les formes à faible risque relèvent principalement d'une surveillance échographique. Les formes à risque accru nécessitent une évaluation spécialisée et des explorations ciblées.

L'échographie réno-vésicale initiale est généralement réalisée après 48 heures de vie, sans retarder l'évaluation urgente d'une suspicion d'obstruction sous-vésicale.
L'antibioprophylaxie n'est pas systématique ; son indication dépend du profil de risque. Le calendrier des contrôles et l'allègement de la surveillance sont adaptés à l'évolution échographique. L'application de ces principes au contexte algérien invite à organiser le relais entre diagnostic anténatal, évaluation néonatale et suivi spécialisé.

Conclusion

La stratification échographique du risque rénal guide les explorations et individualise la surveillance postnatale. Une harmonisation des pratiques, fondée sur les recommandations internationales et les données locales, constitue une perspective pour sécuriser le parcours de soins.

CA64. Lupus néonatal : à propos d'un cas

N. Mehaba, W. Messadi, A. Sari, N. Yasri, A. Salmi, F. Z. Zemiri, O. Gacem.
Service de pédiatrie B, CHU Béni Messous, Alger

Introduction

Le lupus néonatal est une affection auto-immune passive liée au passage transplacentaire d'autoanticorps maternels. Ses manifestations cutanées sont généralement transitoires, tandis que l'atteinte cardiaque peut persister. Nous rapportons une observation associant des lésions cutanées à un trouble de conduction.Nous rapportons le cas d'un nouveau-né ayant présenté un lupus néonatal à l'âge de 20 jours. L'analyse porte sur le contexte maternel, les manifestations cliniques, les données immunologiques et électrocardiographiques, ainsi que leur évolution au cours du suivi.

Observation

Un nouveau-né de sexe masculin, issu d'un couple non consanguin, est hospitalisé à 20 jours pour prise en charge d'un lupus néonatal. Le lupus maternel a été diagnostiqué au sixième mois de grossesse. L'examen retrouvait des lésions maculeuses érythémateuses diffuses, étendues à l'ensemble du corps. Le bilan immunologique révélait des anticorps anti-SSA/Ro positifs. L'électrocardiogramme objectivait un trouble de conduction ayant motivé une surveillance cardiologique. Aucune autre atteinte n'est retrouvée (hématologique, hépatique et neurologique). L'évolution est marquée, vers l'âge de six mois, par la disparition des lésions cutanées et la négativation des anticorps anti-SSA contrastant avec la persistance du trouble de conduction.

Conclusion

La persistance du trouble de conduction malgré la résolution des manifestations cutanées et la négativation des anticorps anti-SSA/Ro souligne la nécessité d'un suivi cardiologique prolongé, indépendamment de l'évolution cutanéo-immunologique.

CA65. Infection Congénitale à CMV révélée par une Pancytopénie néonale isolée : a propos d'un

R.Rezak, L.Bechker, F.Guerrouche, A.F.Saari, F.Lamrani, R.Haoulani, D.Ghazel, A.Ladjouze.
Service de pediatrie A , CHU Ibrahim Hadjeres Beni Messous /Université des sciences de la santé moudjahid Youcef El khatib Alger.

Introduction

L'infection congénitale virale à cytomégalovirus (CMV) résulte de sa transmission materno-fœtale à travers le placenta, à la suite d'une primo-infection, d'une réactivation ou d'une réinfection maternelle au cours de la grossesse.
Sa prévalence globale est estimée à 0.64%. Première cause non génétique de surdité chez l'enfant et peut entraîner de graves séquelles neurosensorielles.
L'infection est asymptomatique dans environ 90 % des cas. Lorsqu'elle est symptomatique, elle peut s'intégrer dans un tableau polymorphe appelé « maladie des inclusions cytomégaliques ».
La présentation sous forme de pancytopénie néonatale précoce isolée est inhabituelle. Nous rapportons le cas d'un nouveau-né présentant cette forme.

Observation

Un nouveau-né âgé de 24 heures admis pour un syndrome hémorragique cutané à type de pétéchies.
Issu de parents jeunes non consanguins, né à terme par voie basse, après une grossesse sans particularité, notion de rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures.
L'examen clinique retrouvait un nouveau-né eutrophique, présentant des pétéchies disséminées au niveau du tronc et des membres, sans hépatosplénomégalie ni anomalie neurologique.
L'hémogramme objectivait une pancytopénie sévère. Le bilan d'hémostase était normal et le bilan infectieux initial négatif. Les échographies transfontanellaire et abdominale étaient normales.
L'évolution initiale était marquée par la nécessité d'une réanimation hématologique intensive, avec transfusions de sang et de plaquettes.
Le bilan étiologique retrouvait une sérologie CMV positive, avec des IgM à 1,5 U/mL et des IgG à 358 U/mL. La PCR urinaire était positive à 2 001 632 UI/mL (6,3 log), confirmant l'infection congénitale à CMV.
Un traitement antiviral a été instauré à J12 de vie par ganciclovie intraveineux, relayé par valganciclovir per os. L'évolution était favorable. Actuellement à l'âge de 14 mois, l'examen clinique est normal avec un bilan de dépistage des troubles neurosensoriels sans aucune anomalie.

Conclusion

La pancytopénie néonatale sévère isolée constitue une présentation inhabituelle de l'infection congénitale à CMV. Il est essentiel d'évoquer cette étiologie devant toute pancytopénie néonatale inexpliquée afin de permettre un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

CA66. Les pièges en rythmologie néonatale : A propos de deux observations

L. Haddad (1), O. Gacem (2)
Service de Pédiatrie "B" CHU Beni Messous

Introduction

Le flutter atrial (FA) de la période néonatale n'est généralement pas associé à une malformation cardiaque, il s'agit volontiers d'un flutter sur une oreillette saine. Il représente jusqu'à 15 % des TSV de la période néonatale. L'anamnèse des données périnataux peut alerter précocement la survenue d'une arythmie cardiaque et justifient la réalisation d'un ECG.

À partir de situations cliniques illustratives, cette communication rapportera deux présentations cliniques.

Observations

Observation 1 : Amir, né en janvier 2023, grossesse menée à 38 SA, notion d'accès de tachycardie fœtale. Né par voie basse, Bon Apgar, PN 3100g, 1er enfant d'un couple non consanguin, vivants bien portants. Examen à la naissance normal et allaitement au sein. Au 6ème jour de vie, la mère a constaté une accélération du rythme cardiaque ce qui a motivé les parents à consulter aux urgences de pédiatrie.

EG conservé, Poids 2600g, température 37°c, SaO2 94%, TRC < 3sec, bonne coloration cm, eupnéique (45 cycles /min), examen neurologique normal. Rythme régulier, sans souffle et absence de signes d'insuffisance cardiaque, tachycardie à 220 bpm. ECG : Flutter atrial typique

Observation 2 : Billel né en janvier 2025, grossesse mal suivie et menée à 37 SA, compliquée d'un diabète gestationnel au T1, né par césarienne pour suspicion de macrosomie. Bonne adaptation à la vie extra-utérine, PN 3400g, 1er enfant d'un couple non consanguin. Mère ORh+. A la naissance, anasarque (bouffissure du visage, œdèmes MI, ascite de moyenne abondance et hydrocèle) ; pas d'ictère, examen cardiovasculaire initial normal

Glycémie : 0,64 g/l, Hb 14,8g/dl. 12 heures plus tard, apparition d'une tachycardie à 260 bpm FR : 50cycles/min, TA 84/63 mmhg (PAM 70), cyanose généralisée, Sao2: 87%, pas souffle, pouls présents et pas d'hépatomégalie. ECG établit le diagnostic d'un Flutter atrial après manœuvres vagales.

Conclusion

La reconnaissance précoce des signes d'alerte, comme les accès de tachycardies fœtales inexpliquées par la SFA et l'anasarque foeto-placentaire, avec l'intégration des données cliniques et électrocardiographiques sont essentiels pour éviter les retards diagnostiques

CA67. Coarctation aortique critique du nouveau-né : place des prostaglandines et du traitement interventionnel à propos d'un cas

L. Haddad (1), A. Salmi, F/Z. Zemiri, O. Gacem (2)
Service de Pédiatrie "B" CHU Beni Messous

Introduction

La coarctation aortique est une cardiopathie congénitale obstructive dont la forme critique peut se révéler en période néonatale par une défaillance ventriculaire gauche sévère, notamment lors de la fermeture du canal artériel. Il s'agit d'une urgence cardiologique néonatale, son diagnostic précoce et la stabilisation hémodynamique conditionnent le pronostic.

Obervation

Nous rapportons le cas d'un nouveau-né H. Nardjes, âgée de 21 jours admis pour défaillance cardiaque. L'évaluation cardiologique, notamment échocardiographique, a mis en évidence une coarctation isthmique très serrée de l'aorte, associée à une dilatation sans hypertrophie du ventricule gauche, avec altération de sa fonction systolique. L'angioscanner thoracique a confirmé la coarctation isthmique critique. Sur le plan thérapeutique, une prise en charge initiale par diurétiques a été instaurée, puis un soutien inotrope par dobutamine a été nécessaire devant les signes d'un collapsus périphérique. L'échocardiographie n'a pas montré un canal encore perméable, les prostaglandines E1 ne garantissent pas sa réouverture, particulièrement à cet âge.

Le recours à la dilatation percutanée au ballonnet réalisée précocement à l'âge de 1 mois a été l'alternative thérapeutique pour la levée de l'obstacle après stabilisation hémodynamique, dont le résultat est un succès immédiat rapporté.

Le contrôle échocardiographique à 3 mois d'évolution, a montré une bonne récupération du VG. Cependant, le pronostic ultérieur dépend du risque d'une recoarctation tardive, notamment liée à la croissance et au remodelage de la zone dilatée

Conclusion

La coarctation aortique critique doit être évoquée devant toute défaillance cardiaque néonatale inexpliquée. C'est est une urgence cardiologique néonatale qui exige sa reconnaissance précoce et une prise en charge rapide spécialisée pour optimiser le pronostic.

CA68. Atrésie colique néonatale : une cause rare d'occlusion intestinale chez le nouveau-né — à propos d'un cas

N. Brahim
Service de chirurgie pédiatrique
CHU Béni-Messous – Hôpital Issaad Hassani, Alger

Introduction

L'atrésie colique est une malformation congénitale rare, représentant une cause exceptionnelle d'occlusion intestinale néonatale. Son diagnostic est souvent évoqué devant un tableau d'occlusion basse, et sa prise en charge repose sur une exploration chirurgicale permettant de confirmer le diagnostic et de rétablir la continuité digestive.

Observation
Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe masculin, admis dans le cadre de l'urgence, à l'âge de 8 jours pour des vomissements bilieux évoquant un syndrome occlusif néonatal. L'exploration chirurgicale a mis en évidence une atrésie colique située au niveau de l'angle colique droit. Le traitement a consisté en une résection du segment atrétique suivie d'une anastomose colo-colique. Les suites postopératoires ont été simples.
Conclusion
L'atrésie colique doit être évoquée devant un tableau d'occlusion néonatale. Une prise en charge chirurgicale adaptée permet de rétablir la continuité digestive et peut être suivie d'une évolution favorable.
Mots-clés : Atrésie colique ; nouveau-né ; vomissements bilieux ; occlusion intestinale ; anastomose colo-colique.

CA69. Duplication gastrique non communicante chez un nouveau-né : à propos d'un cas rare de révélation néonatale

N. Brahim, M. Zenia, D. Hantala
Service de chirurgie pédiatrique (CHU Beni Messous)

Introduction
Les duplications digestives sont des malformations congénitales rares pouvant toucher l'ensemble du tube digestif. Elles sont peu fréquentes et peuvent se révéler dès la période néonatale par une masse abdominale compressive et des vomissements, imposant une prise en charge chirurgicale précoce.
Nous rapportons l'observation d'une nouveau-née âgée de quatre jours, fille d'une mère diabétique, admise en urgence pour des vomissements incoercibles. Les données cliniques, radiologiques, opératoires et anatomopathologiques ont été analysées.
Observation
L'examen clinique retrouvait une déshydratation estimée à 5 % et une masse abdominale de 12 cm de grand axe, bien limitée, ferme, mobile et indolore, s'étendant de l'épigastre à la fosse iliaque droite. L'échographie et l'abdomen sans préparation révélaient deux formations kystiques. La tomodensitométrie objectivait une volumineuse masse kystique bilobée et compressive, évoquant une duplication digestive. Les marqueurs tumoraux β-HCG et α-fœtoprotéine étaient négatifs. Une laparotomie transverse sus-ombilicale droite a permis de découvrir une duplication gastrique kystique non communicante de localisation antro-pylorique. La ponction ramenait 400 ml de liquide clair. Une résection partielle a été réalisée, avec conservation d'un fond en cupule et destruction de la muqueuse résiduelle. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic. L'évolution postopératoire était favorable.
Conclusion
La duplication gastrique est une cause rare de masse abdominale chez le nouveau-né. Le diagnostic préopératoire repose sur la confrontation des données cliniques et radiologiques, tandis que l'examen anatomopathologique permet la confirmation diagnostique. La chirurgie constitue le traitement de référence des formes symptomatiques, avec une stratégie adaptée aux rapports anatomiques de la lésion. Cette observation souligne l'importance d'évoquer cette malformation devant une masse kystique abdominale associée à des vomissements néonataux.
Mots-clés : Duplication gastrique ; nouveau-né ; masse abdominale ; malformation congénitale ; chirurgie pédiatrique.

CA70. Le syndrome de sevrage néonatal aux opiacés à propos d'un cas

M. Manaa (meriem.manaa@gmail.com) ; M. Zerragui (zerrmad@gmail.com)
EHS mère-enfant Sidi Mabrouk, Constantine

Introduction
Le syndrome de sevrage néonatal est l'ensemble des symptômes pouvant affecter les nouveaux nés exposés in utero à diverses substances psychoactives. Il peut se manifester de diverses manières, affectant le système nerveux central, gastro intestinal et autonome. La gravité des symptômes varie en fonction de la substance consommée, du moment de l'exposition et de l'état clinique global du nouveau-né.
Nous rapportant le cas d'un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés, ayant fait l'objet d'une surveillance dès sa naissance, et ayant nécessité des mesures de soutien neurologique, sans avoir eu recours au morphiniques.
Observation
Nous rapportons le cas d'un nouveau-né de sexe féminin, d'une mère de 28ans, toxicomane, par voie haute sous AG pour double circulaire du cordon et utérus cicatriciel. Poids 3500gr, taille 51cm, Apgar à 5 /10 à 1mn et 6/10 à 5mn.l'examen initial avait noté une détresse respiratoire modérée et une hypotonie globale. Le score de FINEGGAN a été établie de suite pour l'évaluation pluriquotidienne sans pour autant conduire à l'indication d'un traitement morphinique, mais nous avions constaté la persistance d'une hypotonie axiale avec rejet de la tête en arrière nécessitant un suivi à moyen terme.
Conclusion
Face à l'augmentation de la prévalence de la consommation de drogues de façon générale, comprendre le SSN devient nécessaire pour les professionnels de santé ; ses causes, ses symptômes, les perspectives thérapeutiques, les complications et surtout les stratégies de prévention, est essentiel pour améliorer l'état de santé des nourrissons affectés.

CA71. D'UNE GROSSESSE TANT ESPEREE A UN DECES NEONATAL : A PROPOS D'UN CAS

Ouamri. D, Kouchih. K, Benchekroun .M, Abassa. H, Oum Saad. H, Sadaoui. F.
Service de Pédiatrie « A » – Néonatologie, CHU Douéra

Le recours à la procréation médicalement assistée (PMA), notamment à la fécondation in vitro (FIV), connaît un essor croissant. Bien que ces techniques aient considérablement amélioré les chances de conception chez les couples infertiles, les grossesses obtenues par PMA sont associées à un risque accru de complications obstétricales et périnatales. Parmi celles-ci figurent notamment les troubles hypertensifs de la grossesse, le diabète gestationnel, les anomalies placentaires, ainsi que les complications vasculaires placentaires pouvant contribuer au retard de croissance fœtale et à la prématurité avec toutes ses complications sévères.

Observation

Nous rapportons le cas d'une mère âgée de 35 ans, G1C1P0, présentant une infertilité primaire de 9 ans due à une imperméabilité tubaire, ayant obtenu une grossesse monofœtale induite par une 5ème tentative de FIV. La grossesse a été compliquée par une hypothyroïdie, un diabète gestationnel et une hypertension artérielle gravidique. Le suivi prénatal a été effectué en secteur libéral, avec une insuffisance notée dans les éléments de suivi du carnet de consultations. Devant une menace d'accouchement prématuré (MAP) sévère, la parturiente a été hospitalisée. Une seule dose de corticothérapie anténatale lui a été administrée trois heures avant la naissance. Aucun prélèvement vaginal ni urinaire n'a été réalisé. L'accouchement prématuré d'un nouveau-né de sexe masculin a eu lieu à 28 semaines d'aménorrhée par voie haute pour présentation transverse en début de travail. PDN :1500 g et Apgar : 5- 7/10. Le nouveau-né a présenté une détresse respiratoire précoce sévère. La radiographie thoracique a mis en évidence une maladie des membranes hyalines (MMH) de stade IV. La prise en charge initiale a comporté une ventilation non invasive (NCPAP) avec FiO2 à 80 %, des instillations de surfactant exogène (à H2 et H8 de vie), une bi-antibiotique probabiliste (Céfotaxime + gentamycine) et du citrate de caféine. L'évolution a été marquée par une aggravation des signes de lutte respiratoire à H7 de vie la radiographie thoracique a objectivé un pneumothorax droit total ayant nécessité la mise en place d'un drain thoracique à H16 et une ventilation mécanique invasive. À H11 de vie, des troubles hémodynamiques sont apparus justifiant l'ajout de vancomycine et l'instauration de drogues vasoactives. Le décès néonatal est survenu à H16, lié à la MMH de stade IV associée à une infection néonatale bactérienne précoce.

Conclusion

Ce cas illustre l'issue défavorable d'une grossesse obtenue après un long parcours de PMA, dans un contexte de comorbidités maternelles et de suivi prénatal inadapté, compliquée d'un accouchement à 28 SA et d'une détresse respiratoire néonatale fatale liée à une infection materno-fœtale sévère méconnue. Il souligne la nécessité d'un suivi obstétrical individualisé, d'une anticipation du risque de prématurité et d'une optimisation des interventions anténatales**.**

samen
Société algérienne de médecine néonatale

SPONSORS

AstraZeneca

sanofi

NOVARTIS

Pfizer

Roche

molfix

FRANCE LAIT

DANONE
ONE PLANET. ONE HEALTH

BD

Biarel

Primalac
PREMIUM

Nestlé

VYGON

Similac
Gold

BIOMIL